

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KATARAKT CERRAHİSİ GEÇİRECEK HASTALARDA
AMELİYAT ÖNCESİ KAYGI DÜZEYLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Çığla ARSLANKILIÇ

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI

İSTANBUL, 2019

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KATARAKT CERRAHİSİ GEÇİRECEK HASTALARDA
AMELİYAT ÖNCESİ KAYGI DÜZEYLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Çığla ARSLANKILIÇ
164003086**

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

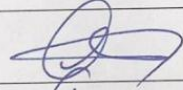
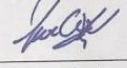
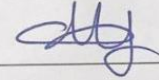
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : ÇIĞLA ARSLANKILIÇ Öğrenci No : 164003086
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 18.06.2019
Danışman : Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI Tez Savunma Saati : 12:00

Tez Konusu : "Katarakt Cerrahisi Geçirecek Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğretim Üyesi Pelin KARAÇAY	Kabul	
Dr. Öğretim Üyesi İlknur ÇALIŞKAN	Kabul	
Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğretim Üyesi Deniz ACUNER		

ÖZET

Bu araştırma, göz kliniğinde katarakt cerrahisi geçirecek hastalarda ameliyat öncesi kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

Araştırmanın örneklemini Kasım 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında İstanbul Avrupa yakası Şişli İlçesinde katarakt cerrahisi geçirmek üzere göz sağlığı merkezine gelen 200 katarakt hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemine katarakt cerrahisi geçirmek üzere merkeze yatan; çalışmaya katılmaya istekli; duyuşsal, bilişsel ve iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunu olmayan; gönüllü hastalar alındı.

Etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra çalışmaya dahil etme kriterlerine uyan hastalara açıklama yapıldı ve yazılı izinleri alındı. Ameliyattan önce hastaların sosyodemografik verileri içeren “Bilgi Formu” ile kaygı düzeylerini belirlemek üzere STAI FORM TX-1 ve STAI FORM TX-2 Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanıldı. Anketler hastalara verilerek yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu, veri toplama ortalama 15-20dakika sürdü. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS 21,0) paket programı kullanılarak elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (Frekans, yüzdelik dağılım) ve niteliksel verilerin gruplar arası dağılımlarını kıyaslamada t-Testi ve ANOVA Testi kullanıldı. Yapılan analiz sonucunda sosyodemografik özelliklerden cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, katarakt hakkında bilgi sahibi olma, hangi gözden katarakt cerrahisi geçireceği, ailede katarakt cerrahisi geçirme durumu, psikolojik destek alma durumu ve ameliyat hakkında bilgi alma durumu değişkenlerine göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Kaygı, Anksiyete, Katarakt, Katarakt semptomları, Göz.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE FACTORS AFFECTING ANXIETY LEVELS BEFORE SURGERY IN PATIENTS UNDERGOING CATARACT SURGERY

This is a descriptive study to evaluate the factors affecting preoperative anxiety levels in patients undergoing cataract surgery in the ophthalmology clinic.

The sample of the study consisted of 200 cataract patients who came to the eye service for the cataract operation in Şişli district of European side of Istanbul between November 2018 and February 2019, willing to participate in the study, voluntary patients without any sensory, cognitive and communication problems.

The data collection process and the data form including demographic data were conducted with the questionnaire method and the application time was approximately 15-20 minutes. STAI FORM TX-1 and STAI FORM TX-2 State and Trait Inventory were applied to the patients before surgery. The data obtained from the study were analyzed by using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21.0). T-Test and ANOVA Test were used to evaluate the data in terms of number and percentage, descriptive statistical methods (frequency, percentage distribution) and to compare the distribution of qualitative data between groups. There is a significant difference between the trait anxiety inventory scores within the scope of the research, sociodemographic characteristics such as age, marital status, education status, social security, cataracts, where you have previously had information about cataracts, which eye you will be operating, whether there is a cataract operation in the family, psychological support status, status of getting information about surgery variables.

Keywords:Anxiety, Cataract, Cataract symptoms, Eye.

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI' ya, hayatımın her anında varlığını hissettiğim aileme teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

Çığla ARSLANKILIÇ

BEYAN

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Çığla ARSLANKILIÇ



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Katarakt	3
2.2. Lens	4
2.3. Katarakt Semptomları ve Katarakt Tanısında Kullanılan Testler	6
2.4. Katarakt Gelişim Mekanizmaları	8
2.5. Katarakt Çeşitleri	8
2.5.1. Senil Kataraktlar	8
2.5.2. Mikst.....	11
2.5.3. Matür Katarakt.....	11
2.5.4. Presenil Katarakt	11
2.5.5. Konjenital Katarakt	12
2.5.6. Travmatik Katarakt.....	13
2.6. Sistemik Hastalıklarla İlişkili Katarakt	13
2.7. Göz İçi Hastalıklarla İlişkili Katarakt	14
2.8. Kataraktın Tedavisi	14
2.9. Katarakt Cerrahisi Tipleri	15
2.9.1. İntrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu (İKKE)	15
2.9.2. Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu (EKKE)	15
2.9.3. Fakoemülsifikasyon.....	16

2.10. Kaygı	18
2.10.1 Kaygı Belirtileri	19
2.11. Kaygı Bozuklukları Tanıları	22
2.12. Ameliyat Öncesi Kaygı Nedenleri ve Hemşirelik Yaklaşımı	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26
3.4. Verilerin Toplanması	26
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.6. Araştırma Soruları	26
3.7. Verilerin Analizi	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	28
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
KAYNAKLAR	43
EKLER	51
ÖZGEÇMİŞ	58

TABLÖLER LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. STAI FORM TX-1 ve STAI FORM TX-2Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinden Alınan Puanlar	29
Tablo 2. Katarakt Cerrahisi Geçirecek Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 3. Sosyodemografik Özellikler ile STAI FORM TX-1 Durumluk Kaygı Envanterinden Alınan Puanların Karşılaştırılması	31
Tablo 4. Sosyodemografik Özellikler ile STAI FORM TX-2 Sürekli Kaygı Envanterinden Alınan Puanların Karşılaştırılması	34

KISALTMALAR LİSTESİ

AGİL	: Akomodatif GİL
ASKK	: Arka Supkapsüler Katarakt
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)
EKKE	: Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu
FAKO	: Fakoemülsifikasyon
GİL	: Göz İçi Lens
IKKE	: İntrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu
STAIFORM TX-1	:Durumluk Kaygı Envanteri
STAIFORM TX-2	:Sürekli Kaygı Envanteri

1.GİRİŞ

Görme duyumuz, beyne iletilen bilgilerin yarısını oluşturmakla en önemli duyularımızdan biridir. İnsan bedeninin dünyaya açılan pencereleri olarak tanımlanır ve günlük yaşam aktivitelerimizi yerine getirebilmemiz için görmeye ihtiyacımız vardır. Görme fonksiyonunda meydana gelen azalma bireylerin hayatını olumsuz yönde etkilemekte ve hayat kalitesini düşürmektedir(1).

Gözün yapısında bulunan optik sinir, görme fonksiyonunu sağlamaktadır. Normal kabul edilen görme fonksiyonunda; göze gelen ışık kornea ve lensten geçerek retina üzerine ters düşer. Oluşan görüntü milyonlarca özelleşmiş fotoreseptör hücreler yoluyla beyne iletilerek anlamlandırılmaya çalışılır. Bu anlamlandırma elektrokimyasal impulslara dönüşerek görme olayı gerçekleşir. Göze gelen ışın ilk önce saydam ve kırıcılık gücü uygun korneada kırılır ve daha sonra iris ve korneanın bütünleştiği yer olan hümör aközden ve lensten geçerken bir kez daha kırılır. Göze gelen ışınlar lenste kırıldıktan sonra lensin akomodasyon özelliği sayesinde retinada odaklanır (2). Görme fonksiyonunu en çok bozan göz hastalıkları arasında katarakt gelir. Katarakt, görmenin azalması ile sonuçlanır ve göz merceğinin opaklaşması olarak tanımlanır (3).Kataraktın görülme sıklığı ile yaşam süresinin artışı arasında ilişkisi bulunmaktadır. 40 yaşından itibaren her 10 yılda katarakt görülme sıklığı 2 katına çıkmaktadır. 60 yaş civarında kataraktın görülme sıklığı %5 iken, 70 yaş civarında görülme oranı %50'ye kadar çıkar(4).

Dünya popülasyonu yaşlandıkça katarakta bağlı görme fonksiyonunda belirgin azalma ve olası körlük de artacaktır. Gelişen teknoloji ile katarakt cerrahisinde hastaya uygun göz içi lens (GİL) implantasyonu ile hem refraksiyon kusurlarını düzeltme hem de görme keskinliğinde iyileşme olanağı sağlanmaktadır. Katarakt cerrahisinin gelişmesiyle hastaların beklentilerinde de artış görülmektedir(5).

Görme keskinliğinin azalması yaşam kalitesini büyük oranda etkilemektedir. Katarakt cerrahisinde en sık kullanılan yöntem fakoemülsifikasyondur. Fakoemülsifikasyon ve göz içi lenslerdeki yeniliklerle kataraktın cerrahi tedavisi yapılmaktadır. Uygun hastaya taleplerine göre, uygun göz içi lens seçimiyle katarakt cerrahisi başarılı sonuçlar göstermektedir (6).

Görme fonksiyonunun azalmasına bağlı oluşan kaygı ameliyatın başarılı sonuçlarını etkilemektedir. Hasta ile uyumlu bir ameliyat planı ve süreci katarakt cerrahisinin önem verilmesi gereken noktalarından biridir. Hastanın gerekli eğitimlerini vermek, hasta hekim ilişkisinin doğru oluşturulması, hastanın kaygı düzeyine göre; gevşeme yöntemleri ve farmakolojik yöntemler uygulamak katarakt cerrahisi öncesi hastaların kaygı düzeylerini azaltmak için kullanılmaktadır (7).

Ameliyat öncesi kaygı; hastanın uyum sürecini, cerrahiyi, uygulanacak anestezi tipini ve ameliyat sonrası süreçte iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir. Ameliyat öncesi süreçte; hastanın kaygı duyma nedenleri ve derecesi gözlemlenmelidir. Hastalarda ameliyat öncesi dönemde; sağlığını yitirme korkusu, ameliyatı hakkında bilgisinin olmaması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyecek olması, evinden ve ailesinden uzak kalacak olması, ameliyat sırasında olası komplikasyonlara karşı endişe duyması ve ağrı hissetme olasılığı gibi kaygılar ortaya çıkmaktadır (8).

Hastaların kaygı düzeylerindeki artış aynı zamanda kontrol duygusunun kaybına ilişkin, sosyal destek alamama endişesi, ağrıya yönelik ailevi ve kültürel yanıtları, önceki deneyimleri gibi faktörlere bağlanmaktadır(9).

Katarakt cerrahisi öncesi hastaların kaygı düzeylerinin azaltılması için hemşirelik bakımı önem taşımaktadır. Hastanın sistemik hastalığının olup olmadığı belirlenmeli, korku ve endişelerinin açıklamasına olanak tanınmalıdır. Hastaların ameliyat öncesi hazırlığına önem verilmelidir. Ameliyat yapılacak gözde pupil dilatasyonu yapılır, ayrıca gerekli görülürse sedatif ilaç verilebilir. Hasta eğitimi sağlanmalı ve ameliyat sürecinde kapsamlı bilgi verilerek hasta psikolojik olarak hazırlanmalıdır(10).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Katarakt

Katarakt, doğuştan şeffaf olan lensin progresif olarak bulanık bir hal alması ve kesifleşmedir. Normal hali saydam olan lensin ilerleyici olarak kesifleşmesi aynı zamanda bulanıklaşması retinada net bir görüntünün oluşmasına engel olur. Katarakt görme azalması ve en yaygın körlük nedeni olarak kabul edilir. Çoğunlukla yaşla birlikte artan katarakt dünyadaki körlüklerin yaklaşık yarısından sorumludur. Kataraktın tek tedavisi cerrahidir, cerrahi girişim işlevini kaybetmiş lensin çıkarılması ve lensin yerine doğal olmayan göz içi merceğinin takılması ile tamamlanır (11).

Katarakt cerrahisi göz hekimlerinin en sık gerçekleştirdiği ameliyatlardan biridir, katarakt cerrahisinde saydamlığının yitirmiş lens materyali çıkarılıp gelen ışınları tekrar foveaya odaklamak amacıyla göz içi lens (GİL) yerleştirilmesi amaçlanır. Son zamanlarda katarakt cerrahisinde erken dönemde görsel rehabilitasyonun önemi fark edilmiştir. Katarakt cerrahisinde en iyi görme keskinliğine ulaşabilme, kırma kusurlarının düzeltilebiliyor olması hastaların yardımcı bir cihaz kullanmadan net görebiliyor olması lenslerin yakın ve uzak için farklı odakları olmasıyla sağlanır(12).

Katarakt cerrahisi sadece görme düzeyini yükselten bir girişim değildir, aynı zamanda refraksiyon kusurlarının giderilmesine olanak sağlar. Günümüzde teknolojiye yaşanan gelişmeler ile hastaların katarakt cerrahisine olan beklentileri de artmıştır. Ayrıca, katarakt cerrahisi geçiren hastalar görmelerinde artışla birlikte gözlük kullanmaya bağımlılıklarının da azalmasını istemektedir(13).

Anatomik olarak lensin opaklaşması katarakt olarak değerlendirilir. Fonksiyonel olarak düşünüldüğünde görme seviyesinde yetersizlik yaratan lens opaklaşmalarıdır. Biyokimyasal olarak dönüşümsüz protein koagülasyonu ile oluşan eskimedir. Klinik olarak katarakt, görmeyi engelleyen lens opasiteleri için değerlendirilebilir. Meydana gelen opasitelerin bir kısmı yerleşik ve lokalize iken, bir bölümü ilerleyici ve oldukça sık gözlenir. Katarakt körlük sebeplerinin başında gelmektedir ve tedavi edilmektedir. Etiyolojisine bakıldığında çok sayıda neden sayılırken, kataraktın oluşum mekanizmaları yeterince aydınlatılmış durumda değildir. Katarakt oluşum mekanizmaları yeterince aydınlatılmış durumda olmadığı için, günümüzde ileri boyutta

görme fonksiyonunu engelleyen kataraktlar için cerrahi tedavi tek kabul gören tedavi yöntemi olmuştur(8).

Günümüzde birçok ülkede yaşam beklentisi artmış ve artmaya devam etmektedir. Nüfus projeksiyon çalışmalarında, 2050’de geriatric nüfus yüzdelerinde artış beklenmektedir. Aynı şekilde Türkiye geriatric nüfus oranı da artış göstermektedir. Türkiye Demografik Sağlık Araştırması oranı 2008 yılı verilerinden alınan bilgilere göre, 65 yaş üzeri nüfus ortalaması %7,2’dir. Geriatric nüfus artışıyla birlikte görme bozukluğu ve körlük oranlarında artış oluşmaktadır. Yaşlı popülasyonda görme bozukluğunun en önemli sebebi katarakt olup yaşa bağlı körlüğün en önemli sebebi makula dejenerasyonudur. Katarakt ve makula dejenerasyonunun epidemiyolojik özellikleri iyi bilinmelidir. Geriatric nüfusun yaşam kalitesini arttırmak engellenebilir körlükten korumak, uygun tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir(14) .

Günümüzde, gelişmekte olan ülkelerde körlük ve az görmenin en önemli sebebi katarakt olup tedavinin erken dönemde yapılamamasıyla lense bağlı glokom (LGB) gibi geri dönüşü olmayan komplikasyonlar ortaya çıkabilir(15).

2.2. Lens

Gözün odaklanma gücünü değiştirme yani uyum yapabilme yeteneğini esnek yapısıyla lens sağlar. Parasempatik sinirler tarafından kontrol edilen lensin uyum yapabilme yeteneğine akomodasyon adı verilir. 6mm’den daha yakın gelen ışınlar herhangi bir kırma kusuru yoksa retina üzerinde odaklanır. Gelen ışınlar daha yakın olduğunda cismin görüntüsü retinanın arkasına düşer. Görüntünün retina arkasına düşmesi ve net görememe akomodasyonun uyarılmasını sağlar(16).

Anatomik olarak lens, irisin arkasında yer almaktadır ve arka yüzeyi vitreus cismine yerleştirilmiş konumdadır. Lensin akomodasyonda etki gösteren rolünün yanında damarsız olması, inervasyonunun olmaması özellikleri arasındadır. Yaşla birlikte lens, hacim ve ağırlık bakımından artış göstermektedir. Lensin tamamen asüler elastik bir kapsül tarafından sarılmış olması gelişim ve olgunlaşmanın evrelerinde görülür(17).

Harold Ridley, ilk kez göz içi lensleri (GİL) ilk kez kullanmıştır. Daha sonra GİL materyalindeki gelişmeler presbiyopi ve astigmatizmayı düzeltmek amacıyla

implante edilmeye başlanmıştır. İlk multifokal GİL 1986 yılında, ilk akomodatif GİL 1998 yılında implante edilmiştir. Teknolojinin ilerlemesiyle katarakt cerrahisi gelişmekte ve gelişmelere ilaveten göz içi implante edilecek lenslerde yenilikler olmaktadır. Son yıllarda refraksiyon kusurlardan uzak görmenin, katarakt cerrahisi sonrası düzeltilmesinin yanı sıra astigmatizma ve yakın görmenin yardımcı bir cihaza ihtiyaç duymadan düzeltiliyor olması yenilenen ve gelişen GİL'ler ile sağlanmaktadır. Bu yenilenen tür lensler hakkında hastaya detaylı bilgi verilmesi gerekmektedir. Hastanın karşılaşılabileceği güçlüklerin anlatılması ve beklentilerinin anlaşılması bu hususta önemlidir. Aynı zamanda katarakt cerrahisini gerçekleştirecek cerrahın deneyimi ve cerrahi geçirecek hastanın ameliyat öncesi hazırlığı da oldukça önemlidir(18).

Akomodatif GİL (AGİL), siliyer cismin aktif kontraksiyonu ile artış gösteren güç dengesine bağlı yakın görmeyi düzeltebilecek nitelikte olmalıdır. Sonuç olarak AGİL presbiyopiyi düzeltmeli ve cerrahi yöntemlere ve merceklerle karşı gelişebilecek yan etkilere sahip olmamalıdır. AGİL'lerin yeni türleri ve çeşitleri geliştirilerek piyasaya sürülmüştür. Fakat zayıf metodoloji sebebiyle ve yaşanan ticari kaygılar kaynaklı gerekli verim alınamamıştır. Farklı cerrahlar tarafından bu lensin etkili olmadığı yönünde ispat edilecek hususlar ortaya çıkmıştır. Geçmiş dönemlerde yapılan hatalı uygulamalar lenslerin gerçekte akomodasyon görevi göremeyeceği şüphesi uyandırmıştır. Ancak ilk akomodatif lenslerden sonra birçok lens geliştirmiş ve bu yenilenme devam etmektedir(19). Göz içi lensler (GİL) dizaynına göre sınıflandırıldığında;

- Katlanabilir GİL
- Silikon GİL
- Akrilik GİL
- Hidrofobik akrilik GİL
- Hidrofilik akrilik GİL
- Kollamerkollajen GİL
- Sert GİL
- Keskin / kare-köşeli optik GİL
- Kromoforlu GİL
- Sferik GİL / Asferik GİL

- Heparinli GİL
- Multifokal
- Torik GİL
- Ayarlanabilir GİL(20).

Göz içi lens implantasyonu, katarakt ameliyatlarında önemli bir aşama olmuştur. Katarakt cerrahisinde kesif lensin çıkarılması itibariyle afak hastalarda görme rehabilitasyonu, kontakt lens ve gözlükle oluşturulabildiği gibi optik avantajların olması ve oluşabilecek komplikasyonların seyrek olması göz içi lenslerle sağlanmıştır(21).

Lens üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar;

1-Lens kapsülü: Lensin yapıtaşları olan epitelyum hücreleri ve fibrilleri sarmalayan, muhafaza eden dış kısımdaki elastik ve şeffaf tabaka lens kapsülüdür. Lens kapsülünün homojen, yumuşak, asellüler bir yapısı vardır. Ekvatora yakın zonüllerin yapışma yerinde kalırken ön ve arka kapsülde ince yapıdadır. Lens epitelinin bazal membranı olan anterior lens kapsülü, vücudun en kalın bazal membranı kabul edilir. Kapsülün en ince kısmı posterior lens kapsülüdür.

2-Anterior lens epiteli: Tek sıra halinde hücrelerden oluşur ve anterior lens kapsülünün hemen altında yerleşmiştir.

3- Korteks ve nükleus: Hiçbir zaman hücre kaybı olmayan lensten yeni oluşumlar en dışta yer alırken eskiden üretilen fibriller merkezde sıkışmış haldedir. En eskileri olan fetal nükleuslar ve embriyonik ise lensin en ortasında yer alır ve klinik uygulamada buna ‘nükleus’ denilir. Bu oluşumun etrafındaki yumuşak olan erişkin nükleus ve infantile ise epinükleus adı verilmiştir. Aralarındaki geçiş kademeli olan korteks ve nükleus arasında morfolojik fark belirgin değildir(22).

2.3. Katarakt Semptomları ve Katarakt Tanısında Kullanılan Testler

Katarakt tanısı koyarken, hasta öyküsünde hastanın görme azlığının ne zaman oluştuğu, karakteri (duyarlılık, kontrast, glare), gündelik yaşam faaliyetleri etkisi, kontakt lenslerin kullanımı, üveit, glokom, blefarospazm, ambliyopi, şaşılık, sklerit benzeri göz hastalığı varlığı, daha önceki oküler hastalıkları, travma öyküsü olup

olmadığı, antikoagulan, tamsulosin, sistemik hastalıklar gibi ilaçların kullanımı ve iyot ya da antibiyotik alerjisi olup olmadığı öğrenilmelidir(23).

Katarakt oluşumu ve semptomları genel olarak oldukça yavaş bir seyir göstermektedir. En önemli belirti hastanın adeta buzlu camın ardından bakıyormuş gibi görmesi, ağrısız görmenin az olması ve ışığa hassasiyetin artmasıdır. Hastalarda farklı düzeylerde görme kaybı olur, bulanık görme, sisli, kontrastlı görmeye azalma, puslu, bazen tek gözde çift görme olabilir. Gün ışığı ve özellikle gece araba sürüşünde ışığa hassasiyet gelişir; parlak ışıkların dağılmasına sebep olur ve gece sürüşü olanaksız hale gelebilir. Miyopiye sebep olan kataraktlarda, katarakt lensin çekirdeğinde başlar ve lensin kırma gücünü artırır. Bu durum hastanın yakını gözlük kullanmadan görebilmesini sağlarken yalancı miyopi olarak tanımlanır. İlaveten lensin zamanla opaklaşması, sarı renkte görülmesine bağlı hasta bazı renkleri ayırt edemez (16).

Göz muayenesinin vazgeçilmezlerinden biri ön segment yapılarının değerlendirilmesidir ve gonyoskopi ile açı değerlendirmesi yapılmaktadır. Fakat subjektif bir teknik olup hasta ile işbirliği gerektirir ve hekimin tecrübeli olması avantaj sağlar. Yani; bakış pozisyonu, kullanılan lens, korneaya yapılan basınç ve çevresel aydınlatmadan etkilenir. Gonyoskopi, irisin arka yapılarının görüntülenmesinde ve açının kantatif olarak değerlendirilmesinde yetersiz kalmaktadır. İlerleyen teknoloji ile birlikte klinik kullanıma giren ön segment optik koherenstomografi (ÖS-OCT), ultrasonik biyomikroskopi (UBM), Scheimpflug görüntüleme gibi yöntemler ön 16 segment yapılarının objektif olarak ortaya konmasında ve kantitatif ölçülmesinde klinik pratik ve çalışmalara önemli katkılar sağlamaktadır. Ayrıca tanı koyarken ve hasta takibi yaparken ön segment görüntüleme yöntemlerindeki ölçümler arasındaki farklılığın daha seyrek olduğu ortaya çıkmıştır(24).

Katarakt tanısında kullanılan testler(25):

- Görme keskinliği
- Direkt oftalmoskop
- Biomikroskopi
- Refraksiyon ve retinoskopi
- Ultrasonografi

2.4. Katarakt Gelişim Mekanizmaları

İleri safhalara ulaşmış katarakta görme tamamen kaybolabilir. Katarakt genellikle yaşla birlikte artan bir hastalık kabul edilir. Katarakt hastalarının %90'dan fazlasını 60 yaşın üstündeki kişiler oluşturmaktadır. Fakat kataraktın 50 yaş altındaki hastalarda görülmesi genetik olabileceği gibi bazı metabolik bozukluklar, travmatik nedenler ya da kullanan ilaçlara bağlı olabilir. Hatta yeni doğan bebeklerde konjenital katarakt saptanabilir. Katarakt prevalansını ilerleyen yaş seviyesi artırmaktadır. Görülme sıklığı 40 yaşından sonra her dakikada iki katına çıkar. Altmış beş yaş civarında katarakt görülme sıklığı %5 iken, 75 yaşında %50'ye yükselir. Dünya çapında her yıl 5-10 milyon görme keskinliğini azaltacak düzeyde yeni katarakt olgusu meydana geldiği görülmektedir(26).

2.5. Katarakt Çeşitleri

2.5.1. Senil Kataraktlar

Dünya genelinde körlüğün birinci nedeni olan görmeyi bozacak kadar belirgin kataraktır. Katarakt nedeni; konjenital, travmatik yada metabolik de olabilir ama görülme sıklığı sebebiyle ve dünya genelinde yaşlı popülasyonun giderek arttığı görüldüğünden senil katarakt yüksek bir tesire sahiptir (27).

Senil katarakt yaşın ilerlemesiyle gelişir ve sık rastlanan bir katarakt çeşididir, ekonomik durum ve cinsiyet ayrımı yapmadan diğer fiziksel unsurlara bağlı ya da tamamen kendiliğinden ortaya çıkabilir. Senil kataraktın ortaya çıkışını engellemek veya eski haline getirmek için yeterli çözüm olmamasının aksine tedavisinde çok hızlı gelişme ve yenilikler görülmektedir (28).

Yaşa bağlı oluşan kataraktlar lensteki kesafetin yerleşim yerine göre ön subkapsüler, arka subkapsüler, nükleer ve kortikal diye adlandırılır ve en yaygın görülen katarakt tipi senil kataraktır. İkinci görme olarak adlandırılan durum, nükleer katarakta miyopik kayma sebebiyle presbiyopisi olan hastalarda tekrar gözlük kullanmadan yakını okuyabilmektir. Çoğu durumda aynı anda lenste bu kesafetlerin bir yada bir kaçı birlikte bulunabilir. Yaşa bağlı oluşan katarakt nedenli değişikliklerde öncelikle lenste kontrast duyarlılıkta azalma görülür. İlerleyen süreçte görme keskinliğinde de azalma olur. Genç hastalarda korneanın neden olduğu sferik aberasyon (SA) kristalin lensin negatif sferik

aberrasyon etkisiyle nötralize edilir, dolayısıyla görme kalitesinde bozulma görülmez. İlerleyen yaşla birlikte lens kalınlığı ve ağırlığı artar ayrıca lensin akomodasyon yeteneği azalır. Özellikle nükleer katarakta bağlı olarak refraktif indeks artış gösterir ve sonrasında lensin sahip olduğu negatif sferik aberrasyon pozitif değerlere doğru kaymaya başlar. Sferik aberrasyonla birlikte diğer yüksek sıralı aberrasyonlar artar. Artan yaş ile birlikte lens ve korneal aberrasyon arasındaki dengenin bozulması ile birlikte optik kalite bozulur (29).

Senil kataraktlar **nükleer katarakt, kortikal katarakt ve arka subkapsüler katarakt** olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Fakat bu sınıflamanın kullanımı kataraktın erken dönemlerinde uygundur. Nedeni de, katarakt ileri evrelere vardığında bu ayrımın çok net yapılamamasıdır. İlerlemiş katarakta nükleusta, kortekste ve arka subkapsüler bölgede opasiteler gözlenir.

2.5.1.1. Nükleer (Çekirdek) Kataraktlar

İlerleyen yaş ile birlikte lens nükleusunun sklerozu, renginin koyulaşması ve sertleşmesi meydana gelebilir. Lensteki sklerotik değişikliklerin sonucu nükleer kataraktır. Sağlıklı sayılan yaşlılarda lenste oluşan fizyolojik değişimlere rağmen görme keskinliği 20/20 düzeyindedir. Nükleer katarakta lensin yoğunluğu ve kırma indeksi artar ayrıca psödomiyopi gelişir. İlk dönemlerde konkav camlarla düzeltilebilen görme keskinliği, sklerotik değişikliklerin artması ile giderek azalır, sklerotik değişim çok yavaş seyreder. Sklerotik değişim yaklaşık 5,10 sene sürebilir. Böyle hastalar özellikle uzaktaki cisimlerde optik distorsiyondan rahatsız olmaktadır. Özellikle yüksek aksiyal miyop hastalarda uzak görme yeteneği psödomiyopiye bağlı olarak kısa süre normal durumda seyredebilir (30).

2.5.1.2. Kortikal (Kabuk) Kataraktlar

Kortikal kataraktlarda nükleer kataraktların aksine olgun lif hücrelerinin bölgesel dejenerasyonu meydana gelir. Yapısal metabolitler hücre zarı bütünlüğünün bozulmasıyla hücrelerden kaybedilir. Oluşan kayıp aşırı protein oksidasyonu ve çökmesine neden olmaktadır. Kortikal kataraktlar genellikle çift taraflı ancak asimetriktir. Görme faaliyet üzerine etki opaklaşmanın görsel eksen üzerinde yerleşimine bağlıdır. En sık görülen semptom araba farları gibi yoğun, odaksal ışık kaynaklarına bağlı parlamalardır. Ayrıca tek gözle çift görme de yaşanabilir. Kataraktın

ilerleme hızı değişkenlik gösterebilir. Kapsülle çekirdek arasında bütün korteks beyaz ve opak bir hal aldığı anda katarakt “matür katarakt” olarak isimlendirilir. Bozulmuş kortikal maddenin lens kapsülünden sızması ve kapsülün kırışıp buruşması sonucu “hipermatür katarakt” oluşur. Korteksin daha ileri likefaksiyonuna bağlı çekirdeğin kapsül içinde serbest şekilde hareket etmesi “morgagnien katarakt” olarak tanımlanır (31).

2.5.1.3 Arka Subkapsüler Kataraktlar

Diğer katarakt tiplerine göre arka subkapsüler kataraktlar daha nadir görülür. Merkezi lens epitelinde oluşan metaplastik değişikliklerle ön subkapsüler katarakt, germinal epiteldeki displastik farklılıklarla da arka subkapsüler katarakt görüntüsü oluşmaktadır. Kesiflik genellikle arka subkapsüler ve santral yerleşimli olur. Ön subkapsüler yerleşim nadir görülür. Biomikroskopide birinci evrelerde retroillüminasyon ile toz formunda gölgelenmeler belirlenir. İlerleyen aşamada karakteristik olarak granüler tarzda oluşmuş parlak bir tabaka, sonrasındaki vakalarda ise kalsifiye plak şeklinde opasite gözlenir. Hastalarda ilk evrelerde glare (ışık saçılması) ve yakın görmede engellenmeler meydana gelir. İleri aşamalarda özellikle ışıklı ortamda ortaya çıkan rahatsızlık hissi ve az görme şikâyetleri oluşmaktadır. Kontrast hassasiyette en önemli kaybı oluşturan katarakt tipi olduğu açıklanmıştır (32).

Arka subkapsüler kataraktlar sıklıkla daha erken yaşlarda görülmektedir. İlerleyen yaş ile birlikte yada travma, sistemik-topikal göz içi kortikosteroid kullanımı, enflamasyon, iyonizan radyasyona maruz kalma ve alkolizme bağlı olarak da oluşabilir. Arka subkapsüler katarakt, genellikle aksiyaldır ve arka korteks tabakasında yerleşmiştir. ASKK oluşumunun ilk işareti arka korteks tabakalarında, biyomikroskopla gözlemlenebilen yanardöner parlaklıklar meydana gelmesidir. Daha sonraki evrelerde granüler opasiteler ve arka kapsül altındaki kortekste plak benzeri opasiteler gözlemlenir. Hastalar genelde parlak ışıkta kamaşmalar ve az görmeden şikâyetçi olurlar. Bunun sebebi, arka subkapsüler kataraktın parlak ışıkta, uyum ve miyotiklere bağlı miyozis esnasında pupiller yapının büyük kısmını perdelemesidir. Yakın görme keskinliği uzak görme keskinliğinden daha fazla bozulmuş durumdadır. Kimi hasta tek gözde çift görme şikâyeti de yaşayabilir. Biyomikroskop ile arka subkapsüler katarakt tanımlama en iyi pupilla dilatasyonu ile sağlanır. Retroillüminasyon da destek olabilir (33).

2.5.2. Mikst

Mikst katarakt çoğunlukla tek tip başlar sonrasında dejeneratif olayın ilerlemesiyle mikst halini alır. Bu göz önünde bulundurularak mikst katarakt varlığı ilerlemiş katarakt olduğunu gösterir ve hastalarda görme azlığı artar ve cerrahiye ihtiyaç duyulur (34).

2.5.3. Matür Katarakt

Bütünüyle opasifiye olmuş lens materyalinin varlığında kırmızı fundus refleksinin alınamaması etiyolojisine bakılmaksızın matür katarakt varlığını gösterir. Matür kataraktlarda cerrahi yönteme karar verirken, nükleusun rengi ve büyüklüğü, hastanın yaşı, ön kamaranın derinliği, zonüllerin durumu ve en önemlisi cerrahın deneyimi son derece önemli olmaktadır (35).

Matür katarakt, korteks ile nükleusun opaklaşması neticesinde retina refleksinin alınamamasına neden olur. Bu aşamada lens beyaz renktedir ve bu sebeple kataraktın tarihte şelale (waterfall) olarak adlandırılmasına sebep olmuştur. Devam eden dönemlerde korteksin likefiye olmasıyla, kahverengi (Brown) nükleus yerçekiminin etkisiyle aşağıya yerleşir ve Morgagnian katarakt olarak adlandırılır. Lens şişer ise Entumesan katarakt olarak adlandırılır. Kortikal sıvının biraz sızması ile lens gümüşümsü beyaz bir renk aynı zamanda kuru bir hal alır ve Hipermatür (Hiperdür) katarakt olarak tanımlanır (24).

2.5.4. Presenil Katarakt

Presenil kataraktlar 55 yaşın altında gözlenip genellikle arka subkapsüler olmakla beraber nükleer veya kortikal de olabilir. Arka katarakt çok hızlı ilerleyip bir sene içerisinde tamamıyla arka kapsülü örter. İlave olarak lens epitel hücrelerinde çarpıcı değişimin ardından ödem ve son aşamada dekompanasyon oluşumu olur. Bazen nükleus tutulmasa da en sonunda opaklaşır. Lens korteksi başlangıçta tutulmayabilir ama en sonunda opasifikasyonlar başlar ve bu hızla ilerler. Presenil kataraktın sebebi keşfedilmemiştir. Ancak bir takım araştırmalar galaktoz metabolizmasındaki metabolik bir enzimin eksikliğinin neden olabileceğini göstermiştir. Bu enzimin aldozredüktaz olduğu ve galaktiol denen maddenin lenste birikip kronik bir osmotik strese neden olduğunu iddia etmektedirler (36).

2.5.5. Konjenital Katarakt

Konjenital katarakt, lens opasitelerinin doğumda var olmasıdır. Eğer opasiteler doğumda olmayıp hayatın ilk yılında gelişirse infantil ismini alır. Yoğun olmayan opasiteler doğumda dikkat edilmediği ve zamanı tespit edilemediğinden birçok hekim bu ayrımı doğru yapamaz ve konjenital katarakt her iki olguda da isim olarak kullanılır. Konjenital katarakt olgularının yıllık insidansı gelişmiş toplumlarda 1 yaş altında 1/10000 ile 4/10000 olarak belirlenmiş olup dünya genelinde çocuklarda engellenebilir körlükler arasında en önemli kabul edilir.

Günümüzde göz cerrahisi için kullanılan cihazların gelişmesi, göz içi lenslerdeki yenilikler ve cerrahi tekniklerdeki yenilikler ile hastaların daha az invaziv ve daha küçük boyutta kesiler kullanılarak ameliyat edilmesi hem anatomik hem defonksiyonel olarak daha başarılı ameliyatlara gerçekleşmesini sağlamıştır. Fakat her ne kadar başarılı bir ameliyat geçirilmiş olmasa da diğer önemli unsur konjenital katarakttan kaynaklı körlüğü önlemek yada engellemek için ameliyatın doğru zamanda yapılmış olması ve hastanın gerekli takibinin yapılmasıdır(37).

Konjenital kataraktlar yaklaşık %50 olguda değişik göz anomalileri ile beraber görülebilirler. En sık şaşılık ve nistagmus konjenital katarakta eşlik eder. Yüksek miyopi, nistagmusa benzer hareketler, ektopialentis, mikrofalmi, iris atrofisi, konjenital glokom, iris-koroid kolobomu, mikrokornea, aniridi ve sferofaki gibi problemler de bildirilmiştir. Konjenital kataraktı olan gözlerin aksiyel uzunlukları daha kısadır. Pek çok sendromda konjenital katarakt saptanabilir. Bu birliktelik bazı yayınlarda %5 olarak bildirilmiştir. Down sendromu, Alport sendromu, Weil Marchesani sendromu, Bardet Biedl sendromu ve Sengers sendromunu ve diğer sendromlarda konjenital kataraktlara rastlayabiliriz. Katarakt, özellikle Lowe ve Hallermann Streiff-François sendromunun değiştirilemez bulgusu sayılabilir (38).

Kırmızı refleksinin simetrik alınıp alınmadığı yeni doğanların tümünde özenle muayene edilmelidir. Kataraktı olan hastalarda dilate olmayan pupilden yapılan retinoskopi katarakta bağlı görme potansiyeli hakkında fikir vermektedir. Hastanın görme düzeyi aileden alınan anamnez, çocuğun fiksasyon ve takip hareketinin gözlenmesi, tercihli bakış ve elektrofizyolojik testlerle değerlendirilebilmektedir. Tek taraflı kataraktlarda şaşılık görülebilir. Nistagmus varlığı erken görsel deprivasyonu

göstermekte ve tedavi edilse bile görmenin iyi olmayacağını göstermektedir. Kataraktın morfolojisini ayırt etmede biyomikroskopik muayene önem taşır. Kornea, iris ve pupile ait anomaliler de dikkate alınmalıdır. Glokom varlığı yönünden göz içi basıncı ölçülmelidir. Konjenital rubella ve Lowe sendromunda glokom ve katarakt birlikte görülebilir. Optik disk, fovea ve retina değerlendirilmelidir. Fundus katarakta bağlı değerlendirilemiyor ise ultrasonografi yapılmalıdır. Hem görme potansiyelini tahmin etme açısından hem de olası retinoblastom varlığını engellemek açısından önem taşır (39).

Bir çok katarakt türünde olduğu gibi konjenital kataraktta da asıl tedavi cerrahidir. Konjenital kataraktlarda tedavi cerrahi yöntem ile mevcuttur. Beraberinde bazı parsiyel kataraktlarda özellikle görmeyi büyük oranda engelleyeceğinden şüphe edilen gelişimsel unilateral lens opasitelerinde pupil dilatasyonu ve oklüzyon tedavisi denenebilir. Pupil dilatasyon uygulaması bilateral parsiyel kataraktlarda da yarar sağlayabilir. Ancak görmeyi engelleyecek opasitelerde asıl tedavi cerrahidir (40).

2.5.6. Travmatik Katarakt

Kataraktın gelişim sürecini bir katarakt modeliyle açıklamak mümkün olmadığı için sürece en uygun olan yani her hal için uygun katarakt modelini saptamak önem taşır. Katarakt gelişim sürecinde uygun modeli bulmak geliştirilecek stratejiler için doğru ve gerçek bilgiler sağlar. Son yıllarda katarakt model olarak, kimyasal madde ya da ultraviyole ışık gibi bir etkenle indüklenerek yada genetik modellerle meydana getirilmektedir. Katarakt modellerinden travmatik katarakt ise lens kapsülünün iğne ile perforasyonu ile oluşturulmaktadır (41). Travmatik kataraktta ameliyatlar sonrasında görme yeteneği komplike bir sorun olarak görülür. Çünkü ameliyat sonrası görme, travma sonrası zarar görme olasılığı fazla olan korneal veya retinal yapıların fonksiyonel bütünlüğüyle önemli oranda ilişkilidir. USEIR verilerine göre, travmatik kataraktı olan olguların %48'inde arka segment hasarı oluşmaktadır. Neticesinde, travmatik katarakta olan yaklaşımı, temelde tanı yolunun ve tedavinin aynı olduğu senil katarakta olan yaklaşımdan farklı kılmaktadır (42).

2.6. Sistemik Hastalıklarla İlişkili Katarakt

1. Metabolik hastalıklar: Homosistinüri, Galaktozemi, Diyabet, Lowe, Hipoparatiroidizm, Hipokalsemi, Albright, Wilson, Fabry ve Refsum Hastalıkları,

2. Renal hastalıklar: Alport hastalıkları ve Lowe,
3. Cilt hastalıkları: Thomson sendromu, Konjenital ektodermal displazi, Werner ve Rothmund-atopik dermatit,
4. Baę ve iskelet dokusu hastalıkları: Myotonik distrofi, Conradi ile Marfan sendromları, bone displazi, lens dislokasyonu,
5. Santral sinir sistemi: Marinesco-Sjögren sendromu, bilateral akustik nöroma (nörofibromatozis tip 2),
6. Zararlı ajanlara bağlı gelişen hastalıkları kapsar (43).

2.7. Göz İçi Hastalıklarla İlişkili Katarakt

Retina dekolmanı, üveit/inflamasyon, glokom, retinal dejenerasyon (retinitis pigmentosa, gyrateatrophy), persistan hiperplastik primer vitreus, aniridi, Peters anomalisi, sklero kornea, mikroftalmi, Norrie hastalığı, retinoblastoma, retrolental fibroplazi, yüksek miyopi, retinalanoksi (Buerger hastalığı, Takayasu arteriti), anterior segment nekrozu (20).

2.8. Kataraktın Tedavisi

Dünyada en yaygın oftalmolojik cerrahi işlemlerden biri katarakt cerrahisidir. Katarakt cerrahisinde olumlu yönleri nedeniyle daha çok tercih edilen anestezi yöntemi topikal anestezidir (44).

Dünya genelinde yaşlı popülasyon artış göstermektedir. 1980-2020 döneminde gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfustaki tahmini artış %186 iken, gelişmekte olan ülkelerde tahmini artış %356'dır. Bu sonuçlar ışığında, Dünya Sağlık Örgütü 2020'li yıllarda 60 yaş üstünde yaklaşık 60 milyon insanın kör olacağını öngörmektedir. Dünya sağlık örgütünün öngördüğü rapor 2002 yılında yayınlanmış ve bu raporda körlük sebebinin katarakt olacağı açıklanmıştır. Yine aynı raporda körlük sebebi ile ilgili katarakt oranı %47,8 olarak verilmiştir. Bu rapora dayanarak katarakt cerrahisi ileri seviyede olan ülkelerin sağlığa ayırdığı bütçenin harcanmasında katarakt hastalığı önemli yer alacaktır. Gelişmekte olan ülkelerde, ilk defa katarakt tanısı almış vakaların oranı tedavi edilenden çok daha fazladır. Sadece Afrika kıtasında her yıl 500.000 yeni katarakt

sebebiyle gelişen körlük vakasının yaklaşık %10 kadarının ameliyatla görmeleri sağlanabilmektedir(45).

Katarakt cerrahisinde hastanın endikasyon ve semptomlarına göre karar oluşturulur. Görme fonksiyonunda katarakta bağlı zayıflama meydana gelmesi, katarakta bağlı yaşam kalitesinde oluşan azalma, arka segment hastalıklarının tedavisini zorlaştıran katarakt gelişimi, lense bağlı hastalıklar (fakolizis, fako anafaksi, fakomorfik ağı kapanması), streopsisin artırılması ve anizometropinin önlenmesi amacı ile ikinci göze cerrahi uygulama, matür katarakta görme beklentisi olmasa da beyaz pupil görüntüsünün önlenmesi için kozmetik nedenli cerrahi uygulama ve refraktif lens ekstraksiyonu uygulamaları katarakt cerrahisi endikasyonlarıdır (23).

2.9. Katarakt Cerrahisi Tipleri

Katarakt ameliyatlarının sonuçları %95'in üzerinde başarılı olmuştur. Katarakt cerrahisi, **intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu**, **ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu** ve **fakoemülsifikasyon** yöntemleri kullanılarak yapılır.

2.9.1. İntrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu (İKKE)

Lensin kapsülü ile birlikte çıkarılması yöntemidir. İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu 1970'lere gelindiğinde katarakt cerrahisinde en çok kullanılan yöntemdi. Son yıllarda ise yeterli zonül desteği olmayan kataraktlı gözlerde uygulanmaktadır. Limbua paralel yaklaşık 11-12 mm'lik insizyon uygulanır ve saat 12 hizasından korneaya traksiyon sütürü atılır. Lens ön kapsülü erizifak ile tutularak veya krio ile dondurulduktan sonra küçük hareketlerle zonüler kopartılır ve lens kapsülü çıkartılır. Ön kamara veya skleral fiksasyonlu arka kamara lensi implante edilir. Kesi yerine sütür atılır (46).

2.9.2. Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu (EKKE)

EKKE iki yöntemle yapılır. İlk yöntem nukleusu çıkararak göz içerisinden çıkarmaktır. İkinci yöntem ise son yıllarda katarakt ameliyatlarında rutin olarak kullanılan FAKO yöntemidir. Daha küçük bir kesiden uygulanması, kornea endoteli için daha az travmatik oluşu ekstrakapsüler cerrahisinin intrakapsüler cerrahiye göre daha avantajlı olmasını sağlar. Bu yöntemle arka kapsülün yerinde bırakılması göz anatomisine uygun göz içi lensi yerleştirmeye imkan sağlar. Cerrahi teknikte mid-limbal

9-10 mm'lik kesi hazırlanır. Ön kapsül “canopener” yada “kapsüloreksis” tekniklerinden biriyle açılır. Nukleus kapsül içinden bütün olarak dışarı çıkartılır veya kapsül içinde küçük parçalara bölünüp dışarı alınabilir. Korteks materyali irrigasyon-aspirasyon aracılığıyla temizlenir. Ardından GİL koyulma planı varsa kapsül içine yada sulkusa yerleştirilir. Ameliyat bitirilirken kesi 10/0 polyamid veya 8/0 ipek sutürle tek tek atılarak veya kontinü kapatılır (47).

2.9.3. Fakoemülsifikasyon

Son yıllarda katarakt cerrahisinde gelişmelere bağlı olarak güvenli ve kısa sürede ameliyatı tamamlamak, kırma kusurlarının düzeltmek, en az oküler yüzey hasarı ile görmeyi sağlayabilmek amaçlanmaktadır. Fakoemülsifikasyon cerrahisi saydam kornea kesisi ile başlar, belirlenen amaçlara ulaşmak için uygun güveli bir yöntem olarak kabul görür(48).

Katarakt cerrahisinde ameliyat sonrası dönemde iyileşmede; kesinin tipi, derinliği ve yara kapatma yöntemi önemli derecede etkilidir. Sonuç olarak ameliyat sonrası dönemde yara iyileşmesi, vizüel rehabilitasyonun ilk aşamada sağlanması, astigmatizma ve subjektif şikayetlerin azaltılması amacıyla sütürsüz katarakt cerrahisi geliştirilmiştir. Fakoemülsifikasyon yöntemi küçük kesili katarakt cerrahisi için en etkili cerrahi yöntem halini almıştır ve kataraktlı lensin küçük bir kesiden emülsifikasyonuna olanak tanımaktadır. Fakoemülsifikasyon, ekstrakapsüler katarakt cerrahisinde 11-12 mm çaplı kesilerle gerçekleştirilen lens materyalinin çıkarılması ve GİL implantasyonu işlemlerini 3,0 mm ve hatta 2,6 mm (mikrokese) kadar küçük çaplı kesilerden mümkün kılmıştır. Bu durum, geniş kesilerde görülen yara iyileşmesine bağlı birçok komplikasyonun ortaya çıkma olasılığını en aza indirmektedir(49).

Son zamanlarda katarakt cerrahisinin altın standardı kabul edilen Fakoemülsifikasyon (FAKO) cerrahisidir. Bu yöntem ile ameliyat sonrası yara yeri iyileşmesinin hızlı olması, erken görsel rehabilitasyon sağlaması, ameliyat süresinin kısılması, ameliyat sonrası minimal astigmatizma meydana gelmesi, hasta memnuniyetini artıran önemli nedenlerdir. Ayrıca fakoemülsifikasyon cerrahisi öğrenilmesi oldukça zor sayılan ve deneyim gerektiren bir yöntemdir (50).

Fakoemülsifikasyon cerrahisinin göz hekimleri arasında kabul görmesini sağlayan çok sayıda avantajı mevcuttur.

1. Kesinin küçük oluşuyla anatomik iyileşme süresinin kısalmasını sağlar, ameliyat sonrasında astigmatizmde azalma, daha seyrek ön kamara daralması, hemoraji kolası komplikasyonlarda azalma ve daha az s ü t ü r atılması anlamına gelir.
2. Vitreus prolapsusu ve sebep olabileceği komplikasyonları arka kapsülün korunması ile azaltmış olur.
3. Korteks b ü t ü n ü yle temizlenebilmektedir.
4. Göz içi lensleri kolaylıkla implante edilmektedir(51).

FAKO cerrahisinin komplikasyonları:

Ameliyat Sırasında Görülen Komplikasyonlar:

- Arka kaps ü l r ü p t ü r ü ü
- Yetersiz lens korteks temizliği
- İris travması
- Persistan iris prolapsusu
- Nükleer parçacıkların vitreusa düşmesi
- Kesi yeri problemleri
- Descement dekolmanı
- Ekspulsif hemoraji

Ameliyat Sonrası Erken Komplikasyonlar:

- Korneal stromal ödem ve descement membran kırışıklığı
- Göz içi basıncı yükselmesi
- Üveit
- Kesinin sızıntı yapması
- Hifema
- Kesiye vitreus uzaması
- Pupiller blok
- Kaps ü ler blok
- Endoftalmi

Ameliyat Sonrası Geç Komplikasyonlar:

- Astigmatizma oluşması
- Arka kaps ü l opasifikasyonu

- Kistoidmaküller ödem
- Retina dekolmanı
- GİL dislokasyonu
- Kapsül fibrozisi
- Epitel yürümesi(20).

2.10.Kaygı

Kaygı veya anksiyete, vücudun biyolojik korunma sistemi olarak kabul edilir ve herhangi bir risk durumu algılandığında ortaya çıkarak vücudun kendini sakınmasını sağlar. Böyle bir durum normal kabul edilir. Anormal kaygı ise, herhangi bir risk durumu ortaya çıkmaksızın, kişi sanki tehlike altındaymış gibi algı oluşması ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesi ile oluşur. Yoğun endişe, dehşet veya bir felaket yaklaşması duygusu ile karakterize olabilir. Normal sayılamayan kaygının mutlaka psikolojik ve/veya farmakolojik olarak tedavi edilmesi gerekir, çünkü anormal kaygı patolojik kabul edilir(52).

Tanımlanması zor bir korku ya da endişe duygusuna fizyolojik olarak bazı belirtiler eşlik edebilir; terleme, midede boşluk hissi, göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı gibi duyular olabilir. Aynı zamanda kendini huzursuz hissetme, yerinde duramama gibi belirtileri görülebilir. Ortada somut bir tehlike olmaksızın örnek durumların şiddetli ve daha sık ortaya çıkması ve kişinin günlük yaşam kalitesini etkilemesi bireyde kaygı bozukluğu olduğunu gösterir. Fakat kaygının klinik bulguları kişiden kişiye farklılıklar gösterebilir. Örneğin, bazı bireylerde kas gerginliği ön planla olup boyun tutulması, kas gerginliği, kas spazmları yaşayabilirler. Kaygı bozuklukları; agorafobi, panik bozukluğu olmadan agorafobi, panik atak, agorafobi olmadan panik bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, akut stres bozukluğu, madde kullanımı, genel sağlık duruma bağlı kaygı bozukluğunu kapsar. En sık görülen kaygı bozukluğu; panik bozukluk ve yaygın kaygı bozukluğudur(53).

Hoş olmayan özellikleri ile kaygı, diğer duygulanım şekillerinden ayrılır ve kaygı ya da huzursuzluk olarak da adlandırılabilir. Fizyolojik olarak çarpıntı olması, nefes almada güçlük, çok hızlı nefes alma, el ile ayaklarda titreme olması, aşırı terleme gibi semptomlarla beraber psikolojik özellikler olarak sıkıntı, heyecanlanma, birden çok

kötü şeyler olacakmış hissiyatı ve anlık korku olarak değerlendirilebilir. Çoğu tanım, kaygı ile korkuyu; kaygının kaynağı bilinmeyen tehlike beklentisi olmasıyla ayırabilir.

Kaygı, bireyin çevresinde ortaya çıkan yeni koşullara uyumunu meydana getirdiği gibi bireyin ruhsal durumu geriletebilecek veya ilerletebilecek bir işlev olabilir. Kaygı, ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici veya olumsuz yönde geriletebilecek işlevi yanında, uyum sağlayıcı, engelleyici işlev de görebilir. Kaygının ne zaman maladaptif, ne zaman adaptif olduğunun tespiti önem taşır. Kaygının uyardığı tepkiler göz önüne alındığında performansımızı olumlu yönde etkilediği optimal bir sınır mevcuttur. Kaygı patolojik olarak değerlendirildiğinde, kişinin verimliliğini düşüren, insan ilişkilerinde bozulmaya neden olan çoğunlukla ağız kuruluğu, titreme, kas gerginliği, çarpıntı, gibi fiziksel belirtilerin görüldüğü bir durumdur(54).

2.10.1 Kaygı Belirtileri

İnsanlık tarihinden itibaren kabul gören kaygının temel bir amacı vardır. Temel amaç, bireyi çevreden gelebilecek tehlikelere karşı kendini korumaya yöneltirken, günümüzde yaşamının, rekabet ortamında ilerleyebilmenin, yeni keşifler yapabilmenin, kabul görmenin gereği olarak kabul edilmektedir. Birey yaşamında kaçınılmaz olan kaygıya karşı çeşitli baş etme mekanizmaları geliştirir. Bireye ameliyat geçirmesi gerektiği bildirildiğinde baş etme mekanizmalarını zorlamak durumun kalır. Ameliyat algısı, ağrı, kayıp olasılığı, güçsüzlük gibi ihtimaller önemli kaygı kaynağıdır. Ameliyat öncesi dönemde kaygı düzeyinin artışı olumsuz sonuçlara sebep olur ayrıca ameliyat sonrası dönemde iyileşme sürecini de etkilemektedir(55).

Klinik açıdan belirgin kaygı semptomları olması ve genel sağlık durumunun direkt olarak fizyolojik etkilerine bağlılığı kaygı bozukluğunun başlıca özelliğidir. Birçok tıbbi hastalıkta kaygı bozukluğunu düşündürebilir. Çoğunlukla yaygın kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve ya panik atak şeklinde klinik görünüm veren genel tıbbi duruma bağlı gelişen bütün kaygı bozukluklarını taklit edebilir(56).

Birçok psikopatolojiyle ortaya çıkabilen kaygı durumunda korku ve endişe duygusu egemendir. Öfke ile hemen hemen aynı özelliklere sahip olduğu belirtilen bir durumdur, kaygı da öfke duygusu da yüksek düzeyde uyarılma ve aksine düşük düzeyde memnuniyeti kapsamaktadır. Ancak kaygıda pasif duygu ve davranışlar görülmesine rağmen öfkede daha yoğun duygu ve davranışlar hâkimdir. Öfke sorunu yaşayanların

panik nöbeti belirtileri şeklinde kendini gösteren birçok kaygı belirtisi yaşadıkları; panik bozukluğu yaşayan bireylerin de normal bireylere oranla daha saldırgan ve düşmanca tavırlar gösterdiği belirtilmektedir(57).

Hastanın medeni durum, eğitim, cinsiyet, cerrahi deneyimi ve hastalığa yakalanma olasılığının kaygıyı etkilediği ve yapılan araştırmalara göre; günü belirlenerek yapılan cerrahi girişimlerin hastanın kaygı düzeyinin acil ve günübirlik cerrahiye nazaran düşük olduğu saptanmıştır. Bert ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, gerçekleştirilecek ameliyat öncesinde eğitim ihtiyacı yüksek olan bireylerin kaygı düzeylerinin de yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bazı çalışmalarda da hastanın ameliyat için hazırlanması, yeterli bilgi verilmesi hastaların baş etme stratejileri kullanması ve sosyal destek ağının desteğini alması gibi durumlar da kaygı düzeyini azalttığı yönünde açıklanmıştır(58).

Günümüzde yapılan bazı çalışmalarda, sağlık ya da hastalıkla bilgiye erişim düzeyi ile sağlıkla ilgili yaşanan kaygının ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, sağlığa ilişkin kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin, hekim muayenesinden daha az memnun oldukları, bu yüzden de sağlık ya da hastalıkları ile ilgili gerekli bilgiye internet aracılığıyla daha çok ulaşmaya çalıştıkları görülmüştür. Hastalık belirtileri ile ilgili bilgilere internet aracılığıyla ulaşan yüksek kaygı düzeyine sahip bireyler, kendilerini daha kötü hissettiklerini ve ciddi boyutta kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir(59).

2.10.1.1. Bilişsel Belirtiler

Bilme eylemi ya da sürecine biliş denir. Bilişsel terapiler, kaygı yada uyum sağlayamamaya dönük davranışları olayların sebebi olarak değil, kişilerin bu olaylardaki beklentileri ve yorumlamaları olduğunu iddia eder. Böyle davranışların bireyin inançları ve düşünceleri ile doğrudan ilgilenilerek olumlu yönde değiştirilebileceğini savunmaktadırlar. 1960'lı yıllarda Beck duygu durum rahatsızlıklarının tedavisinde adına 'bilişsel terapiler' dediği yaklaşımı ileri sürmüştür. Beck'in bu kuramına göre, bireyin çocukluk çağında deneyim yolu ile öğrenme, kişinin temel inanç ve düşünce sistemlerinin oluşmasına neden olmakta ve yapısal seviyede bunlar "şema" olarak isimlendirilmektedir. Yaşama bağlı gerçekleşen olaylar sessiz bir şekilde duran bu şemaların harekete geçmesine ve "negatif otomatik düşüncelerin"

düşünülmesine ve bu durumun sonucunda kaygı, öfke, üzüntü ve suçluluk gibi negatif duyguların oluşmasına neden olur. Psikiyatrik rahatsızlık tanısı alan bireylerin algılama, inanç ve benzer düşünce biçimleri psikiyatrik rahatsızlıkların daha iyi anlaşılmasını sağlayarak, kapsamlı bir tedavi almalarına yardımcı olmaktadır. Gerçek olmayan inanışlar, düşünce ve duyguların değiştirilmesi, kendilik algısının yapılandırılması bilişsel terapinin asıl hedefidir. Bu hedef doğrultusunda bireyin baş etme mekanizmasının etkin hale getirilmesi, kişisel gelişimine destek sağlanması için; bilişsel-davranışsal terapiler evde, okulda, iş hayatında uygulanabildiği gibi boş zaman etkinliği olarak da katkı sağlayabilmektedir (60).

2.10.1.2. Duygusal Belirtiler

Kaygının duygusal belirtilerinde; tedirginlik, çaresizlik, gerginlik, dehşet duygusu, alarm ve sinirlilik hali, yoğun endişe gibi duygular hakim olmaktadır (61).

Olumsuz bilişsel değerlendirmelere yol açan kaygı, fizyolojik semptomların daha tehlikeli algılanmasına, abartılmasına yol açar. Hasta duygusal yönden kendine yöneldiğinden kendine ilgisi ve dikkati yoğunlaşır. Bu durumda daha önce dikkat etmediği ve farkında olmadığı duyuları bilinç düzeyine çıkar. Yapılan çalışmalarda duygusal belirtilerin eşlik ettiği kaygının ağrı eşiğini düşürdüğü ve uyum toleransını etkilediğini açıklamaktadır (62).

2.10.1.3. Davranışsal Belirtiler

Kaygının davranışsal belirtileri, sağlıklı davranışların inhibisyonu veya hiperaktif tolerans şeklinde gözlenir. Böyle davranışlar kaygıyı ilk evrelerde düşürme amacıyla olsa da arttırıcı özellikler de taşır:

- a) Kaçma
- b) Kaçınma
- c) Huzursuzluk Hissi
- d) Olduğu yerde hareketsiz kalma (tonik immobilizasyon)
- e) Davranışlarda inhibisyon
- f) Konuşma akışında bozukluklar
- g) Koordinasyon bozukluğu (1).

2.10.1.4. Fizyolojik Belirtiler

Kaygı kişide bazı psikolojik ve fizyolojik değişikliklere sebep olmaktadır. Kaygının hastada birtakım psikoloji ve fizyolojik değişiklere sebep olması; tehlike algılandığında otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla açıklanır. Solunum sayısı, kalp atış hızı, kan basıncı artışı otonom sinir sisteminin uyarılmasıyla gerçekleşir. Aynı zamanda hastada tükürük salgısı azalmasıyla ağız kuruluğu, mide- bağırsak hareketlerinde hızlanma, kas gerginliğinde artış, titreme, kan şekerinin yükselmesi, göz bebeklerinde genişleme, terleme, deri direncinde artış görülebilir. Görülebilecek bütün bu semptomlar merkezi sinir sisteminde adrenalın gibi kimyasal ileticilerin kanda seviyesinin yükseldiğini gösterir. Hastada meydana gelen bu değişiklikler kaygıya yol açmaktadır(63).

Kaygıda görülen fizyolojik belirtiler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Kardiovasküler sistem: Kan basıncı değişiklikleri, çarpıntı, yüzde kızarma veya soluk renk
- Solunum sistemi: Boğazda düğümlenme, hava açlığı, boğulma hissi, nefes darlığı,
- Genitoüriner sistem: cinsel isteksizlik sık idrara çıkma, gibi
- Gastrointestinal sistem: Batında ağrı hissetme, bunaltı, ishal, yutma güçlüğü, kusma,
- Cilt belirtileri: Sıcak basması, terleme, cilt renginde kızarıklık,
- Nörolojik Belirtiler: Baş dönmesi, Tremor, anestezi, parestezi, motor huzursuzluk, bayılma hissi veya bayılmalar (64).

2.11. Kaygı Bozuklukları Tanıları

Hastaların genelinde ameliyat öncesi dönemde çeşitli seviyelerde kaygı gözlenmektedir. Ameliyat geçirecek bireylerin %60-80'inde ameliyat öncesi kaygı yaşandığı belirlenmiştir(61).Açıklanan kaygı ve korku anestezi ile ilişki olabilir, ameliyat tipi, hastanın geçmiş deneyimleri, kişilik özellikleri gibi çok sayıda faktörle ilişkili olabilir(65).

2.12. Ameliyat Öncesinde Yaşanan Kaygı Nedenleri ve Hemşirelik Yaklaşımı

Ameliyat öncesi yaklaşım; hastanın biyopsikososyal bütünlüğüne dikkat edildiğinde, kaygının tedavisi ile cerrahi tedavi bir bütündür. Bireyin endişe ve kaygılarının empatik bir yaklaşımla dinlenmesi bireyde öz bilinç geliştirir ve başa çıkma mekanizmalarını güçlendirir. Ameliyat öncesinde bireylerde uygun destek ve yeterli bilgi verilmesi kaygı düzeyinin düşürülmesi ve hastanın sonuçlarının iyileştirilmesi için önemlidir(12).

Herhangi bir cerrahi girişim gerekliliği hastaları psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan etkilemektedir. Hastaların kaygı, kaygı yaşamalarına sebep olur. Ameliyat sonrası ağrı düzeyi ve komplikasyonların artmasında kaygının etkisi vardır. Aynı zamanda kaygı, hastaların hastanede kalma sürelerinin uzamasına yol açar. Hastaların cerrahi girişimlere yönelik kaygılarını azaltmak doğru uygulanan hemşirelik bakımı ile mümkündür. Hastaların kaygı düzeylerini azaltmak ve konforunu artırmak için ameliyat öncesi eğitim verilmelidir. Ameliyat öncesi verilecek eğitim ameliyat sonrası komplikasyonların azaltılması ve hastaların optimal sağlıklarına ulaşması için gereklidir(66).

Cerrahi girişimde karar verilmesi ve ameliyatın bekleme süreci hastalarda sıklıkla kaygıya sebep olmaktadır. Kaygıya neden olan unsurlar; hasta hekim ilişkisi, cerraha duyulan güvensizlik, ameliyatın risk derecesi ve zorluğu, ameliyata yönelik önyargılar, hastanın bilgi eksikliği, cerrahın tutumu gibi sıralanabilir(67).

Katarakt ameliyatlarında çoğunlukla anestezi türü olarak lokal anestezi yöntemi seçilir, fakat bazı durumlarda genel anestezi uygulanabilir. Ameliyat öncesi hazırlık; cerrahi girişim yapılacak olan hastanenin politikasına, anestezi tipine, cerrah ve cerrahi girişime göre değişiklik gösterir. Katarakt cerrahisinde genel hazırlık; yüz temizlenmesi, anestezi tipi genel ise hastanın varsa takma dişlerinin çıkarılması, oje, makyaj olmaması, engel teşkil ettiği düşünüldüğünde kaş ve/veya kirpiklerin kesilmesi, hekim istemine bağlı pupillayı dilate edecek damlaların vaktinde ve doğru uygulanması, eğer lokal anestezi uygulanacaksa hastaya bilgi verilmesi ve ameliyat esnasında başının oynatmaması ve ekibin talimatlarına uyması hakkında bilgilendirilmesini içerir(16).Ameliyattan 5- 6 gün önce hasta antikoagülan kullanıyorsa retrobulber hemoraji riskini en aza indirmek için ilaç kesilmelidir. Antikoagülan tedavisi devam

eden hastalarda yan etki riski %0,1-%0,8 bulunmasına rağmen antikoagülan tedaviyi ameliyattan önce sonlandırma hala tartışma konusudur(68).

Tarihine karar verilmiş bir ameliyatta, ameliyat öncesi akşam ve sabah hazırlığı hemşireye aittir. Kaygı düzeyi yüksek ve ameliyat öncesi dönemde iyi hazırlanmamış olan hasta, ameliyat stresiyle baş edemez ve komplikasyonların gelişmesi söz konusu olabilir. Uygun hemşirelik bakımı, kaygı düzeyini düşürmede ve ameliyat stresine uyumu yükseltmede önem taşır. Psikolojik hazırlık ve ameliyat öncesi bilgilendirme:

- Kaygıyı gidermeye,
- Ameliyatta daha nadir anestetik madde ihtiyacına ve hastanın uyum göstermesine,
- Stres hormonlarının daha az salınmasına,
- Ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye destek olur ve erken taburculuğa yardımcı olur(25).

Kaygıya neden olan faktörlerin iyi bilinmesi, kaygı düzeyi yüksek olan hastanın psikolojisini anlamada oldukça önem arz eder. Ameliyat öncesi dönemde hastalarda farklı nedenlerle ve çeşitli düzeylerde kaygıya rastlanabilir. Hastanın sağlığı ve hastalığı hakkındaki endişeleri, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirip getiremeyeceği korkusu, evinden ve ailesinden uzaklaşması, ameliyatı hakkında yeterli bilgiye sahip olamaması, ameliyat sırasında ve sonrasında ağrı duyma endişesi, anesteziye bağlı uyanama gibi algılara sahip olası hastanın kaygı düzeyini artıran unsurlardır(69).

Cerrahi girişimler hasta ve ailesine psikolojik ve sosyal sorunlar yaratmaktadır, korku, endişe, ümitsizlik, gibi duygular yaşamalarına sebep olmaktadır. Çünkü; hastalık veya hastanede yatma kişilerin yaşamında önemli durumlardan biridir. Cerrahi girişimler; gününbirlik, planlanmış yada plansız olsun fark etmeksizin hasta ve yakınlarında kaygıya sebep olabilecek bir yaşam deneyimi olup, bir takım tepkiler göstermelerine yol açabilir. Ayrıca, her cerrahi girişim kendine özgü sorunlara sebep olabilir. Ayrıca ameliyatların hastalar üzerinde genel olarak etkileri vardır. Bunlar; enfeksiyona karşı direncin azalıyor olması, cerrahi girişime karşı stres tepkisinin oluşması, beden imajında değişiklik olması, vasküler sistemin bozulması yaşam tarzında değişimler yaşanması gibi örneklendirilebilir(70).

Ameliyat öncesinde yaşanan kaygı, psikodinamik kuramcılar tarafından birtakım varsayımlarla ifade edilmektedir. Bunlar;

1) Bilinçdışı sebeplerle bazı hastalar yapılan cerrahiyi bir tür cezalandırılma, cerrahı da ceza veren olarak algılayabilir

2) Hasta adına sembolik, manevi bir duygu uyandıran organ ve sistemin önemi

3) Daha önce benzer bir işlem uygulanan biri ile hastanın özdeşim yapması

Ameliyat öncesinde yaşanan kaygı, bilişsel kuramcılar tarafından bazı hatalı bilişsel şemalarla açıklanır;

1) Ameliyat sonrası kazanç/kayıp dengesinde doğru olmayan algılar oluşması,

2) Kayıp ihtimali üzerinde çok durulması,

3) Hastada yaşanmış deneyimlerle ilgili olumsuz algı oluşması veya bellek çarpıtılması (71).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, katarakt cerrahisi geçirecek hastalarda ameliyat öncesi kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu, araştırma, İstanbul ili Avrupa yakasında Şişli ilçesinde bulunan Florence Nightingale Hastanesi Göz Sağlığı Merkezi'nde Kasım 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Kasım 2018 - Şubat 2019 tarihleri arasında Şişli Florence Nightingale Göz Sağlığı Merkezi'nde katarakt cerrahisi geçirecek olan hastalar (N=230) oluşturdu. Örneklem sayısı, 2017-2018 yılları arasında katarakt cerrahisi geçiren hastaların (N=750) verilerine göre hesaplandı. Çalışmaya dahil etme kriterleri doğrultusunda örneklem grubunu duyuşsal, bilişsel ve iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunu olmayan gönüllü toplam 200 hasta oluşturdu.

$$n = \frac{N \cdot t \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 p q} = \frac{750 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2 \cdot (750-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)} = 200$$

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlayabilmek için Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kurul onayı ve araştırmanın gerçekleştirileceği hastaneden kurum izni alındı. Etik kurul başvurusu sırasında yazılı kurum izni istendiği için önce kurum izni alındı.

Araştırmada veriler, çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalarla yüz yüze görüşülerek anket yöntemi ile elde edildi ve yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Özellikler Formu ile katılımcıların kaygı durumunu gösteren STAI FORM TX-1 ve STAI FORM TX-2 Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanıldı.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU: Araştırmacılar tarafından literatür bilgisi (72) doğrultusunda hazırlanan sosyodemografik özellikler formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence, katarakt hakkında bilgi alma durumu, katarakt hakkında bilgiyi nereden aldığı, daha önce katarakt cerrahisi geçirme deneyimi, hangi gözünden katarakt cerrahisi geçireceği, ailesinde katarakt ameliyatı olan kişi varlığı, sağlık profesyonellerinden ameliyat endişesini gidermeye yönelik psikolojik destek alma durumu, ameliyatı hakkında sağlık profesyonellerinden bilgi alma durumunu içeren toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

STAI FORM TX-1 ve STAI FORM TX-2 DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ: Bu çalışmada kaygı düzeylerini değerlendirmek için STAI FORM TX-1 Durumluk Kaygı Envanteri ve STAI FORM TX-2 Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Envanterler, Durumluk ve Sürekli Kaygı seviyelerini saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir(72). Öner ve Le Compte tarafından 1975 yılında Türkçe'ye uyarlaması yapılarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(16). STAI FORM TX-1 kısa ve net ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketi kabul edilmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların kaygı düzeylerini değerlendirmeye yönelik (hiç, biraz, çok, tamamıyla) olarak yanıtlanabilecek sorulardan oluşmaktadır. STAI FORM TX-2 ile değerlendirilen temel özellikler tedirginlik, gerginlik, sinirlilik ve endişe duygularıdır. “Hemen hemen hiçbir zaman”, “Bazen”, “Çok zaman”, “Hemen her zaman” olarak yanıtlanabilecek likert tipi sorulardan oluşmaktadır. STAI ölçeği toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçekten oluşmaktadır; Durumluk kaygı ölçeği (STAI FORM TX-1) katılımcıların “şimdi” nasıl hissettiğini değerlendiren 20 ifadeden oluşurken Sürekli kaygı ölçeği (STAI FORM TX-2) bireylerin genellikle nasıl hissettiklerini değerlendiren 20 ifadeden oluşur. Durumluk Kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar yaşantıların şiddet derecesine göre, sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygular ise sıklık derecesine göre 4'lü likert derecesini işaretlenmesi beklenir. Her STAI maddesine 1'den 4'e kadar ağırlıklı bir puan verilir. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir ve puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğu bilgisini vermektedir. Sonuçların puanlaması elle veya bilgisayarda yapılabilmektedir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Katarakt cerrahisi geçirecek hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanları bağımlı değişkenleri oluşturdu.

Bağımsız değişkenler: Katarakt cerrahisi geçirecek hastaların sosyodemografik özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturdu.

3.6. Araştırma Soruları

1. Katarakt cerrahisi geçirecek hastaların durumluk kaygı puanları ve sürekli kaygı puanları nasıldır?
2. Katarakt cerrahisi geçirecek hastaların sosyodemografik özellikleri ile durumluk kaygı puanları arasında bir ilişki var mıdır?
3. Katarakt cerrahisi geçirecek hastaların sosyodemografik özellikleri ile sürekli kaygı puanları arasında bir ilişki var mıdır?

3.7. Verilerin Analizi

Araştırma için elde edilen veriler Statistical Packages For The Social Sciences (SPSS 21,0) paket programı ile analiz edildi. Katılımcıların Frekans değerlerinin yüzde ve sayı olarak verilmesi için tanımlayıcı istatistiksel (Yüzde Dağılım, Frekans) yöntemler kullanılmıştır. Gruplar arası dağılımlar için t-Testi ve ANOVA Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen veriler standart sapma, ortalama, maksimum, minimum olarak, nominal veriler de yüzde ve frekans olarak değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sınırlılığı tek bir hastanede ve 200 hasta ile yapılmış olmasıdır. Bu nedenle, araştırma sonuçları hastaların tümüne genellenemeyebilir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmaya başlamadan önce Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden etik kurul onayı ve İstanbul ili Şişli İlçesinde bulunan Florence Nightingale Hastanesi'nden kurum izni alındı. Çalışmaya katılan hastalardan sözlü ve yazılı onamları alındı.

4.BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde katarakt ameliyatı olacak hastaların sosyodemografik özellikleri, katarakt cerrahisine ilişkin bilgileri ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının kıyaslanmasına yer verildi. Araştırmaya katarakt cerrahisi geçirecek olan 200 hasta katıldı.

Tablo 1. STAI FORM TX-1 ve STAI FORM TX-2 Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinden Alınan Puanlar

Değişkenler	Ort	S.S.
STAI FORM TX-1 Durumluk Kaygı Puanı	37,88	±9,49
STAI FORM TX-2 Sürekli Kaygı Puanı	41,40	±8,79

Her iki ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini belirtir. Araştırma kapsamına alınan hastaların aldıkları STAI FORM TX-1 Durumluk Kaygı ve STAI FORM TX-2 Sürekli Kaygı Puanı ortalamaları 36 ile 41 arasında değişmektedir. Bu çalışmada alınan puanlara göre katarakt cerrahisi geçirecek hastaların kaygı seviyelerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Katarakt Cerrahisi Geçirecek Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=200)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş	30-35	21	10,5
	36-40	9	4,5
	41-45	79	39,5
	51 ve üzeri	91	45,5
Cinsiyet	Kadın	79	39,5
	Erkek	121	60,5
Medeni durum	Evli	168	84
	Bekâr	32	16
Öğrenim durumu	Okuma yazma bilmiyor	6	3
	İlkokul	16	8
	Ortaokul	35	17,5
	Lise	90	45
	Yüksek okul ve üzeri	53	26,5
Meslek	Memur	15	7,5
	Serbest	7	3,5
	İşçi	42	21
	Çalışmıyor	38	19
	Emekli	98	49
Sosyal güvence	Özel sağlık sigortası	11	5,5
	SGK	165	82,5
	Güvencesi yok	24	12
Katarakt hakkında bilgi alma durumu	Evet	125	62,5
	Hayır	75	37,5
Katarakt hakkında bilgiyi nereden aldığı	Kitle iletişim araçları	37	18,5
	Arkadaşlar	54	27
	Sağlık kuruluşu	109	54,5
Daha önce katarakt cerrahisi geçirme deneyimi	Evet	108	54
	Hayır	92	46
Hangi gözden katarakt cerrahisi geçireceği	Sağ göz	64	32
	Sol göz	136	68
Ailede katarakt cerrahisi geçirme durumu	Evet	67	33,5
	Hayır	133	66,5
Psikolojik destek alma durumu	Evet	27	13,5
	Hayır	173	86,5
Ameliyat hakkında bilgi alma durumu	Evet	189	94,5
	Hayır	11	5,5

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de yer almaktadır. Hastaların %45,5’i 51 yaş ve üzeri, %60,5’i erkek, %84’ü evli, %45’i lise mezunu, %49’u emekli, %82,5’i, SGK’lı, %62,5’i katarakt hakkında bilgisi olan, %54,5’i katarakt hakkında sağlık kuruluşlarından aldığı belirlendi.

Katılımcıların %54'ü daha önce katarakt cerrahisi geçirdiğini ifade ederken, %68'inin sol gözden katarakt cerrahisi olacağı belirlendi. Çalışmaya katılan hastaların %66,5'inin katarakt cerrahisi geçirme deneyimlerinin olmadığı belirlendi. Katarakt cerrahisi ile ilgili psikolojik destek alanların oranı ise %13,5 olarak bulundu. Hastaların %94,5'inin yapılacak işlem hakkında bilgi aldığı saptandı.

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre STAI FORM TX-1 Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=200)

Sosyodemografik Özellikler		n	Ort	S.S.	F/t*	p
Yaş	30-35	21	41,52	10,21	0,354	0,781
	36-40	9	40,14	10,78		
	41-45	79	42,04	10,21		
	51 ve üzeri	91	43,65	10,85		
Cinsiyet	Kadın	79	43,22	8,19	-2,521*	0,005
	Erkek	121	46,24	8,42		
Medeni durum	Evli	168	40,97	10,54	-1,327	0,017
	Bekâr	32	42,80	10,38		
Öğrenim durumu	Okuma yazma bilmiyor	6	40,65	10,21	1,374	0,050
	İlkokul	16	41,54	10,34		
	Ortaokul	35	40,68	11,08		
	Lise	90	41,95	10,74		
	Yüksekokul ve üzeri	53	44,34	11,04		
Meslek	Memur	15	21,11	4,01	3,698	0,012
	Serbest	7	22,36	4,74		
	İşçi	42	21,43	4,12		
	Çalışmıyor	38	20,25	4,09		
	Emekli	98	21,13	3,95		
Sosyal güvence	Özel sağlık sigortası	11	41,98	10,01	1,324	0,254
	SGK	165	40,12	11,04		
	Güvencesi yok	24	41,53	10,25		
Katarakt hakkında bilgi alma durumu	Evet	125	45,14	10,42	-2,684*	0,006
	Hayır	75	41,10	10,31		
Katarakt hakkında bilgiyi nereden aldığı	Kitle iletişim araçları	37	44,97	9,25	-0,409	0,652
	Arkadaşlar	54	45,91	10,12		
	Sağlık kuruluşu	109	41,23	9,47		

*t= Independent t test; F=Varyans analizi ANOVA, **p<0,05

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre STAI FORM TX-1 Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=200) DEVAM

Sosyodemografik Özellikler		n	Ort	S.S.	t	p
Daha önce katarakt cerrahisi geçirme deneyimi	Evet	108	46,21	10,41	-1,372	0,217
	Hayır	92	45,50	10,47		
Hangi gözden katarakt cerrahisi geçireceği	Sağ göz	64	41,21	10,65	-2,405	0,007
	Sol göz	136	46	9,12		
Ailede katarakt cerrahisi geçirme durumu	Evet	67	40,25	10,56	2,694	0,012
	Hayır	133	41,36	10,32		
Psikolojik destek alma durumu	Evet	27	40,12	8,51	1,520	0,003
	Hayır	173	41,23	8,89		
Ameliyat hakkında bilgi alma durumu	Evet	189	43,47	8,07	-3,621	0,001
	Hayır	11	41,28	8,14		

t= Independent t test; F=Varyans analizi ANOVA, *p<0,05

Tablo 3'te katarakt cerrahisi geçirecek hastaların sosyodemografik özelliklerine göre durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması bulunmaktadır.

Katarakt cerrahisi geçirecek hastaların yaş, sosyal güvence ve katarakt hakkında bilgiyi nereden aldığı değişkenlerine göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptandı (p>0,05).

Sosyodemografik özelliklerden cinsiyet değişkeni erkek (46,24±8,42), medeni durumu bekâr (42,80±10,38), öğrenim durumu yüksekokul ve üzeri (44,34±11,04), mesleği serbest (22,36±4,74) ve katarakt hakkında bilgi sahibi olma değişkenine evet diyen (45,14±10,42) gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve bu değişkenlerin durumluk kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 3).

Daha önce katarakt cerrahisi geçirme deneyimi olan hastalar ile olmayanların durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (p>0,05).

Sol gözden katarakt cerrahisi geçirecek olan; ailede katarakt cerrahisi geçirme deneyimi olmayan; psikolojik destek almayan ve ameliyat hakkında bilgi alanların durumluk kaygı puan ortalamalarında diğer değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Sol gözden katarakt cerrahisi geçirecek hastaların durumluk

kaygı puan ortalaması($46,21 \pm 9,12$) sağ göze oranla yüksek bulundu ($p < 0,01$). Ailede katarakt cerrahisi geçirme deneyimi olmayanların puan ortalaması ($41,36 \pm 10,32$), deneyimi olanlara göre yüksek bulundu ($p < 0,05$). Psikolojik destek almayanların durumluk kaygı puan ortalaması ($41,23 \pm 8,89$) alanlara göre daha yüksek bulundu($p < 0,01$). Ameliyat hakkında bilgi alanların durumluk kaygı puan ortalaması($43,47 \pm 8,07$)almayanlara göre yüksek bulundu($p < 0,01$) (Tablo 3).



Tablo 4.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre STAI FORM TX-2 Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=200)

Sosyodemografik Özellikler		n	Ort	S.S.	F/t*	p
Yaş	30-35	21	43,41	7,60	2,632	0,008
	36-40	9	41,02	7,32		
	41-45	79	46,62	6,25		
	51 ve üzeri	91	44,26	4,65		
Cinsiyet	Kadın	79	45,63	4,63	-1,332*	0,192
	Erkek	121	50,42	6,51		
Medeni durum	Evli	168	39,95	6,25	-,2762*	0,004
	Bekâr	32	44,85	7,42		
Öğrenim durumu	Okuma yazma yok	6	28	6,14	26,421	0,000
	İlkokul	16	44,23	6,72		
	Ortaokul	35	41,74	6,93		
	Lise	90	43,24	6,25		
	Yüksekokul ve üzeri	53	47,15	5,94		
Meslek	Memur	15	45,65	8,25	2,925	0,443
	Serbest	7	42,12	7,12		
	İşçi	42	39,96	5,96		
	Çalışmıyor	38	28	6,95		
	Emekli	98	41,36	7,54		
Sosyal güvence	Özel sağlık sigortası	11	39,61	6,51	3,152	0,003
	SGK	165	44,05	7,26		
	Güvencesi yok	24	41,25	5,24		
Katarakt hakkında bilgi alma durumu	Evet	125	33,23	3,26	1,178*	0,254
	Hayır	75	31,76	7,24		
Katarakt hakkında bilgiyi nereden aldığı	Kitle iletişim araçları	37	38,21	2,42	3,521	0,001
	Arkadaşlar	54	31,52	4,23		
	Sağlık kuruluşu	109	39,02	3,47		
Daha önce kataraktcerrahisi geçirme deneyimi	Evet	108	41,54	8,25	2,987*	0,001
	Hayır	92	39,23	2,6,3		
Hangi gözden katarakt cerrahisi geçireceği	Sağ göz	64	42,95	6,25	1,054*	0,003
	Sol göz	136	45,86	7,42		
Ailede katarakt cerrahisi geçirme durumu	Evet	67	43,52	8,05	1,052*	0,001
	Hayır	133	45,01	7,44		
Psikolojik destek alma durumu	Evet	27	42,27	7,78	2,542*	0,012
	Hayır	173	45,03	7,41		
Ameliyat hakkında bilgi alma durumu	Evet	189	42,58	8,32	1,054*	0,001
	Hayır	11	40,02	7,60		

*t= Independent t test; F=Varyans analizi ANOVA **p<0,05

Tablo 4'te katarakt cerrahisi geçirecek hastaların sosyodemografik özelliklerine göre sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Katarakt cerrahisi geçirecek hastaların cinsiyet, meslek, katarakt hakkında bilgi alma durumu değişkenlerine göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Sosyodemografik özelliklerden yaş değişkeni 41-45 yaş grubu ($46,62 \pm 6,25$), medeni durumu bekâr ($44,85 \pm 7,42$), öğrenim durumu yüksekokul ve üzeri ($47,15 \pm 5,94$) sosyal güvencesi SGK ($44,05 \pm 7,26$), katarakt hakkında bilgiyi sağlık kuruluşundan alan ($39,02 \pm 3,47$) gruplarda sürekli kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve bu değişkenlerin sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4).

Daha önce katarakt cerrahisi geçirme deneyimi olan; sol gözden katarakt cerrahisi geçirecek olan; ailede katarakt cerrahisi geçirme deneyimi olmayan; psikolojik destek almayan ve ameliyat hakkında bilgi alanların sürekli kaygı puan ortalamalarında diğer değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Daha önce katarakt cerrahisi geçirme deneyimi olan hastaların sürekli kaygı puan ortalaması ($41,54 \pm 8,25$) deneyimi olmayanlara göre yüksek bulundu, sol gözden katarakt cerrahisi geçirecek hastaların sürekli kaygı puan ortalaması ($45,86 \pm 7,42$) sağ göze oranla yüksek bulundu, ailede katarakt cerrahisi geçirme deneyimi olmayanların puan ortalaması ($45,01 \pm 7,44$) deneyimi olanlara göre yüksek bulundu ($p<0,01$). Psikolojik destek almayanların sürekli kaygı puan ortalaması ($45,03 \pm 7,41$) psikolojik destek alanlara göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Ameliyat hakkında bilgi alanların sürekli kaygı puan ortalaması ($42,58 \pm 8,32$) bilgi almayanlara göre yüksek bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4).

5.TARTIŞMA

Katarakt cerrahisi en sık gerçekleştirilen ameliyatlardan biridir. Katarakt cerrahisinde saydamlığını yitirmiş lens materyali çıkarılıp gelen ışınları tekrar foveaya odaklamak amacıyla göz içi lensin (GİL) yerleştirilmesi amaçlanır. Son zamanlarda katarakt cerrahisinde erken dönemde görsel rehabilitasyonun önemi vurgulanmaktadır. Katarakt cerrahisinde en iyi görme keskinliğine ulaşabilme; kırma kusurlarının düzeltilebiliyor olması, hastaların yardımcı bir cihaz kullanmadan net görebiliyor olması, lenslerin yakın ve uzak için farklı odakları olmasıyla sağlanır(1).

Bu araştırmada, katarakt cerrahisi geçirecek hastalarda ameliyat öncesi dönemde kaygıya neden olabilecek faktörleri değerlendirmek amacıyla STAI FORM TX-1 ve STAI FORM TX-2 durumluk ve sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri anket formu ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılmaya istekli; duyuşsal, bilişsel ve iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunu olmayan, katarakt cerrahisi planlanan 200 hastaya ulaşılmıştır.

Araştırmada katarakt cerrahisi geçirecek hastaların durumluk kaygı puan ortalaması (STAI FORM TX-1) $37,88 \pm 9,49$ olarak belirlenirken, sürekli kaygı puan ortalaması (STAI FORM TX-2) $41,40 \pm 8,79$ belirlenmiştir. Günaydın ve Oflaz'ın kaygı üzerine yapmış oldukları çalışmada kaygı puanları sınıflandırılmış ve hafif (20-39), orta (40-59), ağır (60-79), panik ($80 <$) olarak belirlenmiştir (73).Araştırmada elde edilen ölçek puanları hastaların orta düzeyde bir kaygı yaşadıklarını ortaya koymaktadır.

Araştırma kapsamında sosyodemografik özelliklerden cinsiyet değişkenine göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Erkek cinsiyetinin kadın cinsiyetine göre ölçekten daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde, Taşdemir ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada erkek cinsiyetine sahip olan bireylerin ortalama kaygı seviyesinin kadınlara göre daha yüksek olduğu ve cinsiyet değişkenine göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir(74). Bu araştırma, Okyay'ın çalışmasında elde edilen cinsiyet değişkeni ile ilgili bulgularla benzerlik göstermektedir(75).

Medeni durumu “Bek â” olanların durumluk kaygı puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. Medeni durum değişkenine göre durumluk kaygı envanterinden

alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Kutanis ve Tunç'un 2013 yılında yapmış oldukları çalışmada da medeni durum değişkenine göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir(76).

Eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde, öğrenim durumu yüksekokul olanların durumluk kaygı puan ortalamasının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrenim durumu değişkenine göre durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır. Bu araştırma, Yılmaz ve arkadaşlarının katarakt hastaları ile yaptıkları çalışmada elde ettikleri bulgularla benzerlik göstermektedir (77).

Meslek değişkeninde serbest çalışan hastaların durumluk kaygı puan ortalamasının diğerlerinden daha yüksek olduğu belirlendi. Meslek değişkenine göre durumluk kaygı envanterinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı. Yeşilyurt'un "Ameliyat öncesi video ile yapılan bilgilendirmenin hastaların kaygı ve memnuniyetine etkisi" başlıklı tezinde meslek değişkeninin kaygı düzeyine etkisinde anlamlı bir fark bulunmuştur(78).

Katarakt hakkında bilgi sahibi olanların durumluk kaygı puan ortalamasının bilgi sahibi olmadıklarını ifade edenlere göre daha yüksek olduğu ve anlamlı bir fark olduğu saptandı. Amaç ve Çam'ın "G ün übirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler" başlıklı çalışmalarında da ameliyat hakkında bilgi sahibi olma değişkenine göre durumluk kaygı envanterinden alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur, bu çalışma ile benzerdir(79).

Hangi gözden katarakt cerrahisi geçireceği değişkeninde "sol göz" cevabı verenlerin durumluk kaygı puan ortalamalarının "sağ göz" değişkeninden yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların hangi gözden katarakt cerrahisi geçireceğine göre durumluk kaygı envanterinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark vardır. Bu çalışma, Bayad'ın ameliyat öncesinde cerrahi hastalarda kaygı düzeyleri üzerine yapmış olduğu çalışmasında elde ettiği bulgularla paralellik göstermektedir (12).

Ailede katarakt cerrahisi geçirme durumu değişkenine "Hayır" cevabı verenlerin durumluk kaygı puan ortalamalarının "Evet" cevabı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Ailede katarakt cerrahisi geçirme durumuna göre durumluk kaygı envanterinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu

sonuar Bayraktar ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmadaki bulgular ile benzerlik göstermektedir (27).

Psikolojik destek alma durumu değişkeninde psikolojik destek almayanların durumluk kaygı puan ortalamaları destek alanlardan yüksektir. Psikolojik destek alma durumuna göre durumluk kaygı envanterinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark vardır. Bu çalışma bulguları Arlı'nın ameliyat öncesi kaygı düzeyi üzerine yapmış olduğu çalışmasında elde ettiği bulgular ile benzerlik göstermektedir (58).

Ameliyat hakkında bilgi alma durumu değişkenine “Evet” cevabı verenlerin puan ortalamalarının bilgi almayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Ameliyat hakkında bilgi alma durumu değişkenine göre durumluk kaygı envanterinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark vardır. Bu araştırma, Arlı'nın ameliyat öncesi kaygı düzeyinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmasındaki sonuar ile paraleldir (58).

Araştırma kapsamında katarakt cerrahisi geçecek hastaların 41-45 yaş arasında olanların sürekli kaygı puan ortalamalarının diğer yaş düzeylerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş seviyesi arttıkça hastaların sürekli kaygı düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Yaş değişkenine göre sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark vardır. Biçersoy'un günöbirlik cerrahi hastalarının kaygı düzeylerini ölçtüğü araştırmasında yaş değişkeni ile sürekli kaygı puanları arasında anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma, Biçersoy'un yapmış olduğu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir (80). Ramsey'in, elektif ameliyatlara üzerine yapmış olduğu araştırmasında orta yaş düzeyinde yer alan hastaların kaygı seviyelerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (81).

Katarakt cerrahisi geçecek hastaların medeni durumları değerlendirildiğın de bekâr olanların sürekli kaygı puan ortalamaları evli olanlardan yüksek bulunmuştur. Medeni durum değişkenine göre sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu araştırma, Biçersoy'un günöbirlik cerrahi geçiren hastaların kaygı düzeylerini incelediğı çalışmasında medeni durum değişkeninden elde ettiği sonuarla benzerlik göstermektedir (80).

Öğrenim durumu yükseköğretim ve üzeri olan hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrenim durumuna göre sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark vardır. Yılmaz ve Aydın'ın çalışmasında cerrahi girişim yapılan hastalarda ameliyat öncesi-sonrası kaygı düzeyinin derlenme kalitesine etkisi ile ilgili çalışmada öğrenim durumunun kaygıya etkisinde anlamlı bir fark bulunmuştur (82).

Katarakt cerrahisi geçirecek hastaların sosyal güvencesi SGK olanların ortalama sürekli kaygı puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvence değişkenine göre sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu çalışma Yıldız'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir (83).

Katarakt hakkında bilgiyi sağlık kuruluşlarından alanların sürekli kaygı puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Katarakt hakkında bilgiyi nereden aldığı değişkenine göre sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu araştırma, Yıldız'ın ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerini ölçmek için yapmış olduğu çalışmada katarakt hakkında bilgi sahibi olma değişkeninden elde ettiği bulgular ile benzerlik göstermektedir (83).

Daha önce katarakt cerrahisi geçirme deneyimi olanların sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Daha önce katarakt cerrahisi geçirme deneyimine göre sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu sonuçlar, Günaydın ve arkadaşlarının planlı ameliyat olacak hastaların kaygı düzeylerini ölçtüğü çalışmada elde ettiği bulgular ile benzerlik göstermektedir(73).

Araştırma kapsamında sol gözden katarakt cerrahisi geçirecek hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarının sağ gözden katarakt cerrahisi geçirecek hastaların sürekli kaygı puan ortalamalarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların hangi gözden katarakt cerrahisi geçireceği değişkenine göre sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Sonuçlar, Okyay'ın yapmış olduğu çalışma ile benzerlik göstermektedir (75).

Ailede katarakt cerrahisi geçirme durumu değişkenine “Hayır” diyenlerin sürekli kaygı puan ortalamalarının “Evet” diyenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Ailede katarakt cerrahisi geçirme durumuna göre sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Abacıoğlu'nun çalışmasında;1. göz

katarakt cerrahisi geçirecek hastalarda ailede katarakt cerrahisi geçirme durumuna “Evet” diyenlerin durumluk kaygı puan ortalamaları yüksek, ailede katarakt cerrahisi geçirme durumuna “Hayır” diyenlerin ise sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, 2. göz katarakt cerrahisi geçirecek hastalarda ailede katarakt cerrahisi geçirme durumuna “Evet” ve “Hayır” diyenlerin durumluk kaygı puan ortalamaları benzer olup ve ailede katarakt cerrahisi geçirme durumuna “Hayır” diyenlerin ise sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (25).

Psikolojik destek alma durumuna “Hayır” diyenlerin sürekli kaygı puan ortalamalarının “Evet” cevabı verenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Psikolojik destek alma durumuna göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Çetinkaya ve arkadaşlarının glokom hastalarının depresyon ve kaygı düzeyleri ile başa çıkma tutumlarının değerlendirildiği çalışma ile benzerlik göstermektedir (86).

Ameliyat hakkında bilgi alma durumuna “Evet” cevabı verenlerin sürekli kaygı puan ortalamalarının “Hayır” cevabı verenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ameliyat hakkında bilgi alma durumuna göre sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Abacıoğlu’nun katarakt cerrahisi yapılacak hastalarda 1.ve 2. göz cerrahileri öncesi hastaların endişe düzeylerinin değerlendirildiği çalışmasında katarakt cerrahisi hakkında bilgi sahibi olma durumu ile durumluk kaygı puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (25).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Katarakt körlüğün en ciddi sebeplerinden biridir ve tek tedavi yöntemi cerrahidir.

Araştırmaya katılan hastaların;

- %45,5'i 51 yaş ve üzeri, %60,5'i erkek, %84,0 evli, %45,0'i lise mezunu, %49'u emekli, %82,5'i SGK'lı, %62,5'i katarakt hakkında bilgisi olan, %54,5'i katarakt hakkında bilgiyi sağlık kuruluşlarından aldığı, %54,0'ı daha önce katarakt cerrahisi geçirdiğini ifade ederken %68'i sol gözden katarakt cerrahisi geçirmesi planlanmıştır. Ailesinde katarakt cerrahisi varlığına hastaların %66,5'i hayır cevabını vermiştir. Katarakt cerrahisi ile ilgili psikolojik destek alanların oranı ise %13,5'tir. Hastaların %94,5'i yapılacak işlem hakkında bilgi aldığını belirtmiştir.
- Sosyodemografik özelliklerden cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, katarakt hakkında bilgi sahibi olma, hangi gözden katarakt cerrahisi geçireceği, ailede katarakt cerrahisi geçirme durumu, psikolojik destek alma durumu ve ameliyat hakkında bilgi alma durumu değişkenleri ile durumluk kaygı envanterinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.
- Sosyodemografik özelliklerden yaş, medeni durum, öğrenim durumu, sosyal güvence, katarakt hakkında bilgiyi nereden aldığı, daha önce katarakt cerrahisi geçirme durumu, hangi gözden katarakt cerrahisi geçireceği, ailede katarakt cerrahisi geçirme durumu, psikolojik destek alma durumu, ameliyat hakkında bilgi alma durumu değişkenleri ile sürekli kaygı envanterinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Öneriler:

1. Araştırmadan elde edilen sonuçlara ve literatür bilgilerine göre katarakt cerrahisi geçirecek hastalara ameliyat öncesi detaylı bir eğitim ve hasta odaklı hemşirelik bakım planı oluşturulmalıdır.
2. Katarakt cerrahisi geçirecek hastaların, ameliyat öncesinde kaygı düzeyleri ölçülmeli ve kaygı düzeylerini gidermeye yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
3. İlk kez tanı almış bireylere yönelik psikolojik destek sağlanması için çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akbulut S. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Preoperatif Vizitin Anksiyete Üzerine Etkisi: T.C Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı; Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2011.
2. Muaz G. Günöbirlik Cerrahi İle Katarakt Ameliyatı Olan Hastalarda Verilen Taburculuk Eğitimi ile Telefonla Hasta İzleminin Hastaları İyileşme Sürecine ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkilerinin Değerlendirilmesi Bursa: T.C. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.
3. Balta B, Erdoğan M, Kiraz A, Korkmaz S, Ağadayı A. A Frequent Mutation in the FTL Gene Causing Hyperferritinemia Cataract Syndrome in Turkish Population Is c.-160A>G. *Turk J Hematol.* 2019; 36: p. 25-28.
4. Alıkma sm, Ünsal E, Çiftçi F. Sistemik Tamsulosin Kullanan Hastalarda Gözlenen Katarakt Cerrahisi Komplikasyonları. *Glo-Kat* 2019. 2019; 14(1): p. 14-18.
5. Akpolat Ç, Kurt M, Evliyaoğlu F, Cinhüseyinoğlu MN, Elçioğlu NM. Kataraktı Olan Yüksek Miyopik Hastalarda Fakoemülsifikasyon Cerrahisi Sonuçları. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol.* 2016; 25(4): p. 219-224.
6. Akıngöl Z, Şencan S. Hasta Seçimi ve Multifokal Göz İçi Lens Endikasyonları. *Türkiye Klinikleri.* 2019;(1): p. 6-11.
7. Can C. Cerrahide Anksiyete. *Klinik Psikiyatri.* 2001; 4: p. 182-186.
8. Alaçamlı G. Doğumsal ve Gelişimsel Kataraktlarda Cerrahi Tedavi ve Prognoz Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı; Uzmanlık Tezi, Edirne 2011.
9. Kırdemir P, Özorak Ö. Postoperatif Ağrı ve Analjezik İhtiyacı Preoperatif Dönemde Tahmin Edilebilir mi? *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 2011; 31(4): p. 951-959.
10. White L, Duncan G, Baumle W. An Integrated Approach USA: Medical Surgical Nursing; 2002.
11. Nil üfer G. Katarkt ve Tedavisi. *Klinik Gelişim Dergisi.* 2012; 25: p. 12-15.
12. Bayad A. Preoperatif Cerrahi Hastalarında Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyinin Saptanması İzmir: Türkiye Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2017.
13. Berna Y, Köse S, Yılmaz Güven S, Eğrilmez S. Kataraktı ve Yüksek Astigmatizması Olan Olgularda Torik Göz İçi Lens İmplantasyon Sonuçlarımız.

Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2013; 5(33): p. 1224-1254.

14. Koban Y, Koç M, Çağatay H. The Common Cause of Visual Impairment and Blindness Among an Elderly Population in the Province of Kars. *Kafkas J Med Sci.* 2018; 81(1): p. 39-44.
15. Altan Ç, Paşaoğlu I. Lense Bağlı Glokomlar. 2018; 13(4): p. 97-101.
16. Arzu K. Katarakt Ameliyatı Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Güçlüklerin ve Gereksinimlerin Belirlenmesi: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı;Yüksek Lisans Tezi ,Ankara 2014.
17. Karel F, Işıkçelik Y, Takmaz T. Lens Metabolizması ve Katarakt Gelişim Mekanizması. *Türkiye Klinikleri Journal of Ophthalmology.* 1997; 6: p. 50-56.
18. Özbağcıvan M, Kocatürk T, Çakmak H. Göz İçi Lensleri ve Sınıflandırılması. *ADU Tıp Fak Dergisi.* 2014; 3(15): p. 110-113.
19. Açıkalın B, Akkaya S, Alış A, Asilyazıcı E, Yılmaz A. Akomodatif Göz İçi Lenslerdeki Son Gelişmeler. *Glo-Kat Dergisi.* 2018; 13: p. 53-60.
20. Karini B. Kataraktlı Olgularda Fakoemülsifikasyon Sonrası Göz İçi Lenslerinin Görsel ve Refraktif Sonuçlarının, Kontrast Duyarlılık Değişikliklerinin, Arka Kapsül Opasifikasyonu ve Residüel Astigmatizmanın Karşılaştırılması: T.C S.B Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği;Uzmanlık Tezi, İstanbul 2017.
21. Özdemir E, Altıparmak UE, Ünlü N, Özdemir YA, Duman S. Arka kapsül bütünlüğü olmayan olgularda arka kamara göz içi mercek implantasyonu. *Cukurova Medical Journal.* 2018; 43(4): p. 915-922.
22. Uysal TA. Katarakt Hastalarında Gonyoskopik Muayenenin Biometrik Ölçümler Üzerine Etkisi: T.C. Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı; Uzmanlık Tezi, Trabzon , 2019.
23. Kağnıcı DB. Fakoemülsifikasyon Cerrahisi Sonrası Cerrahiye Bağlı Astigmatizma: T.C Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı; Uzmanlık Tezi, Aydın 2013.
24. Akça PG. Matür Kataraktlı Olgularda Fakoemülsifikasyon Cerrahisi + İol İmplantasyonu Öncesi ve Sonrası Ön Segment Değerlendirilmesi: T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Fatih Kamu Hastaneler Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği; Uzmanlık Tezi, İstanbul 2017.

25. Abacıoğlu S. Katarakt Cerrahisi Yapılacak Hastalarda 1.ve 2. Göz Cerrahileri Öncesi, Hastaların Endişe Düzeylerinin Araştırılması.: T.C Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, Afyon 2009.
26. Zeliha B. Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulanan Terapötik Dokunmanın Anksiyete ve Hasta Memnuniyetine Etkisi: TC Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, Manisa 2015.
27. Bayraktar Ş, Cebeci Z, Gözüm N, Gücükoğlu A. Senil Kataraktı Olan Hastalarda Operasyon Öncesi Ve Sonrası Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016; 79(2): p. 54-60.
28. Ahmet E. Göziçi Lens İmplantasyonu ile Gerçekleştirilen Senil Katarakt Cerrahisinde Görsel Sonuçlar. *Turkish Journal of Geriatrics*. 1999; 2(2): p. 53.
29. Kaşıkçı A. Fakoemülsifikasyon Cerrahisinde Kesi Yerinin Korneal Topografiye Etkisi: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı; Uzmanlık Tezi, Denizli , 2014.
30. Özgür Y. Katarakt Hastalarında Kapsül İçi Yerleştirilen ThinOptX ve AcrySof Göz İçi Lenslerinin Görsel ve Refraktif Sonuçlarının , Kontrast Duyarlılık Değişikliklerinin , Arka Kapsül Opasifikasyonu İnsidenslerinin Karşılaştırılması: T.C. S.B. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005.
31. Altınel M, Akçakaya Ardagil A. Yaşlılık ve Göz. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2013;(29): p. 110-115.
32. Kadioğlu E. Fakoemülsifikasyon Cerrahisinin Kornea Endoteli Üzerine Etkisinin İncelenmesi: T.C.Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümü; Uzmanlık Tezi, İstanbul , 2009.
33. Lokman CP. Katarakt Hastalarının Lens Ön Kapsülünde ICAM-1 ve Vimentin'in Araştırılması: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı; Uzmanlık Tezi, Erzurum , 2015.
34. Yakut S. Kliniğimizde Katarakt Ameliyatlarında Uygulanan Değişik Tipteki Difraktif: T. C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Göz Hastalıkları Kliniği;Uzmanlık Tezi , İstanbul , 2009.
35. Bilgin B, Eltutar K, Sezgin İB, Duman M. Matür ve Nükleokortikal Kataraktlarda Fakoemülsifikasyon Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Türk Oftalmoloji Dergisi*. 2006;36: p. 219-222.

36. Pınar ÖG. Zaracom F260 ve Sensar AR40e Göz İçi Lenslerinin Görsel Sonuçlarının ve Arka Kapsül Kesafeti Oranlarının Karşılaştırılması: T.C Adnan Menderes Üniversitesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı;Uzmanlık Tezi, Aydın , 2008.
37. Ağca A, Eltutar K, Doğan M, Altan T, Gürkan S. Konjenital Kataraktlar: Etiyoloji, Hastaya Yaklaşım ve Cerrahi Prosedür. *ResearchGate (Glo-Kat)*. 2011;(6): p. 135-142.
38. Özdemir G, Karel F. Konjenital Kataraktlar Epidemiyoloji, Sınıflama, Etiyopatogenezi. *T Klin J Ophthalmol*. 1999;(8): p. 135-141.
39. Beğendi D, Duranoğlu Y. Konjenital Katarakt Cerrahisinde Temel Prensipler ve Göz İçi Lens Seçimi. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol*. 2008; 3(27): p. 218-230.
40. Uğur K. Konjenital Kataraktlarda Cerrahi Tedavi Endikasyonları ve Optik. *Dicle Tıp Dergisi*. 2005; 32(1): p. 47-51.
41. Polat N, Özer AM, Parlakpınar H, Vardı N, Gündüz A, Çolak C. Deneysel Travmatik Katarakt Modelinde Aposinin Etkinliğinin Araştırılması. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol*. 2017; 4(26): p. 253-257.
42. Yeter V, Güngör İ. Travmatik katarakt olgularında görsel sonuçlarımız ve cerrahinin zamanlaması. 2012; 29(2): p. 93-96.
43. Evciman T. Fakoemülsifikasyon Cerrahisinde Kullanılan Farklı Ultrason Modlarının Karşılaştırılması: T.C Sağlık Bakanlığı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
44. Aydın R, Özbek M, Erdur Karaman S, Özsütçü M, Karahan E. Is There Any Relationship Between Phacoemulsification Parameters And Increased Second Eye Pain Complaint? *J Ist Faculty Med*. 2018; 81(3): p. 71-76.
45. Değirmenci C. Posterior Vitreus Dekolmanı Gelişmemiş Hastalarda Fakoemülsifikasyon Yöntemi ile Yapılan Katarakt Cerrahisinin Vitreoretinal Arayüzeye Olan Etkisinin Optik Koherens Tomografi ile İncelenmesi: T.C Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı; Uzmanlık Tezi, İzmir, 2014.
46. Uğur Ü. Katarakt Ameliyatlarında Kullanılan Farklı Haptik Yapılı Akrilik Göz İçi Lenslerinin Postoperatif Dönemli Arka Kapsül Kesflğini Önlemedeki Rolü: T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göz Hastalıkları Servis Şefliği; Uzmanlık Tezi, İstanbul , 2003.

47. Önal Ö. Katarakt Cerrahisinde Kullanılan Torik Göz İçi Lenslerin Astigmatik Düzeltici Etkisi ve Hastaların Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2017.
48. Kurna aydın s, Şengör T, Haboğlu M, Ağırman Y, Özkurt BY. Fakoemulsifikasyon Cerrahisi Sonrası Oküler Yüzey Değişiklikleri. *T. Oft. Gaz.* 2008; 38: p. 393-399.
49. Kocabıyık Ö. Fakoemulsifikasyon ve Katlanabilir Göz İçi Lensi İmplantasyonunun Göz İçi Basıncı ve Dış Akım Kolaylığına Etkisi İstanbul: S.B.Prof. Dr. N. Reşat Belger; 2005.
50. Alim S. Fakoemulsifikasyon yöntemi ile komplikasyonsuz katarakt cerrahisi sonrası erken dönem klinik sonuçları. *Journal of Contemporary Medicine.* 2013; 3(2): p. 95-100.
51. Nalbantoğlu FK. Fakoemulsifikasyon Cerrahisi Esnasında Arka Kapsül Perforasyonu ve Zonülolizis Gelişimi ile Prognozu Etkileyen Faktörler: T.C Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı; Uzmanlık Tezi, Edirne 2010.
52. Uzbay T. Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri.* 2002;; p. 5-13.
53. Hakan T. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri.* 2004; 4: p. 12-16.
54. Karamustafaloğlu o, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.* 2011; 45(2): p. 65-74.
55. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C, Yiğit T, Taşoğlu İ, et al. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi.* 2010; 18(3): p. 177-182.
56. Kılıç BÖ. Çocukluk ve Yetişkinlik Döneminde Ayrılık Anksiyetesinin Yetişkinlik Döneminde Görülen Anksiyete Bozukluklarıyla İlişkisi: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; Uzmanlık Tezi, Ankara 2018.
57. Şahin Hisli N, Durak Batıgün A, Uzun C. Anksiyete bozukluğu: Kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2011;(12): p. 107-113.
58. Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)- the first trial of a German version. *GMS Psycho-Social Medicine* 2007; 4: 1-8.

59. Bahadır Yılmaz E, Ayvat İ, Şiran B. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*. 2018; 23(1): p. 11-17.
60. Meral D, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;(8): p. 132-139.
61. Yıldırım EA. Anksiyete Bozukluğu Olgularında Ölüm Anksiyetesi Sıklığının İncelenmesi: Üsküdar Üniveristesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı; Yüksek Lisans Tezi, İstanbul , 2018.
62. Özen M, Serhadlı AN, Türkcan SA, Ülker GE. Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010; 23(1): p. 60-65.
63. Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü AY, Yılmaz TT, Öngel K. Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2011; 22(1): p. 22-26.
64. Birer Z. Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulana Terapötik Dokunmanın Anksiyete ve Hasta Memnuniyetine Etkisi: T.C Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2015.
65. Çakır Karaveli S, Özbayır T. Stoma Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türk J Colorectal Dis*. 2018; 28: p. 159-163.
66. Kara M, Işık Andsoy I. Pilonidal Sinüs Ameliyatı Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Anksiyete Durumu ve Konforuna Etkisi. *HSP*. 2018; 5(3): p. 397-403.
67. Budak E. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Ameliyat Öncesi Anksiyetelerini Giderilmesinin Ameliyat Sonrası anksiyete ve ağrı üzerine etkisi: Başkent Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; Yüksek Lisans Tezi, Ankara ,2015.
68. Gök F. Katarakt Cerrahisi Uygulanan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, İstanbul ,2018.
69. Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim*. 2007; 5: p. 7-13.
70. Cesur S. Cerrahi Hastalıklarında Ameliyat Öncesi Anksiyetenin Ameliyat Sonrası Ağrı Üzerindeki Etkileri: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar , 2015.

71. Kürekçi K. Anestezi Polikliniğine Başvuran Hastaların Preoperatif Anksiyete Düzeylerinin Ölçümü ve Anestezi Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi: T.C.Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı;Uzmanlık Tezi, Samsun ,2018.
72. Kvaal K, Ulstein I, Nordhus I, Engedal K. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20.
73. Günaydın N, Oflaz F. Planlı Ameliyat Olacak Hastaların Ameliyat Öncesi Anksiyetelerinin İncelenmesi. *GATA Bülteni*. 1998; 40: p. 51-55.
74. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Türk J Anaesth Reanim*. 2013;(41): p. 44-49.
75. Okyay M. Ameliyat Öncesi Eğitim Yapılan Katarakt Hastaları ile Eğitim Yapılmayan Katarakt Hastalarının Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ;Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
76. Kutunis RÖ, Tunç T. Hemşirelerde Benlik Saygısı İle Durumluk Ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 2013; 15(2): p. 1-15.
77. Yılmaz E, Birer Z, Baydur H. Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulanan Terapötik Dokunmanın Kaygı ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2016; 7(1): p. 52-62.
78. Yeşilyurt DS. Ameliyat Öncesi Video ile Yapılan Bilgilendirmenin Hastaların Kaygı ve Memnuniyetine Etkisi Edirne: T.C. Trakya Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı; Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2016.
79. Amaç HY, Çam R. Gününbirlik Cerrahide Hasta Konforu ve Hasta Konforunu Etkileyen Etmenler. *Adıyaman Üniveristesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 5(1): p. 1222-1237.
80. Helvacıoğlu F, Yiğit U, Şencan S, Kılıç M. Sert Nükleuslu Kataraktlarda Uygulanan Geleneksel Fakoemülsifikasyon ve Bimanüel Minik Kesili Katarakt Cerrahilerinin Sonuçları. *T. Oft. Gaz*. 2008;(38): p. 213-219.
81. Biçersoy G. Gününbirlik Cerrahi Hastalarının Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri: T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, Malatya

2015.

82. Ramsey M. A Survey of Pre-Operative Fear. *Anaesthesia*; 1972; Oct;27(4):396-402.
83. Arlı ŞK. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017; 4(3): p. 38-47.
84. Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi Girişim Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi-Sonrası Anksiyetenin Derlenme Kalitesine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2013; 8(23).
85. Yıldız D. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi Lefkoşa: K.K.T.C. Yakınoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2011.
86. Çetinkaya S, Özeç AV, Özdemir D, Kavakcı Ö, Sümer H, Erdoğan H. Glokom Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri ile Başa Çıkma Tutumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2013; 35(1): p. 39-50.

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

1.Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: a. Kadın b. Erkek

3.Medeni durumunuz: a. Evli b. Bekâr

4. Eğitim durumunuz;

a. Okuma yazma bilmiyor b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite

5.Mesleğiniz;

a. Memur b. Serbest c. İşçi d. Çalışmıyor e. Emekli

6.Sosyal güvenceniz:

a. EmekliSandığı b. BağKur c. SGK d.Yok

7.Katarakt hakkında bilgi sahibi oldunuz mu? a. Evet b. Hayır

8. Katarakt hakkında bilgiyi nereden edindiniz?

a. Kitle iletişim araçlarından b. Arkadaşlarımdan c. Sağlık kuruluşundan

9.Daha önce katarakt ameliyatı oldunuz mu? a. Evet b. Hayır

10. Hangi gözünüzden katarakt ameliyatı olacaksınız?

a. Sağ Göz b. Sol Göz

11. Ailenizde katarakt ameliyatı olan var mı? a. Evet b. Hayır

12.Sağlık görevlilerinden ameliyat endişesini gidermeye yönelik psikolojik destek aldınız mı?

a. Evet b. Hayır

13. Ameliyatınız hakkında sağlık görevlilerinden bilgi aldınız mı?

a. Evet b. Hayır

EK-2**STAI FORM TX-1 DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hi ç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime g üvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-3**STAI FORM TX-2 SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

ETİK KURUL ONAYI



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 44140529 / 2018-11495
Konu : Tez çalışması

21.11.2018

Sayın
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI
Okan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Aşağıda belirtilen çalışmanız 20.11.2018 tarihli Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Berrin TELATAR
Başkan

Çalışmanın Adı: "Katarakt Cerrahisi Geçirecek Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Diğer Araştırmacılar: Çığla ARSLANKILIÇ Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Proje İle İlgili Temas Kurulacak Kişi: Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Merkez sayısı: Tek merkez



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu

Karar No: 20.11.2018/2018-16-02

Çalışmanın Adı: "Katarakt Cerrahisi Geçirecek Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Başkan
Prof. Dr. Berrin TELATAR

Başkan Yardımcısı/Vekili
Doktor Öğretim Üyesi Hande KAYMAKÇALAN ÇELEBİLER

Üye
Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA

Üye
Prof. Dr. Tufan PAKER

Üye
Doktor Öğretim Üyesi Suzan BOZKURT

Üye
Av. Özlem ÖZTÜRK

Raportör
Doktor Öğretim Üyesi Bahar ERBAŞ

Üye
Prof. Dr. Işın BARAL KULAKSIZOĞLU

Üye
Doç. Dr. Hayriye VEHİD

Üye
Doç. Dr. Oytun ERBAŞ

Üye
Cafer KILIÇ

Karar Bilgileri: İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Bu çalışma katarakt cerrahisi geçirecek hastalarda ameliyat öncesi kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilecektir. Araştırma Merkezi İstanbul ilinin Avrupa yakasının Şişli İlçesinde bulunan Florence Nightingale Hastanesi Göz Kliniğinde Kasım 2018 – Şubat 2019 tarihleri arasında yapılacaktır. Veriler, hastaların kişisel özellikleri ile ilgili sosyodemografik özellikler formu, STAI FORM TX-1: Durumluk Kaygı ve STAI FORMTX-2: Sürekli Kaygı Envanteri kullanılarak değerlendirilecektir.

Veri toplama formunda isminiz sorulmamaktadır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmanın herhangi aşamasında da katılım onayınızdan vazgeçebilirsiniz. Araştırmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve katılımınız karşılığında size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Elde edilen veriler, araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Danışman Öğretim Üyesi

Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi

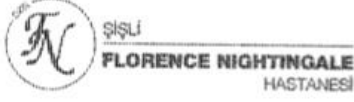
Çığla ARSLANKILIÇ

İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

E-mail: cigla.arslankilic@gmail.com

EK-6

KURUM İZİN YAZISI



SAYI: IDR 2018 – 428

TARİH: 20.06.2018

İLGİLİ MAKAMA

T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı 164003086 numaralı, Çıgla ARSLANKILIÇ isimli öğrencinizin, "Katarakt Cerrahisi Geçirecek Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasının anket ve ölçeğini kurumumuzda uygulaması uygundur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



Dr. Okan ÖZÇEKER
Başhekim

Dr. Okan ÖZÇEKER
Özel Şişli
Florence Nightingale Hastanesi
Mesul Müdür



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı:	Çığla	Soyadı:	ARSLANKILIÇ
Doğum Yeri:	ANKARA	Doğum Tarihi:	16.08.1992
Uyruğu:	T.C.		
E-mail:	cigla.arslankilic@gmail.com		

Eğitim Bilgileri

	Mezun Olduğu Kurum	Mezun Yılı
Yüksek Lisans:	İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı	2019
Lisans:	Balıkesir Üniversitesi/ Bandırma Sağlık Yüksekokulu / Hemşirelik Bölümü	2014
Ön Lisans:	Eskişehir Anadolu Üniversitesi – Sağlık Kurumları İşletmeciliği	2014
Lise:	Malatya Mareşal Fevzi Çakmak Anadolu Lisesi	2010
İlkokul-Ortaokul	Ankara Anıttepe Ortaokulu	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl)
Öğretim Görevlisi	Şişli Meslek Yüksekokulu	2017-Halen devam ediyor
Ameliyathane Hemşiresi	Kolan International Hospital	2016-2017
Ameliyathane Hemşiresi	Çorlu Avrupa Göz Hastanesi	2014-2016

Yabancı Dil

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS / YÖKDİL/ YDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	60	

Sertifika

İş yeri Hemşireliği Sertifikası ÇSGB Onaylı 2018 / Sertifika No: 12729

Makale

Arslankılıç Ç. T.C. İstanbul Şişli Meslek Yüksekokulu, *Sağlık Kurumlarında Yaşanan Çatışmaların Çözüm Yöntemleri*, Ekonomi, İşletme ve Yönetim Dergisi, Cilt/Vol:1, Sayı/Issue:2, 2017 Sayfa: 97-124.