

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KATARAKT AMELİYATI ÖNCESİ SES KAYIT YÖNTEMİ İLE
YAPILAN HASTA EĞİTİMİNİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ**

HALİME EKİM YILDIZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NURTEN TAŞDEMİR

ZONGULDAK
2023

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KATARAKT AMELİYATI ÖNCESİ SES KAYIT YÖNTEMİ İLE
YAPILAN HASTA EĞİTİMİNİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ**

HALİME EKİM YILDIZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NURTEN TAŞDEMİR

ZONGULDAK
2023

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimde akademik bilgi, beceri ve deneyimlerini benimle paylaşarak ve tez çalışmamın tüm aşamalarında yardımını esirgemeyen kıymetli tez danışman hocam Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR'e

Veri toplama sürecinde bana destek olan, yardımlarını esirgemeyen tüm Göz Hastalıkları Cerrahisi tüm hocalarıma, asistanlarına, servis sorumlu hemşiresi, servis hemşirelerine, göz servisi sekreterine ve göz servisi personellerine,

Çalışmama katılmayı kabul ederek destek veren tüm göz hastalarımıza, hazırladığım ses kaydını inceleyerek geliştirmemde görüşlerine başvurduğum ses kaydımın son şeklini almasını sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Serdar BİLİCİ hocama ve göz asistanlarına,

Tez dönemim boyunca motivasyonumu artırarak manevi desteğini esirgemeyen arkadaşım Neslihan AKER'e

Hayatımın her aşamasında varlıkları, maddi ve manevi sonsuz destekleri ile yanımda olan sevgili eşim Rıfat YILDIZ, YAŞAM KAYNAĞIM OLAN prenseslerim Mina YILDIZ ve ALYA YILDIZ'a

Adını sayamadığım fakat katkıda bulunan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Halime EKİM YILDIZ

TEMMUZ 2023, ZONGULDAK

ÖZET

Halime Ekim Yıldız, Katarakt Ameliyatı Öncesi Ses Kayıt Yöntemi ile Yapılan Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2023.

Bu araştırma katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Mart- Haziran 2023 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Göz Servisine ameliyat planıyla yatışı yapılan hastaları içermiştir. Örneklemi ise araştırmayı kabul eden ve araştırmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan 60'ı deney ve 60'ı kontrol grubu olmak üzere 120 hasta dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences Statistics for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kontrol grubu katılımcılarının işlem öncesi durumluk kaygı puanları ile işlem sonrası durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000$). Kontrol grubu katılımcıların işlem sonrası durumluk kaygı puanlarının, işlem öncesinden daha fazla olduğu görülmektedir. Deney grubu katılımcılarının işlem öncesi durumluk kaygı puanları ile işlem sonrası durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0.000$). Deney grubu katılımcıların işlem öncesi durumluk kaygı puanlarının, işlem sonrasında daha fazla olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun durumluk kaygı puanlarının, deney grubu katılımcılarına göre daha fazla olduğu belirlendi. Sonuç olarak katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan eğitimin hastaların anksiyete düzeylerinin azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Bütüncül hemşirelik bakımında hasta eğitiminde kullanılan standart eğitim yöntemlerinin geliştirilerek multimedya destekli işitsel eğitim materyallerinin kullanılmasına yer verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat öncesi anksiyete, Durumluk anksiyete, Ses kayıt, Eğitim

ABSTRACT

Halime Ekim Yıldız, The Effects of Patient Education with Auditory Method on Anxiety Level Before Cataract Surgery, Zonguldak Bülent Ecevit University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Surgical Diseases Nursing Master's Program, Master's Thesis, Zonguldak, 2023.

It is a pre-test-post-test randomized controlled experimental study to determine the effect of patient education with voice recording method before cataract surgery on the level of anxiety. The population of the study will include the patients who were admitted a university hospital Eye Service between March- June 2023. The sample included 120 patients, 60 were in the experimental group and 60 in the control group, who would accept the study and meet the inclusion criteria. In this study, Patient Information Form and State-Trait Anxiety Scale were used to collect data. The data obtained in the research were analysed using the Statistical Package for Social Sciences Statistics for Windows 25.0 program. It is seen that there is a statistically significant difference between the pre-procedural state anxiety scores of the control group participants and their post-procedural state anxiety scores ($p=0.000$). It is seen that the state anxiety scores of the control group participants were higher after the procedure than before the procedure. It is seen that there is a statistically significant difference between the pre-procedural state anxiety scores and the post-procedural state anxiety scores of the experimental group participants ($p=0.000$). It is seen that the state anxiety scores of the experimental group participants were higher before the procedure than after the procedure. It is seen that the state anxiety scores of the control group are higher than those of the experimental group. As a result, it has been determined that the education with the sound recording method before the cataract surgery is effective in reducing the anxiety levels of the patients, and it can be suggested that the standard education methods used in patient education. Holistic nursing care should be developed and the use of multimedia supported auditory education materials.

Keywords: Preoperative anxiety, State anxiety, Audio recording, Education

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİL DİZİNİ	x
TABLO DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Katarakt	3
2.1.1. Kataraktın tarihçesi	4
2.1.2. Katarakt belirtileri	6
2.1.3. Katarakt tanısında kullanılan testler	6
2.1.4. Katarakt çeşitleri	8
2.1.5. Katarakt tedavisi	12
2.2. Anksiyete.....	14
2.2.1. Anksiyete nedenleri	16
2.2.2. Anksiyete belirtileri	17
2.2.3. Anksiyete düzeyleri	18
2.2.4. Ameliyat öncesi anksiyete	19
2.3. Hasta Eğitimi.....	20
2.3.1. Eğitim de işitsel ve görsel araçlar	20
2.3.2. Ameliyat öncesi hasta eğitimi	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	23
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	23
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.4. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	23
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.6. Örneklem Seçme Kriterleri	24
3.6.1. Dahil etme kriterleri	24
3.6.2. Dışlanma kriterleri	25

3.7. Randomizasyon ve Körleme	25
3.8. Veri Toplama Araçları	27
3.8.1. Bilgi formu	27
3.8.2. Durumluk/sürekli kaygı envanteri (DSKE)	27
3.8.3. Hasta eğitimi için Materyalin Hazırlanması	28
3.9. Veri Toplama Yöntemi Süreç ve Uygulama	29
3.9.1. Veri toplama ve ön uygulama.....	29
3.9.2. Uygulama	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	30
3.12. Verilerin Analizi	30
4. BULGULAR.....	32
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
4.2. Hastaların Ölçeklerden Aldığı Puanlara İlişkin Bulgular.....	34
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR.....	48
8. EKLER.....	62
Ek 1: Anket Formu	62
Ek 2: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI).....	63
EK 3: Seslendirilen Eğitim Metni	65
EK 4: Klinik İzni.....	68
EK 5: Etik Kurul Onayı.....	69
Ek 6. Gönüllü Olur Formları	70
9. ÖZGEÇMİŞ	75

SİMGELER VE KISALTMALAR

DKE	Durumluk Kaygı Envanteri
DSKE	Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri
EKKE	Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
FAKO	Fakoemülsifikasyon
GİL	Göz İçi Lens
İKKE	İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
PMMA	Polimetilmetaakrilat
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package For Social Sciences)
STAI	Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory)
STAI-S	Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri-Durumluk (State Trait Anxiety Inventory-State)
STAI-T	Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri-Sürekli (State Trait Anxiety Inventory-Trait)
TDK	Türk Dil Kurumu

ŞEKİL DİZİNİ

Sekil

Sayfa

1. Consort şeması	26
-------------------------	----



TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı	32
2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları	34
3. Katılımcıların gruplarına göre durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması.....	34
4. Katılımcıların gruplarına göre sürekli kaygı puanlarının karşılaştırılması	35
5. Katılımcıların grup içi demografik özelliklerine göre işlem öncesi durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması	36
6. Katılımcıların grup içi demografik özelliklerine göre işlem sonrası durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması	38
7. Katılımcıların grup içi demografik özelliklerine göre işlem öncesi sürekli kaygı puanlarının karşılaştırılması	40

1. GİRİŞ

Duyularımız aracılığıyla dış dünyamızı algılar ve tanımlamaya çalışırız. Duyularımızdan en önemli olan gözler, görme fonksiyonumuzu sağlarken insan yaşamını sürdürmekte ve çevresel tepkileri algılayabilmektedir (1, 2). Görme işlevinin azalması insan ve dünya arasındaki bağı olumsuz etkilemektedir. Dünya genelinde körlüğün en önemli nedenleri arasında katarakt yer almaktadır. Katarakt evrensel nitelikte olup, insanların yaşam standartlarını etkilediği için genellikle insanlarda yüksek düzeyde anksiyete yaşayabilmektedir (3, 4).

Katarakt, yaşlanma, genetik, radyasyon ve anormal besin metabolizmasının neden olduğu lens proteinlerinin dejeneratif birikmesi sonucu gözdeki doğal lensin opaklaşarak görme keskinliğinin bozulmasına yol açar hatta bu da ilerlemiş vakalarda körlüğe bile neden olur (5). Katarakt, insidansı yüksek klinik bir oftalmik hastalık olan, 50 yaşın üzerindeki kişilerde daha sık görülür ve dünya çapında körlük vakalarının yaklaşık %46' sını oluşturur (6, 7). Katarakt için ana tedavi cerrahidir ve bulanık lens değiştirilerek görme keskinliği geri kazandırılır (8). Cerrahi teknikler hassas şekilde ayarlanmış refraktif cerrahiyi de içermektedir (9). Yapılan katarakt cerrahisi her ne kadar hassas olsa da katarakt hastaları ameliyat öncesi dönemde değişen düzeylerde anksiyete yaşarlar (10). Anksiyete belirsiz tehlike hisleriyle ortaya çıkan kişinin benliğini tehdit altında hissettiği ve genellikle otonom belirtilerin de birlikte görüldüğü bir duygudur (11, 12). Ameliyatın başarısız geçmesi korkusu, ameliyat sonrası kanama veya enfeksiyon gibi komplikasyonlarından oluşması, ağrı, hissetme görme fonksiyonunu kaybetme korkusu, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyeceği katarakt ameliyatına yönelik bilgi eksikliği, ameliyatın lokal anestezi altında gerçekleştiriliyor olması gibi nedenler hastaların katarakt ameliyatı öncesi yaşadıkları anksiyetenin sebepleri arasında sıralanmaktadır (13).

Literatür incelendiğinde katarakt cerrahisi öncesinde hastaların çoğunluğunun anksiyete yaşadığı görülmüştür (14). Katarakt ameliyatı öncesi yaşanan anksiyetenin birçok farklı nedeni bulunmaktadır (13). Bunlardan biri de hastaların ameliyata ve ameliyat sonrası yaşama dönüş ile ilgili bilgi eksikliği yaşamasıdır (13). Hastalarla kesintisiz iletişim içerisinde olan, profesyonel bakım sağlayan hemşirelerin, katarakt ameliyatı öncesi dönemde de bütüncül bakım sağlayabilmesi için ameliyata yönelik bilgi eksikliğini de ele alması ve bu doğrultuda eğitim planlaması önemlidir.

Yükselen anksiyete düzeyi hastaların bilişsel yetenekleri üzerine olumsuz etki ettiği için eğitim içeriği hastanın gereksinimlerini karşılayacak nitelikte, sade ve anlaşılır bir dille hazırlanmalı, gereksiz ve ayrıntılı açıklamalardan kaçınılmalıdır (15).

Literatür incelendiğinde katarakt cerrahisi öncesi anksiyeteye yönelik planlanan eğitimle ilgili sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (16-18). Bununla birlikte çalışmaların bazılarında verilen eğitimin katarakt öncesi anksiyeteye olumlu etki ettiği bulunurken (17) bazı çalışmalarda eğitimin katarakt öncesi anksiyeteye etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (18). Bu bilgiler ışığında bu çalışma katarakt ameliyatı olacak hastalara verilen planlı eğitimin, hastaların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek ve çalışma sonucundan elde edilen bulgularla hemşirelik bakımının geliştirilmesi hedeflenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Katarakt

Katarakt gelişmekte olan ÷lkelerde k÷rlüğün en sık nedenleri arasında olmakla birlikte ışığın retina üzerinde yoğunlaşması esnasında göz içinde bulunan lensin saydamlığını kaybetmesi ve opaklanmasıdır (19). Opaklaşan ve saydamlığını yitiren lens, cerrahi işlemle lens çıkarılır ve yerine göz içi lens implante edilir. Katarakt ameliyatı asırlar öncesine dayanan, şimdi ise günümüzde gelişmiş teknolojiyle birlikte minimal insizyonel kesiler yapılarak, komplikasyon oranları azaltılmıştır (20).

Bir küre şeklinde olan gözlerimizin (22-26 mm çapında) çok az bir kısmı, yaklaşık 1/5'i dışarıdan gözükmeğdir. Göz küresi göz çukurunun (orbita) kemikleri tarafından çevrelenmeğdir. Gözler, göz kapakları ile dış çevreden korunurlar. Kapakların kırpma refleksi gözleri dış etkenlerden korumakla birlikte kapaklardan başka gözyaşı bezleri (glandula lakrimas) ve onun drenaj sistemleri (nazolakrimal sistem), orbita içindeki diğer oluşumlar ve kirpikler gözün yardımcı organlarını oluşturmaktadır. Gözün; beyaz sklera tabakasının tam ortasında saat camı şeklinde kornea tabakası bulunur. Orta tabakayı teşkil eden uvea 3 bölümden oluşmuştur: önde gözün rengini veren iris, ortada corpus ciliare, geride ise gözün büyük bir bölümün beslenmesini sağlayan koroidea yer almaktadır. En iç tabaka da ise görme işlevinin başlangıcını sağlayan retina vardır. Skleranın ön kısmı ve kapakların arka yüzünü konjonktiva adındaki 2 katlı saydam, sümüksü bir zar sarar. Kornea ile iris arasında 2.5 mm. derinliğinde içi aköz hümör adındaki saydam sıvı ile dolu ön kamara, iris ile lens adını verdiğimiz göz içi merceğı arasında yine aköz hümör ile dolu arka kamara adındaki odacıklar bulunmaktadır. Lensin arkasındaki saydam vitreus gözün 3/4' ünü doldurur, küreye şeklini vermektedir. En arkada, retinadaki görmeyi beyine iletecek olan optik sinir başı bulunur. 60'lı yaşlardan sonra lens saydamlığını kaybetmektedir. İrisin arkasında yer alan lens, göze gelen ışığı, sinir tabakasındaki alıcı hücreler üzerinde odaklar. Lensin ışık geçirgenliğinin azalması ve kesifleşmesi sonucu görüntü alıcı hücrelere ulaşmaz ve görme azalır (21).

Katarakt, genellikle yaşın ilerlemesiyle birlikte her iki gözde de görülebilen yaşlanma, genetik faktörler, travma, diyabet, sigara, aşırı alkol tüketimi, uzun süreli sistemik kortikosteroid kullanımı, radyasyon, yüksek tansiyon ve obezite gibi durumlar da katarakt gelişiminde rol oynamaktadır (22-24). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 verilerine göre, küresel anlamda yaklaşık 65.2 milyon bireyde katarakt bulunduğu, nüfusun yaşlanmasıyla birlikte katarakt prevalansının da artış gösterdiği 2020 yılında ise 60 yaş ve üstü yaklaşık 53 milyon kişide, katarakt nedeniyle ciddi görme kaybı gelişeceği saptanmıştır (25).

Katarakt terimi “demir parmaklık” ya da şelale anlamına gelen Yunanca “katarraktes” ve Latince ’de ise “cataracta” sözcüklerinden türetilmiştir. Yunanca da şelale anlamına gelen katarakt kelimesi ilk defa MS. 1018 yıllarında Constantinus Africanus adlı bir kesiş ve adı bilinmeyen Arap Oküllist tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Kataraktın opaklığının büyüklüğü dikkat edilmeden herhangi bir şeffaflık kaybı olarak belirtilmektedir (26-28).

2.1.1. Kataraktın tarihçesi

Katarakt ilk çağlarda gözün içine inen ve istenmeyen bir su akışı olarak idrak edilmiş ve bu düşünceye dayanarak akışın yönünü değiştirmeye yönelik geliştirilen yöntem ‘MİL ÇEKME’ adı altında tedaviye başlanmıştır. Bu yöntem Antik dönemden 18. yüzyılın ortalarına kadar pek çok medeniyetlerde uygulandığı görülmüştür. Anadolu’da da mil çekme yöntemi uygulanmaya başlanmış ve bu yöntem uygulayıcılarına da kehhâl adı kullanılmıştır. Yani kısaca özetlemek gerekirse uygulayıcılar lensi gözün içine düşürüyorlar ve sıvı akışının yönünü de değiştirdikleri fikrini savunuyorlardı. Vitreus içine düşen lens alerjik reaksiyon ya da tepki göstererek fakoanflaktik üveit ve glokom gibi yan etkilere yol açabiliyordu (29-31).

Oftalmolojide çığır açan kişi Jacques Dauiel, 1748 yılında kataraktlı lensi ilk defa düşünerek ekstrakte etmiştir. Yine 18. yüzyılda Sharp intrakapsüler tekniği uygulanıp kullanmış, bu dönemlerde Von Graefe ise üst limbustan kendi bulup getirdiği bıçakla korneaskleral kesiyi uygulayıp kullanmıştır. Von Graefe’nin bu kullandığı yöntemi düzgün yara iyileşmesi olması, nadir enfeksiyon görölmesi ve iris prolapsusu gelişmesi sebebiyle bir çoğunluğu kullanmış ve yaygınlık kazanmıştır. Wenzel üçgen keratamla ön kamaraya girişi kullanarak bu dönemlerde geliştirilmiştir.

1867 yılında Williams tek bir korneaskleral s t ru uygulayarak kullanmıştır. Bu yöntemde Williams ipek sütür uygulamıştır (29-31).

Katarakt cerrahisi sonrası 20. yüzyılın yarısına kadar göz içi lens koyulmayıp gözler afakik bırakılıyordu. 18. yüzyılda göz içi lenslerle ilgili göz içine camdan lens koyma gibi girişimlerde bulunulsa da bu girişimler başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bu durum ameliyat sonrası gözlerin, lensin kırıcılık gücünden yoksun kalması ve büyük ölçülü değerlerde hipermetropik bozukluklara sebep olmaktadır. Bu hipermetropluk durumu telafi etmek adına çok kalın ve çok ağır gözlükler takmak gerekmekte ve bu durum kişilerde rahatsızlıklara neden olabilmekteydi.

 kinci Dünya Savaşı sırasında savaş uçaklarının kırılan cam parçalarının pilotların gözlerine girmesi ve  n kamarada iyi tolare edilmesiyle polimetilmetaakrilat (PMMA) materyalinin göz içi lensi (G L) bulup lensi üretme düşüncesini ortaya koymuştur. 1949 yılında İngiliz Oftomolog Horald Ridley tarafından PMMA yapıda ilk G L implantasyonu göz içine yerleştirilmiştir. Bu G L'lerin çeşitli yan etkilere neden olmasıyla a ı destekli ya da sütüre edilen ön kamara G L modelleri üzerinde durulup ancak bu modellerinde dekomponsasyon, iris pigment deşarjı ve buna bağlı olarak glokom ve inflamasyon gibi yan etkiler  nlenmeyince, arka kamara G L'ler üzerinde durulmaya çalışılmıştır. Arka kamara G L'ler Steven Shearing, Jerry Pierce ve Robert Sinskey kişileri tarafından türlü modifikasyonlarla bulunup üretilmiş ve katarakt cerrahisi sonrası G L implantasyon göz içinde standart metot haline gelmiştir (30, 32). Geçmişten günümüze tarihte ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu ve intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu tanımlanmış ve uzun yıllar kendilerini geliştirerek kullanılmaya devam etmiştir.

1967 yılında Kelman ilk kez kataraktlı lensi almak için, küçük bir kesi ile göz içine girerek, ultrasonik titreşim veren uçları lensi parçalayarak aspire etmiş ve fakoemülsifikasyon tekniğini uygulamıştır. Bu fakoemülsifikasyon tekniği ileri derece endotel kaybı olduğu saptanmış ve Kelman'ın bu tekniği uygulaması birçok meslektaşları tarafından zıt ve şüpheci eleştiriler doğmasına neden olmuştur (26, 33-35).

1980'de viskoelastik maddeler kullanılmış, 1984 yılında katlanabilir göz içi lensler, 1989 da s t rsuz küçük bir insizyon ile göz içine girilerek farklı teknikler geliştirilmiştir. Türkiye'de 1991 yılında fakoem lsifikasyonun gelişmesi sonucu uygulanmaya başlayan teknik, ř  an katarakt cerrahisinde en çok tercih edilen yöntemdir (36, 37).

Tüm dünyada fakoemülsifikasyon yöntemiyle birlikte katarakt cerrahisi yaygınlaşmakta ise de ekstrakapsüler ektraksiyonu güncel olarak kullanılmaya devam edilmektedir ve klinik gereklilik halinde uygulanabilmektedir. Katarakt cerrahisi son yıllarda oldukça büyük ilerlemeler kat ederek cerrahi işlemler arasında sonuçları en başarılı ameliyatlarda yer almıştır (26, 38, 39).

2.1.2. Katarakt belirtileri

Genelde katarakt oluşumu yavaş bir seyir izleyerek kataraktın belirtileri ortaya çıkar. En önemli katarakt belirtileri; ışığa karşı hassasiyetin oluşması, ağrısız görmenin azalması, buzlu cam arkasından bakıyormuş gibi algılaması, sisli görme, görme ve görme keskinliğinde azalma, günlük yaşam aktivitelerinde güçlük (kitap okuma, TV seyretme, araba kullanma) yer almaktadır (2, 40, 41). Görme kaybı hastalarda farklı seviyelerde gerçekleşir; sisli, bulanık ve kontrastlı görme azalır, bazı hallerde ise tek gözde çift görme, puslu görme gibi şikâyetler görülebilir. Özellikle gece araba kullanan sürücülerde ışığa hassasiyet olur, parlak ışıklar değişkenlik gösterir ve gece sürüşü yapılamayabilir. Uzağı görme kusuruna neden olan katarakt oluşumunda, lensin çekirdeğinde başlayan hastalık, lenste kırma gücünün artmasına neden olur. Buda gözlük kullanmadan hastanın yakını görmesini sağlar ve bu da yalancı miyop olarak adlandırılır. Ayrıca lensin saydamlığını kaybetmesini ve sarı renkli görülmesi sebebiyle kişiler bazı renkleri birbirinden ayırt edemez hale gelmektedirler (42). Kataraktın yavaş gelişim süreci ve gözün sağlıklı olması kataraktın saptanmasını daha fazla geciktirebilmektedir. Sağlam gözün kapatıldığı durumlarda katarakt kişiler tarafından daha kolay ayırt edilmektedir (43, 44).

2.1.3. Katarakt tanısında kullanılan testler

Göz muayenesine geldiklerinde hastalar ağrısızdır. Birçok hasta görme kaybı sorunu olduğundan habersizdir. Kişilerin şikâyetleri genellikle sisli görme ve bulanık görme olarak söylerler (43).

Göz doktoru katarakt cerrahisi için hastayı değerlendirirken, lens opasitesinin görmedeki azalma adına birinci neden olup olmadığını görme kaybı derecesine ve kişinin günlük yaşam aktivitesine etkilediğinin düşündürmesi ameliyat olmasında karar vermesi esastır. Katarakt hastalarının birçoğu doktora kendisi gelir. Klinik öyküde, kişi hangi aktivitelerinin azaldığını ya da yapamadığını söyler ve böylece birçok kişi görme keskinliğinin azaldığını göz doktoru muayenesinden sonra anlar (45). Göz doktoru kişinin görme fonksiyonu ve görme keskinliğini değerlendirir. İlk muayenede görme seviyesi değerlendirmesi yapıp, görme seviyesinde herhangi bir azalma tespit edilirse, retina kornea ve lens değerlendirilmesi yapılır (45).

Kişinin görme derecesinin belirlenmesi ve gerekli düzeltmenin yapılmasının ardından ön segment (kapaklar, konjektive, kornea, iris, lens) ve arka segment (retina, koroidea) yapılarının muayyeni yapılır. Görme keskinliği, eşellerden harf gösterilerek okutulup görme keskinliğine bakılır. Sabit veya projeksiyon eşeli en çok kullanılarak ölçüm yapılır. Snellan eşeli en çok tercih edilen eşellerdendi. Okuma yazma bilmeyenler ve çocuklar için şekiller gösterilerek ölçümler yapılır (46).

Retinoskopi cihazı, gözde ışığı kırma kusurlarını belirlenmesinde kullanılır. Oftalmoskopi, göz küresinin fundus (göz dibi) denilen iç kısmın muayenesi için kullanılan cihazdır. Göz doktoru, kişiden detaylı öykülerini sorgularken dikkatli refraksiyona başlayarak göz muayenesini yapmaktadır (46).

Otorefraktometre cihazı, görme azlığına sebep olan gözde kırma bozukluğunun tipi miyop, hipermetrop, astigmatizm ve derecesini belirlemekte kullanılır. Kişi uygun cihaza bir şekilde oturtulup ölçümü alınır. Cihaz tüm ölçüm sonuçlarını ve değerleri yazıcıdan çıkartıp verir. Tüm bu değerler esas alınarak görme ölçümü ve düzeltmesi yapılarak gözlük ölçümleri belirlenir. Yeni nesil cihazlarda, korneanın temel eksenlerinin diyoptri ve mm cinsinden ölçümleri yapılarak belirlenir. Bu değerler kontakt lens muayenesi ve katarakt ameliyatı sırasında göze implante edilecek göz için lens hesaplarında uygulanmaktadır (45, 46).

Katarakt hastalarının kamaşma şikâyetleri göz alıcı ışığa karşıdır. Bu kamaşma karşıdan gelen araba farlarından ya da gün ışığından kaynaklıdır. Göz alıcı ışık testi hastaların görme alanına yerleştirilen ışık kaynağı ile görsel bozulma ölçümü yapılarak belirlenir (46).

Göz içi basınç değerlendirilmesi, katarakt ameliyatının en uygun şartlarda yapılması için göz içi basınç normal sınırlar içinde olması gerekir. Kontakt (çökertme ve aplanasyon yöntemleri) veya nonkontakt tanometreler kullanarak göz içi basıncı değerlendirilir (46).

Bilgisayarlı görme alanı (perimetre), bu cihaz görme alanını değerlendirmek için kullanılır. Görme işlemine başlarken sinir tabakasının, değişik kuvvetteki ışıklı uyarana verdiği tepki cevabı dijital olarak gösteren bir yöntemdir. Konfrontal görme alanına bakmak tüm katarakt hastalarına gerekir. Retina periferinin oftalmoskopik görüntüsüne engel olacak kadar yoğun kataraktı olan hastaların periferik görme alanını saptamak için kullanılır. Görme alanı testi, göz doktorunun katarakt haricinde diğer hastalık süreciyle gelişen görme işleminin kayıplarının tanısında yol gösterici olur. Özellikle glokom hastalığının teşhisinde optik sinir hastalıklarının, optik sinir ile komşuluğunda olan yapıların tümörlerinde ve damarsal patolojilerin belirlenmesinde kullanılır. Cihaza kaydedilen bilgiler, bilgisayara kaydedilip, bilgiler yazıcıdan çıkarılıp alınarak değerlendirme yapılır (42, 47-51).

Ultrasonik biometri, bu cihaz katarakt ameliyatı sırasında göz içine yerleştirilecek olan göz içi lensinin gücünün hesaplanmasında kullanılır. Gözün ön-arka aks uzunluğu ölçen bir tip A-scan bir ultrasonik bir cihazdır. Belirlenen ölçülen ön-arka aks uzunluğu ve daha önce belirlenmiş kerotometrik değerler cihaza giriş yapılarak, istenilen formül üzerinde göz içi lens değerleri hesaplanarak bulunur.

Optik biyometri, yeni nesil yöntem olarak bilinen göz içi lens hesaplama. Göz içi lens hesaplama için gerekli bilgiler, ön arka aks uzunluğu, pakimetre değerleri, ön kamara derinliği, lens kalınlığı tek cihazda nonkontakt olarak yapılır. Optik biyometri cihazı yazılıma eklenmiş olan yeni nesil formülleriyle hesaplanarak kullanılan hassas ölçümler yapmaktadır. Pakimetri, bu cihaz kornea kalınlığı değerlendirmek için kullanılır. Kornea hastalıkları ve glokom olan hastaların değerlendirmesi için yapılır (42, 47-51).

2.1.4. Katarakt çeşitleri

Genel olarak katarakt çeşitleri konjenital katarakt ve edinsel katarakt olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Edinsel katarakt; kendi içerisinde alt gruplar halinde ele alınarak tanımlanır (52, 53).

Konjenital Katarakt: Konjenital katarakt, doğumla ya da hayatın ilk aylarında gelişen bir çeşittir. Konjenital katarakt çeşidini çocukluk döneminde en sık görülen körlük nedenleri arasındadır. Bu katarakt gelişiminde çoğunluğu oluşturan genetik etkenler ağırlık göstermektedir. Konjenital katarakt hastalığının erken tanısı ve tedavisi çok önemlidir. Bebek birkaç haftalık oluncaya kadar tanı koymak çok zor olmakla birlikte, bebeğin pupillasının çok küçük olması, günün büyük bir kısmını uyuyarak geçirmesi tanı koymada zorluklar yaratabilir (52-57).

Konjenital katarakt hastalığında lens opasiteleri doğumda bulunmaktadır. Doğumda opasitelerin olmaması ve yaşamın ilk aylarında gelişim göstermemesiyle infantil olarak tanımlanır. Konjenital katarakt görülme sıklığı gelişmiş toplumlarda bir bölü on bin ile dört bölü on bin arasında olup, çocuklarda önlenabilir, körlüklerde en önemlisi kabul edilerek, tedavisi bu katarakta cerrahidir (51, 56, 57). Göz cerrahisinde kullanılan cerrahi teknikler, cihazların gelişmesi ve göz içi lenslerdeki yenilikler ile birlikte katarakt hastalarında daha küçük invaziv ve daha küçük ebatlarda kesiler ile ameliyatlar başarılı yapılmaktadır. Fakat ameliyatların yanı sıra konjenital katarakt sebebiyle körlüğün engellenmesini önlemek için doğru zamanda takip ve müdahalenin yapılması gerekmektedir (58-63).

Edinsel Katarakt: Edinsel katarakt kendi içinde alt gruplara ayrılmaktadır. Senil kataraktlar, travmatik kataraktlar, mikst katarakt, matür katarakt, presentil katarakt, edinsel katarakt çeşitleridir (6, 64).

Senil katarakt, görme fonksiyonunu bozacak aşamada dünyada körlüğün en önemli nedenleri arasındadır. Senil kataraktın oluşma nedenleri, metabolik, travmatik ve konjenital olabilir fakat dünyada her geçen gün yaşlı nüfusunun ve popülasyonunun artması senil katarakt etkisinin görülme sıklığını fazlalaştırır (64). Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan bu katarakt türü en sık görülendir. Cinsiyet, ekonomik durum ayrımı yapmaksızın kendiliğinden veya diğer nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Bu katarakt oluşumunu engellemek için yeterli çözüm yolu olmasa da tedavisinde yenilikler ortaya çıkan gelişmeler oldukça hızlı ilerlemektedir (6).

Yaşla birlikte katarakttan dolayı meydana gelen değişikliklerde lensteki kontrastta duyarlılık azalması görülürken, ilerleyen vakitlerde ise görme keskinliğinde azalma olmaktadır.

Genç korneadan kaynaklı sferik aberasyon kristalin lensteki negatif aberasyonu ile nötralize olur. Buna bağılı olarak görme kalitesi değışmez. Yaşın ilerlemesiyle lens ağırlığı ve kalınlığı artarken akomodasyon kabiliyetinde azalma olmaktadır. Yaşın artması ile korneal aberasyon ve lens arasındaki uyumun bozulması neticesinde optik nitelikte bozulma olur (6, 64-66). Senil kataraktlar kendi içinde üç gruba ayrılırlar. Kortikal katarakt, nükleer katarakt ve arkasubkapsuler kataraktlardır. Fakat bu ayrımı erken dönemde yapmak daha uygundur. Bunun sebebi ise ileri evrede katarakta bu ayrım yapılamamaktadır. İlerleyen katarakta kortekste, arka subkapsüler ve nükleusta opasiteler gözlenmektedir (67, 68).

Kortikal kataraktlarda olgun lif hücrelerinde bölgesel bozulmalar meydana gelir. Hücre zarı bütünlüğünün dejenerasyonu yapısal metabolitler hücrelerden kaybolur. Kaybolan yoğun protein çökmesine ve oksidasyonuna sebep olmaktadır. Tümüyle kortikal kataraktlar çift taraflı olsa da oransız olur. Görme fonksiyonu üzerindeki etkisiye opaklaşmanın görsel ekseninde yerleşimine bağılı olmaktadır (6). En sık görülen semptomlar arasında odaksal ışık kaynaklarındaki oluşan parlamalardır. Bunun yanı sıra tek gözde çift görme sorunudur. Kataraktlar fazla hızla gelişim gösterebilir (6, 52).

Kapsül ile çekirdek arasında korteks yapısının opaklaşması ve beyaz olması 'matür katarakt' lens kapsülünde dejenere olmuş kortikal maddenin ayrışması, kapsülün kırışması ve buruşması 'hipermatür katarakt', korteks yapısının ileri likefaksiyonundan çekirdeğin kapsülde serbestçe hareket etmesi 'margagnien katarakt' olarak nitelendirilir (65, 69, 70).

Nükleer kataraktlar yaşın ilerlemesi ile lens sklerozu, renkte koyulaşma ve sertleşmesi neticesinde lenste meydana gelen sklerotik dönüşümler oluşabilir. Sağlıklı yaşlı kişilerde lenste meydana gelen fizyolojik değışimler karşısında görme keskinliği 20/20 oranı seviyesinde olur. Nükleer katarakta lens konsantresi, kırma indeksi artar ve yalancı miyopi gelişir. Başlangıçta konkav camlarla görme keskinliği düzelirken, erken sklerotik değışimler azalır. Sklerotik değışim yavaş bir seyir izlerken, ortalama 5-10 yıl sürdürülebilir. Bu kişiler ya da hastalar önemle uzak cisimlerde optik distorsiyon rahatsızlığı hissederler (67).

Arkasupkapsular katarakt diğerlerine oranla az görülmektedir. Birinci aşamada biomikroskopide toz formda gölgelenmeler ile retroillüminasyon belirlenir. Daha sonraki basamakta granüler görünümde parlak tabaka, sonraki olgularda kalsifiye plak görünümlü opasiteye rastlanılır. İlk aşamalarda hastalarda ışık saçılması ve yakını görme engellenmiş olur. İlerleyen aşamalarda ışıklı ortamlarda sıkıntı yaşamak görme fonksiyonunun azalması şikâyetleri oluşur. Arkasubkapsüler kataraktlar kontrol duyarlılıkta diğer katarakt çeşitlerine nazaran önemli bir kayboluş olmuştur (71, 72).

Matür katarakt, lens materyalinin bütünüyle opasifiye olması halinde kırmızı fundus refleksinin alınamaması matür katarakt göstergesidir. Matür kataraktta cerrahi yöntemin karar aşamasında, hastanın yaşı, nükleus büyüklüğü, rengi, zonül hali, ön kamara derinliği ve cerrahın deneyimi önemli etkenler arasındadır (50, 69, 71).

Mikst katarakt, genellikle tek tip olarak başlayan, dejeneratif bozulma vakaları sonucunda mikst duruma gelirler. Bu nedenlerle mikst ilerlemiş kataraktın göstergesidir. Hastaların görme fonksiyonu azalır ve katarakt cerrahisi yapılması gerekir (69, 73, 74).

Presentil Katarakt, 55 yaşın altındaki kişilerde görülür. Presentil katarakt daha çok subkapsüler olmakla beraberinde kortikal veya nükleer de olabilir. Arka katarakt bir yıl içinde hızla ilerleyerek bütünüyle arka kapsülü örter. Daha sonraki basamakta lens epitel hücrelerinde gözle görülür değişimin ardından ödem ve son olarak dekompanasyon meydana gelir. Bazı hallerde nükleus tutulmazsa da en sonunda lens opaklaşır. Başlangıçta lens korteksi tutulmayabilir fakat son basamaktan spoke opasiteler gelişir ve gitgide hızla ilerler. Presentil kataraktın nedeni idiyoPATİKTİR. Bazı araştırmalar galaktoz metabolizmasındaki bir enzimin neden olabileceğini öne sürmüş ya da eksik olan enzimin aldoz redüktoz olduğu ve galaktiol adlı maddenin lenste birikerek oluşarak, kronik bir osmotik strese neden olduğu bir araştırmada öne sürülmüştür (69, 75, 76).

Travmatik katarakt, genç kişilerde en sık görülen katarakt türlerindendir. Bu katarakt penetran ya da künt travmalar sonucu gelişen lensin opaklaşmasına neden olur. Bu hal erken veya geç oluşabilen bir reaksiyondur (77, 78). Ender olarak da elektrik çarpması, oküler tümörlere iyonize radyasyon uygulama sonrası, aşırı sıcak ya da soğuk şokuna bağlı olarak travmatik katarakt gelişebilir (79).

Travmatik katarakta cerrahi girişim sonrasında görme fonksiyonu sorun haline gelmektedir. Çünkü ameliyattan sonra görme fonksiyonu travmadan sonra zarar görme ihtimali yüksek retinal ve korneal yapıların işlevsel bütünlüğü ile ilgilidir. Matür travmatik katarakt vakalarının %48'inde arka segment tahribinin olduğu gösterilmektedir (79, 80).

2.1.5. Katarakt tedavisi

Kataraktın medikal bir tedavisi olmamakla birlikte, hastaların tedavi arayışına iten en önemli faktör, görme fonksiyon bozukluğunun günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyecek seviyede etkilenmiş olmasıdır (64). Katarakt hastalarının görme fonksiyonunu kazandırmada uygulanan yöntem ve başarı oranı yüksek olan tek tedavi cerrahi tedavisidir (59). Kataraktın engellenmesine yönelik çalışmalarda diyabet ve tehlike faktörlerine karşı odaklanmıştır (81, 82). Geçmişten günümüze farklı yaklaşımlar gündeme gelse de galaktozemik katarakt dışında diğer kataraktlar fazla önlenememiştir. Katarakt oluşumu koruyucu etkileri yönünden, C ve E vitamini sorbitol düşürücü ajanlar, aspirin, glutatyon yükseltici ajanlar incelenmektedir (38).

2.1.5.1. Katarakt cerrahisi

Katarakt cerrahisinde dünya genelinde görme işlevini tekrar kazanmak, güvenli ve etkili sonuçlar alabilmek için cerrahi işlemler uygulanmaktadır (83-86). Katarakt cerrahisinde bu uygulanmakta olan işlemler, lensin saydamlığını kaybetmemesiyle lens materyali çıkarılıp ve ışınların göze gelmesiyle sarı noktaya odaklanmak için göz içine lens yerleştirilmektedir (85). Bu sayede hastalar en iyi görme keskinliğine sahip oldukları ve ek bir cihaza gereksinim duyulmadan uygulanmaktadır (86).

Katarakt cerrahisi doktor hasta ortak çalışması ve doktorun hasta tercihine bağlı olarak, lokal veya genel anestezi metoduyla yapılabilir (86, 87). Cerrahi işlem yapılacak olan hastaların genellikle ileri yaşta olmaları, birçok kronik hastalıkların varlığının olması sebebiyle katarakt cerrahisinin lokal anestezi metoduyla daha çok tercih edilmektedir.

Katarakt cerrahisinde lokal anestezi yönteminin kullanılması komplikasyon riskinin azaltılması, hasta konforunun artmasına ve hasta memnuniyetini sağlamak için çoğunluğu topikal anesteziyle ilk yöntem olarak önemsenmektedir. Topikal yani yüzeysel anestezi uygulaması, lidokoin enjeksiyonunun intrakamaral yapılışı, göz jelleri ve göz damlası uygulamaları olmak üzere en sık kullanılan yöntemlerini kapsamaktadır (86, 88-90).

Katarakt cerrahisinde lokal anestezi sık olarak kullanılmasında, genel anestezi ile katarakt cerrahisinin tercih edilmesi nedenleri arasında hastaların çocuk olması, psikolojik veya nörolojik rahatsızlığı olan hastalardan, engelli bireylere, yüksek düzey anksiyete yaşayan hastalarda genel anestezi uygulanmaktadır. Katarakt cerrahisinin %95'i başarıyla neticelenmektedir (48).

Katarakt cerrahisinde bilimsel ve teknolojik değişiklikler ve buluşlarla birlikte, cerrahi uygulamadaki yapılan kesiler küçülmüştür. Kesi ebatlarının ise uygulanan cerrahi yönetime göre değişkenlik göstermektedir. Bu yöntemlerin ilerlemesindeki temel amaç komplikasyonların önlenmesi, gözdeki görme yetisinin, görme keskinliğinin artması ve daha hızlı iyileşmeyi sağlamaktadır. Uygulanan bu değişiklikler ve buluşlarda yöntemler katarakt cerrahisinin gününbirlik ameliyat prosedürleri çerçevesi dâhilinde gerçekleşmiş olup böylece hastaların hastanede kalış süresi; hastane maliyetinin azalması temin edilmektedir (51, 71, 83, 91, 92).

Katarakt cerrahisi, intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu, ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu ve fakoemülsifikasyon yöntemleri kullanılarak yapılmaktadır. En yaygın kullanılan cerrahi yöntem fakoemülsifikasyon tekniğidir (93).

İkke: İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu tekniği lensin kapsülde dâhil edilerek büyük bir kornea insizyon yapılarak günümüzde çok kullanılmamasına rağmen dışarı çıkarılması işlemidir. Zonül desteği zayıf olan hastalarda katarakt cerrahisinde tercih olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemde lens çıkarıldıktan sonra sekonder GİL uygulaması skleral fiksasyon yöntemiyle yapılmakta ya da GİL implantasyonu yapılmadığında hastalara afakik gözlük gibi görmesi için özel gözlükler kullanılması zorunludur. İntraoperatif veya postoperatif komplikasyonların yüksek olması, sadece ameliyat sonrası kalın cam gözlüklere veya kontakt lenslere gereksinim duyulması bu yöntemin de günümüzde az kullanılmasına sebep olmuştur (94, 95).

Ekke: Lensin ikke'den değişik olarak zanüller ve kapsülü dâhil etmeden lensi bir bütün olarak çıkarma işlemidir. Geride kalan kapsüller kese içine GİL implantasyonu sağlanır. Bu yol skleral fiksasyon gerektirmeden GİL implantasyonuna izin alınmasına rağmen, büyük bir korneaskleral insizyonu yani yara yerini sütürle kapatılması gerekmektedir. Bu sütürla kapatılan insizyon postoperatif astigmata ya da yara yerinin iyileşmesine neden olur. Bu yüzden fakoemülsifikasyon yöntemine göre daha az tercih edilmektedir. Bu cerrahi yol kornea endotel hücre sayısının az olması ve ilerlemiş veya gecikmiş kataraktı olan hastalarda fakoemülsifikasyon cerrahisinin korneal dekompanasyon sebebiyle ekke yöntemi kullanılmaktadır (49, 96-98).

Fako: Fako yöntemini Amerikalı Doktor Kelman, ilk kez 1967 yılında bulmuş ve bu yöntemi kullanmaya başlayarak geliştirmeye çalışmaktadır. Lens materyalini kapalı sistem katarakt cerrahisi yüksek ultrasonik frekansla titreşen uçlar yardımıyla parçalayarak aspire edilme işlemidir. Dünya genelinde sıklıkla gerçekleştirilen fakoemülsifikasyon yöntemi güvenli, etkili ve başarılı bir katarakt cerrahisi haline gelip uygulanmaya devam etmektedir (86, 91, 99, 100). Minimum kesi tekniği olarak görülen fakoemülsifikasyon işlemi sorunsuz ve acısız olan bu süreç rehabilite edip iyileşmeyi arttırmaktadır (101).

Tedavide daha çok katarakt cerrahisi kullanılsa da cerrahi sonrasında bazı komplikasyonlar meydana gelebilmektedir (58). Meydana gelen, en sık olan komplikasyon endoftalmi olduğu belirtilmektedir. Endoftalmi, cerrahi işlem sonrası göz içine girmiş olan bakteri, mantar veya parazitlerin neden olduğu inflamatuvar bir süreç olarak kabul edilmektedir. Hastanın sistematik yara iyileşmesinin geç ve yetersiz olması, cerrahide gelişen komplikasyon, oküler yüzey florası, cerrahi operasyon öncesi göz kapaklarında enfeksiyon, inflamasyon veya blefarit oluşumu endoftalmi tehlikesinin artmasına neden olmaktadır (102, 103).

2.2. Anksiyete

Anksiyete Türk Dil Kurumuna göre “canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı gelişen psikonöretik bozukluk” olarak açıklanmaktadır (104). Latince anksiyete “anxetas” kelimesinden türemiş, Türkçe kavram olarak bunaltı, iç sıkıntı, endişe, kaygı ve hoş olmayan endişe ve heyecan gibi kelimeler kullanılmaya başlanmıştır. Anksiyete benliğin kendini tehdit altında algıladığı hoş olmayan sıkıntı, endişe ve kaygı durumu olup, belirsiz bir gerilim olarak ifade edilmektedir (14).

Anksiyete belirsiz tehlike hisleriyle ortaya çıkarak genellikle fizyolojik otonom belirtilerinde görüldüğü bir histir. Anksiyete, kişileri tehlikeye karşı uyaran bir sinyaldir. Bu sebeple anksiyeteyi yaşayan kişiler sebebi belli olmayan kötü bir şey olacakmış hissine kapılan, endişe ve sıkıntı duygusunu hissetmektedir. Bu duygu hafif tedirginlik, gerginlikten, panik düzeye varabilecek yoğunlukta farklı olabilmektedir (105, 106). Korkuda anksiyeteye benzeyen haber verici bir sinyal hissedilir. Anksiyete ve korku arasındaki fark; korkuda bilinen bir tehdide karşı cevap alınırken, anksiyete de ise belirsiz ve bilinmeyen bir tehdide karşı cevap verilmektedir (12).

Anksiyete iki temel psikolojik ve somatik birleşenden oluşur. Psikolojik bileşende somatik bileşen gibi kişiden kişiye değişkenlik gösterebilmektedir. Psikolojik anksiyete kültürel etkenler, sosyoekonomik durum, yaş, cinsiyeti etkiler (107). Bireyin kendini güvende hissetmediği durumlarda geliştirdiği evrensel duygu ve doğal bir tepkimedir. Hastalık durumunda meydana gelen anksiyetenin genellikle temelinde bilgi eksikliği olduğudur. Hastalığın getirdiği bilgi eksikliği vücut organını ve kısımlarının hasar göreceği, çaresizlik hastalığına yüklenen anlam, engellemeler ve ölüm korkusu kişinin karşılaştığı anksiyetenin şiddetini etkilemektedir (108).

Anksiyete belirli bir seviyeye kadar sağlıklı bireylerde de meydana gelebilmektedir. Ameliyat öncesi ameliyata hazırlanan kişilerde anksiyete seviyesi artar veya “sağlıklı” seviyede anksiyete görülmektedir. Elektif cerrahi esnasında oluşan anksiyete ve stresin azaltılması komplikasyonlar ve organ disfonksiyonların azalması görülmektedir (109, 110).

Olası tehlikelere karşı farkındalığı arttıran ve hızlı tepkiler vermeyi sağlayarak hayatta kalmaya yardımcı olan anksiyete, duygusal halin normal bir yönü olmaktadır. Bu duygusal hal uyaranlarla tetiklenebilmektedir. Fakat anksiyete kalıcı yıkıcı ve hayatla orantısız olduğunda zayıf ve patolojik olarak kabul edilmekte ve bu durumda anksiyete bozukluklarının oluşmasına sebep olmaktadır (111, 112).

Bilimsel olarak Sigmund Freud ilk kez anksiyeteyi tanımlayan, egoyu anksiyetenin yaşandığı ve anksiyeteye yönelik savunmaların geliştirildiği yapı olarak ifade etmektedir. Freud’a göre id, ego, süper ego aralarındaki mevcut olan ruhsal gücün kontrolü için gerçekleşen çatışmalardan başka bir ifadeyle içten ve dıştan gelen tehdit edici etkenlerin kontrol altına alınamamasından ortaya çıkan anksiyete, egoyu hâkim kılar. Ego karşı karşıya kaldığı sürekli olarak tehlikelere karşı üç tür anksiyeteyi kaçış yolu olarak kullanır. Bunlar gerçeklik anksiyetesi, nevrotik anksiyete ve suçluluk anksiyeteleridir (113).

Dış dünyada tehlikeli bir durumla karşılaşıldığında ya da tehlikenin varlığının hissedilmesinde gerçeklik anksiyetesi yaşanır. İd kaynaklı dürtüsel baskıların ego tarafından bastırılmasının kuvvetlendirilmesi sonucu oluşan, ceza oluşturulabilecek davranışlarda bulunmaya yönelik yaşanan nevrotik anksiyetedir. Süper egosu gelişmiş olan kişilerde gelenek ve kurallara aykırı davranışlarda bulunulduğunda ya da tasarlanmasında süper egonun yönettiği aşağılama, suçlama, utanma duyguları nedeniyle yaşanan suçluluk anksiyetesidir (113).

1970 yılında Spielberger ve ark. ise anksiyeteyi durumluk ve sürekli anksiyete olmak üzere ikiye ayırmıştır. Bu ayrım, durumluk ve sürekli anksiyete arasındaki değerlendirmesinde, kavramsal bir gelişme olmaktadır (114). Durumluk anksiyete, belirli bir anda olumsuz durumlarla doğrudan ilişkili psikolojik ve fizyolojik geçici tepkileri yansıtmaktadır. Özel bir durumu tehdit olarak algılayan kişilerin verdiği tepki durumluk anksiyetesi olarak öngörülmektedir. Bir durumun kişiye tehdit edici gelip gelmeyeceği, o kişinin geçmiş tecrübelerine ve kişinin yaklaşımına dayanarak, bu sebeple durumluk anksiyetesi oldukça değişkendir (114). Sürekli anksiyete ise durumluk anksiyete yaşama eğilimiyle ilgili bireysel farklılıkları tanımlayan bir kişilik özelliğini ifade etmektedir. Fiziksel strese karşı kişinin genel davranış özelliği olmaktadır. Sürekli anksiyete bu sebeple durumluk anksiyetesine göre zaman içerisinde daha istikrarlı bir haldir (114-116).

2.2.1. Anksiyete nedenleri

Kişiler düşünce ve duygu yoluyla kişilerin ruhsal ve duygusal karmaşasına bağlı olarak değişim gösteren bir durum olan anksiyete birçok faktör sıralanmaktadır. Bu faktörler, çocuklukta yaşanan travmalar, yaşantılarında karşılaştıkları fiziksel ve psikolojik baskılar, rencide edici davranışlar, geçmişten deneyimlediğimiz stresli durumlarla tekrar karşılaşma, hayata dair belirsizlik, ekonomik sıkıntılar, sosyal yaşamın aksaması, fizyolojik tepkiler (ağrı gibi), genetik sebepler, bilgi eksikliği, cerrahi tanı ve cerrahi ameliyat anksiyete nedenidir (117-121).

2.2.2. Anksiyete belirtileri

Genellikle korku, heyecan, huzursuzluk, panik, kötü bir şey başına gelecekmiş hissi olarak tarif edilen, bireyi olası bir tehdidin belirlenmesine doğru yönlendirerek, herhangi bir sorunla baş etmeye hazırlayan anksiyeteye fizyolojik, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal belirtiler ortaya çıkmaktadır (122, 123).

Fizyolojik belirtiler; endokrin sistem ve otonom sinir sisteminin uyarılması sonucu fizyolojik belirtiler tek tek görülebileceği gibi birlikte de olabilir. Bu belirtiler nefes darlığı, nefes alamama, boğulma hissi, hiperventilasyon, çarpıntı, göğüste sıkışma, göğüs ağrısı, terleme, titreme, sıcak basması, baş dönmesi, sersemlik, kas gerilimi, kas ağrıları, hipertansiyon, kollarda ve bacaklarda karıncalanma, uyuşma ve zayıflık, baygınlık, ağız kuruluğu, mide bulantısı, mide rahatsızlığı ve ishal şeklinde sıralanmaktadır (122, 124).

Bilişsel belirtiler; düşünce, algılama ve öğrenme gibi bilişsel yetiler üzerinde anksiyetenin olumsuz etkileri vardır. Anksiyetesi olan kişilerde var olan anksiyeteyi artırıcı ve devam edici nitelikte veya anksiyeteye neden olan durumla başa çıkma becerilerini küçümseyici içeriğiyle ilgili düşünceler vardır. Bu düşüncelerin temelinde endişe, felaket fikirleri, tekrarlayıcı hoş olmayan istemsiz fikirler yer almaktadır. Anksiyete bu nedenle bilinç bulanıklığına ve algılamanın çarpıtılması olmaktadır. Algılamanın çarpıtılmasıyla sadece yer zaman adaptasyonu ile ilgili olmamaktadır. Aynı zamanda dış dünyada olan olaylar ve insanlarla da bağlantılı olmaktadır. Bu algılamanın çarpıtılmaları sonucunda adaptasyon ve konsantrasyon gücünün azalması nedeniyle öğrenme, hafıza ve hatırlama yetisi zayıflamaktadır. Bununla birlikte de algıda seçicilik de görülmektedir (106, 122, 124).

Kişi yaşanan anksiyeteye bağımlı olarak olay ve olguların bir kısmını algı harici bırakarak sadece belirli yönlerini algılamaya çalışmaktadır. Bu nedende hatalı ve yanlış algılama yönü ortaya çıkar. Buradaki yanlış algılama, yanlış cevabın doğmasına neden olmaktadır (106, 122, 124).

Duyuşsal belirtiler; korku endişe, tedirginlik, alarm durumuna geçme, dehşet duygusu, çaresizlik, gerginlik gibi kişileri rahatsız edici, tavrılı duygudurumdur (125-127). Davranışsal belirtiler; duygu ve düşünceleri dışa vurarak davranışa yansıtmaktadır. Bu belirtiler motor huzursuzluk, tehdit durumlarından kaçınma davranışı, konuşma akışında bozukluk, yardım arama, güvence arama davranışı ve ajitasyon olarak meydana gelmektedir (122, 124).

2.2.3. Anksiyete düzeyleri

Bireyin günlük yaşam alışkanlıkları ve birikimlerini, fiziksel hastalığına bağlı kısıtlılıklar, ameliyat deneyimleri, ameliyatın büyüklüğü, sınav stresi, ölüm çaresizlik gibi bireyin yaşadığı duruma göre anksiyete şiddetinde farklılıklar oluşur. Farklı düzeylerde olan anksiyete psikolojik, davranışsal ve fiziksel durumlarda kendini göstermektedir. Anksiyete düzeyleri hafif huzursuzluktan, gerginlik hissi ve panik seviyesine gelebilmektedir. Şiddetli ve uzun süreli anksiyete bireyin hayat şartlarını sürdürmesini olumsuz etkileyerek hatta çeşitli davranış problemlerine sebep olmaktadır (128-130). Hay ve Peplau hafif, orta, yüksek ve panik düzey olarak anksiyeteyi dört bölüme ayırmaktadır (130-132).

Hafif düzey anksiyete; Kişiyi olaylar ve eyleme hazırlayan bir anksiyete düzeyidir. Birey çevresinde meydana gelen olaylar karşısında anlar, işitir, görür ve çevresinde olup biten olaylar karşısında uyanık olurlar. Öğrenme ve düşünmesi akıl yürütmesi, yaratıcılığı ve bakış açısı artmıştır. Birey bu düzeyde duyarlı ve kişilerarası iletişimi yüksek seviyededir. Konuşmanın hızı ve akışı, konuşulan konunun içeriği ile uyumlu olmakla birlikte olayları birbiriyle bağlantı kurup ilişkilendirirler. Birey problem çözme becerisini kaybetmemiş kas gerilimi az, bulguları stabildir (130-134).

Orta düzey anksiyete; Hafif düzey anksiyeteye göre bireyin algılaması, iletişimi ve çevresindekileri kavrama azalmıştır. Birey anksiyeteli ve gergindir. Problem çözme becerisi azalmış ve önemli ayrıntıları hatırlayamaz ve önemseyemez. Kas gerginliği ve yaşamsal bulgularında artma gözlemlenmiştir (130-134). Hafif somatik belirtilerden kalp atım hızı, kan basıncı, terleme, solunum derinliği ve sayısı gibi şikayetlerde artma gözlemlenmiştir (130-134).

Yüksek düzey anksiyete; Bireyin algılama ve kavrama alanı bu düzeyde iyice azalmıştır. Birey ayrıntıları kavradığı halde olaylar karşısında farkındalığı yoktur. Konular arasındaki ilişki ve ayrıntıda zorlanır ve problem çözme yeteneği azalmıştır. Duyusal fiziksel huzursuzluk mantık yürütmeye zorlanır. Bu durumdan uzaklaşmak için kurtulmaya çalışır ya da savaşı. İstemsizlik, baş dönmesi, baş ağrısı, titreme, bulantı, iştahsızlık gibi sorunlar görülür. Kas tonüsünde artma olur. Olay ve duruma yoğunlaşma artmış olmakla birlikte ölümün yaklaştığını da düşünebilir. Kişi bu durumda profesyonel yardım alması gerekir (130-134).

Panik düzey anksiyete; Anksiyetenin en yüksek yaşandığı seviyedir. Bir görevi yapmakta beceriksizlik iletişim kurmada güçlük, düzensiz düşünce ve anormal davranışlar meydana gelir. Birey kriz sürecinde rahatlatılması için profesyonel yardım gerekir. Solunum sıkıntısı, baş dönmesi, titreme, boğulma hissi, gerçek olmayan düşünceler ölüm korkusu gibi belirtiler görülmektedir. Bu evre gerçek ile bağlantının yok olmasıdır. Bu düzey kavrama, anlama bütünüyle azaldığından durum ile konu arasında bağlantı oluşturulamaz. Panik düzeyde profesyonel destek tedavisi verilmezse birey intihar girişiminde bulunabilir (130-134).

2.2.4. Ameliyat öncesi anksiyete

Cerrahi işlem uygulanacak hastaların, %60-80’inde ameliyat öncesi anksiyete görülmektedir (135). Bu anksiyete hastanın kişilik özelliklerine, önceki deneyimlerine, anestezi tipine, ölüm korkusuna, ameliyat sonunda ağrı ve vücudunun hasar göreceği korkusuna bağlı olabilmektedir. (136). Ameliyat olacak hastaların anksiyete seviyeleri ise, yaşları, cinsiyetleri, geçirecekleri ameliyatın tipi, daha önceki deneyimleri gibi pek çok faktörlerden etkilenebilir. Hastaların anksiyete seviyelerini düşürmek için birçok yöntem kullanılmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hemşire tarafından hastaya verilen eğitim ve bu görüşmede verilen bilgiler, hastaların anksiyete düzeyini düşürmek amacıyla uygulanan yöntemlerden biridir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların bilgilendirilmesi, hastaya her aşamada yapılan işlemin, niçin yapıldığını ve ne olduğu konusunda bilgi verildiğinde, hasta memnuniyetinin arttığını ve anksiyeteyi azalttığını göstermiştir (137).

Anksiyete düzeyi ameliyat öncesinde yüksek olan hastalarda, ameliyat sonrası daha çok tıbbi komplikasyon geliştiği ve hastanın hastanede yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir. Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü göz önüne alındığında, anksiyete tedavisi, cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini göstermiştir (138).

2.3. Hasta Eğitimi

Birey aile ve toplumun sağlığının korunması geliştirilmesi, hastalık halinde iyileşmesi ve sağlık davranışlarının kazandırılmasına yönelik olarak planlı bir eğitimin verilmesi hemşirelik mesleğinin temel rollerinden biridir. Bu roller eğitimin verililiş şeklini ve içeriğini belirlemede hemşireler otonomisini kullanmaları söz konusudur. Hemşireler hastaların kendilerine tedavi ve yaşam biçimlerindeki değişmeler hakkında bilgi aktarımı yapmakla görevlidir. Hemşireler hasta eğitiminde sağlık profesyonelleri içinde liderlik vasfı olan ekibin vazgeçilmez üyesidir. Hemşire hastaya bütüncül yaklaşır, uygun bakımı planlar, bireyin ihtiyaçlarına özgü eğitim planlayarak danışmanlık ve rehabilite ederler (139).

Hasta eğitiminde kullanılacak yöntem ve kullanılacak materyal kurumun imkanlarına uygun olması gerekir. Birkaç yöntemin bir arada kullanması hasta eğitiminde öğrenmeyi artırmaktadır. Eğitim materyali hazırlanırken hastaların anlayacağı dilden sözlükler kullanılmalı, öz, sade ve anlaşılabilir olması önemlidir. Bu eğitimler mümkün olduğunda belli aralıklarla tekrarlanmalıdır. Hastanın öğrenmesinin hedeflenmesi için hastaların kendilerine yaptırılarak öğrenip öğrenmediği kontrol edilerek doğru uygulanabilirliği sağlanmalıdır (140).

2.3.1. Eğitim de işitsel ve görsel araçlar

Eğitim araçları; görsel, işitsel, görsel-işitsel olmak üzere gruplandırılabilir. İşitsel araçlar, ilgi ve dikkat çekmenin en iyi yollarından biri olan eğitimde işitselliğin kullanılmasıdır.

Görsel eğitim araçları, sözcükleri desteklemesinin yanı sıra tek başına bir görüntünün kullanılması ile sözcüklerin yerini alabilecek niteliğe sahiptir. Bu sebeple eğitimde görsel eğitim araçlarının (kitap, dergi, gazete, afiş, broşür, resim, karikatür, grafik, harita, maket, slayt, sessiz film vb.) kullanılması hatırlamayı kolaylaştıracadı gibi öğrenme zamanını da kısaltır (141).

İşitsel Eğitim araçlar; radyo, teyp, ses kayıt cihazı, plak, telefon, telsiz gibi materyaller yapılan işitsel eğitim sıkça kullanılan bir yöntemdir. Eğitim araçlarının rahat taşınabilir olması sebebiyle diğer eğitim araçlarıyla birlikte de kullanılır. Kullanımı ucuz ve kolay, hem de her yerde kullanılma özelliğine sahiptir. (141).

Görsel-İşitsel Eğitim araçları; bir imajın daha kısa bir sürede uzunca bir konuşmanın öğrettiğinden daha fazlasını öğrettiği bilindiğinden en verimli ve etkin yöntemlerden biridir. Eğitilecek bireyler üzerinde bıraktığı görsel etkinin yanında işitsel etki ile desteklenmesi sebebiyle eğitimin etkinliği ve verimliliği artar. Resim, şema ve fotoğraflar somuta benzerlikleri sebebiyle, metinlere geçişi kolaylaştırır. Kolay unutulmayıp hatırlamanın daha kolay olduğu ve öğrenim süresinin kısa olduğu yöntemdir. Edgar Dale'nin 1946 yılında geliştirdiği ve “yaşantı konisi” adını verdiği öğrenme modelinde; kişilerin öğrenmelerinin, %83'ünü görme, %11'ini işitme, %3,5'ini koklama, %1,5'ini dokunma, %1'ini tatma duyularıyla edindikleri yaşantıları sonucu gerçekleşmektedir. Görsel-İşitsel bir eğitim araçları günümüzde önemli bir yere sahiptir (142, 143).

2.3.2. Ameliyat öncesi hasta eğitimi

Ameliyat öncesi bireye destekleyici yaklaşım, empati bireye güven verir. Hemşire-birey arasında uygun iletişim biçimi ve bilgilendirme oldukça önemlidir. Hemşirenin bireye soru sorabileceği bir ortam oluşturması, zaman ayırması, endişe ve korkularının ifade etmesini sağlaması bireye yardımcı olacaktır. Ameliyatı ve yapılacak işlemler hakkında yeterli bilgi almış, anksiyete düzeyi normal sınırlar içinde olan, iletişime açık bireyler ameliyattan sonra daha iyi uyum sağlayabilmektedir. İleri düzey anksiyetesi olan, kaygısız ve ilgisiz olan bireyler psikiyatrik düzeyde riskli bireylerdir. Hastanın eğitimi, birey bilgilendirildikten sonra, ameliyat için onayının alınması, cerrahi prognozu etkileyebilecek faktörler arasındadır (39, 144). Eğitim planlanmış bir ameliyatta, bireyin ameliyat öncesi hazırlıklarının sorumluluğu hemşireye aittir. Ameliyat öncesinde birey ameliyata iyi hazırlanamaz ise, birey uyum sağlayamayabilir ve buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir. Ameliyat öncesi bireyin hissettiğin yüksek düzeyde anksiyeteyi, iyi bir hemşirelik bakımı ile minimuma indirmek oldukça etkili bir yöntemdir. Ameliyat öncesi iyi bir eğitim, ameliyatta daha az anestezi kullanmaya, anksiyeteyi azaltmaya, stres hormonlarının daha az salınmasına, erken taburculuk işlemlerine yardımcı olur (39).

Göz ameliyatı olacak bireyler, görme fonksiyonunun yitirilme olasılığı korku yaratan bir durum olduğu için oldukça endişelidirler (2). Hastanede hastaya eğitimi sağlayacak en uygun kişi hemşirelerdir. Hastaların kaygı yaşamasına neden olabilecek etmenlerin dikkate alınması eğitimi etkin kılacaktır.

Özellikle lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastalarda farkındalık olduğundan daha yoğun korku ve endişeye sebep olmaktadır. Hastalar ameliyat anında kooperasyonunu kaybedebileceği için, istemsiz hareketler yapabilmekte ve buna bağlı komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (145).

Literatür taramalarından elde edilen bilgilere göre, lokal anestezi uygulanarak yapılan ameliyatlarda, hastanın hareketsiz yatması, cerrahın rahat çalışmasının sağlanması hastalara yapılan işlemin ne olduğu, niçin yapıldığı konularında bilgi verildiğinde, anksiyete düzeylerinde azalmalar gözlenmiştir. Grieve ve ark. göre hastanede yatan ve özellikle cerrahi girişimde bulunulacak hastalarda anksiyete gelişir (109, 137). Bir çalışmada, en yüksek anksiyete düzeyine sahip olanların, işleme ilk kez girenler, genç hastalar ve kadınlar olduğu bildirilmiştir (146).

Katarakt hastalarının çoğunluğu yaşlıdır. Bu yaş grubundaki hastaların respiratuar, metabolik, kardiyovasküler ve nöropsikiyatrik hastalıkların değişik kombinasyonları görülebilir. Katarakt cerrahisi elektiftir. Hastanın ameliyattan önce ve cerrahi sırasında ne yapması gerektiği konusunda bilgi verilmesi sağlanmalıdır (16).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Deneysel bir araştırma olup basit rastgele randomizasyon yöntemi kullanılarak ön test son test şeklinde uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisi yoktur.

H₁: Katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Sosyo-Demografik Özellikler

Bağımlı değişkenler: Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği

3.4. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma Mart- Haziran 2023 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göz Hastalıkları Servisi ve Göz Hastalıkları Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Göz servisi Sarı blok 2. katta bulunmaktadır. Serviste üç adet tek kişilik, üç adet iki kişilik, iki adet dört kişilik olmak üzere toplam sekiz oda bulunmakla birlikte on yedi yatak kapasitelidir. Araştırmanın göz kliniğinde ve göz polikliniğinde yapılabilmesi için Göz Hastalıkları A.B.D başkanından izin alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mart- Haziran 2023 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göz Servisine katarakt ameliyat planıyla yatışı yapılan hastaları içermiştir. Araştırma örneklemini ise gerekli kaynaklar taranarak hesaplamalar yapıldı. Örneklem sayısı; güç analizi ile (GPower 3.0.10 programı ile) %80 güç ve %5 Tip I hata değerleri için her bir grupta 56 hasta olmak üzere, toplam 112 hasta olarak belirlendi. Örneklemine ise araştırmayı kabul edecek ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayacak 60'ı deney ve 60'ı kontrol grubu olmak üzere 120 hasta dahil edilmiştir. Örneklem kapsamına alınan ilk hasta, basit rastgele yöntemi kullanılarak kura ile belirlenerek hastalar deney ve kontrol grubu olmak üzere iki ayrı gruba ayrıldı. İlk hasta deney grubuna, ikinci hasta kontrol grubuna alındı. Örneklemi oluşturan diğer hastalar için bu sıra takip edildi. Veri toplama süreci sonrasında güç analizinde yeterli sayıya ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

3.6. Örneklem Seçme Kriterleri

3.6.1. Dahil etme kriterleri

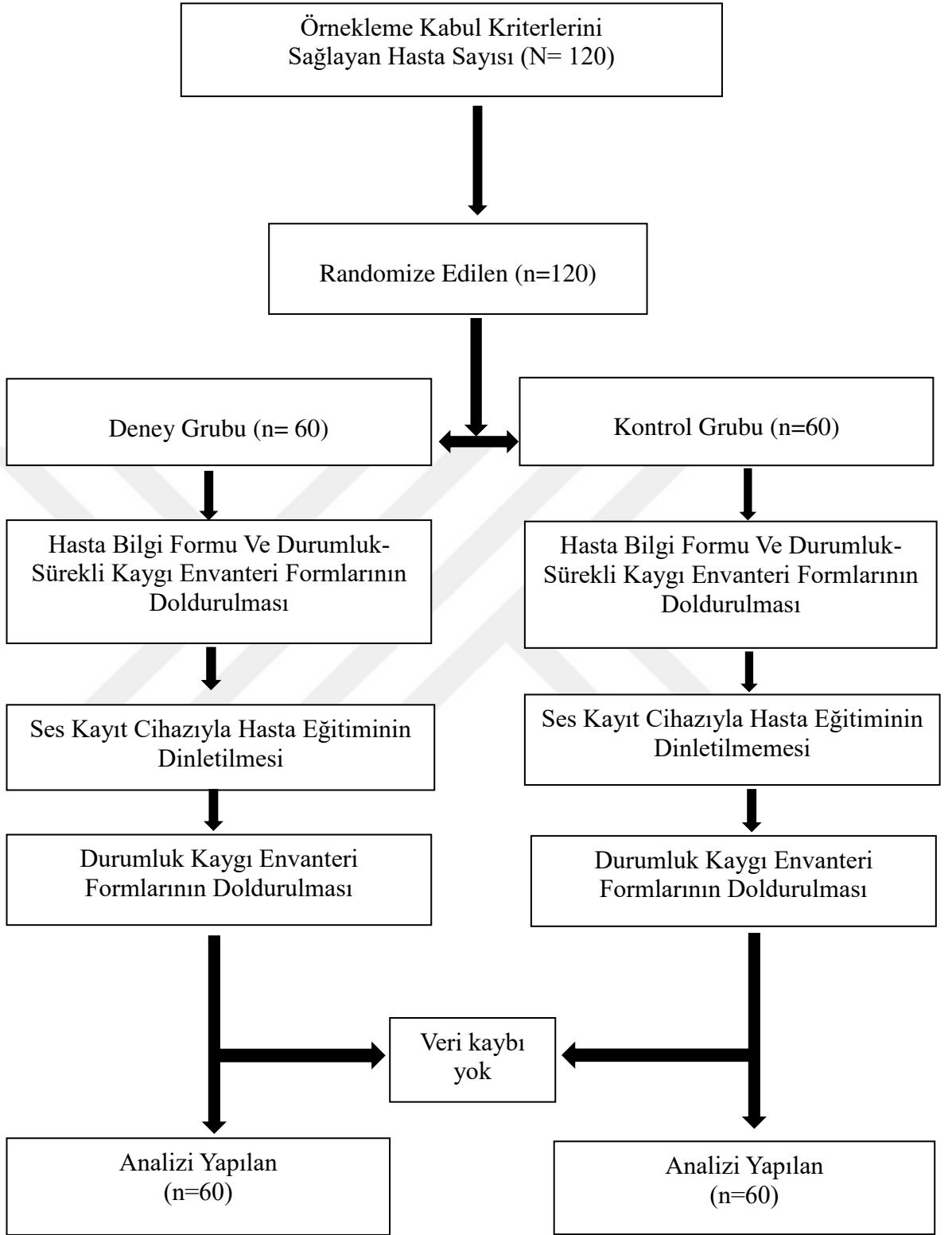
- Okuma yazması olma
- Katarakt ameliyatı geçirecek olan
- 18 yaşını doldurmuş olma
- Çalışmayı katılmayı kabul etmiş olma
- Araştırmaya katılmaya istekli olması;
- Türkçe anlayabilen ve Türkçe iletişim kurabilen,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan,
- İşitme ve algılama sorunu olmaması,

3.6.2. Dışlanma kriterleri

- Okuma yazması olmaması
- 18 yaşını doldurmaması
- Çalışmayı katılmayı kabul etmiş olmaması
- Araştırmaya katılmaya istekli olmaması;
- Türkçe anlayamayan ve Türkçe iletişim kuramayan,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı varsa,
- İşitme ve algılama sorunu olması,

3.7. Randomizasyon ve Körleme

Hastaların deney ve kontrol gruplarına ataması basit rastgele randomizasyon yöntemi ile yapılmıştır. Hastaların seçiminde yanlılığın kontrol altında tutulması için ameliyat hasta listesi ve numaralandırılması kurumda çalışan asistan doktorlar tarafından yapılmıştır, araştırmacı bu süreçte yer almamıştır. Araştırmanın doğası gereği, müdahaleyi uygulayan araştırmacının ve hastaların körlemesi mümkün olmamıştır. Verilerin analizi deney ve kontrol grubu atamasını bilmeyen bir istatistikçi tarafından yapılmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği ortam gereği hastalar karşılaşmamış ve veri kirlenmesi meydana gelmemiştir.



Şekil 1. Consort şeması

3.8. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla Hasta Bilgi Formu ve Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır.

3.8.1. Bilgi formu

Bu form literatürler doğrultusunda hastaların sosyo-demografik özellikler ve ameliyata ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. 13 soruyu içermektedir. Bu formda hastaların tanıtıcı özellikleri olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, algılanan aylık gelir durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, şu anki hastalık dışında herhangi bir kronik hastalığın varlığı, daha önce ameliyat olma durumu, daha önce hastaneye yatma durumu ve ameliyat hakkında verilen bilgiyi yeterli bulup bulmadığı sorulmuştur (Ek 1).

3.8.2. Durumluk/sürekli kaygı envanteri (DSKE)

Durumluk kaygı envanteri, belirli bir anda ve belirli şartlarda kişinin nasıl algılayıp hissettiğini; sürekli kaygı envanteri ise genellikle kişinin içinde bulunduğu hal ve koşullardan tarafsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirlemek amacıyla kullanılmıştır (114).

Durumluk/sürekli kaygı envanteri, 1970 yılında Spielberger ve ark. tarafından bireylerin durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir (Ek 2). Bu ölçek durumluk anksiyeteyi içeren 20 soru ve sürekli anksiyeteyi içeren 20 soru olmak üzere toplam 40 sorudan oluşan, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Durumluk kaygı envanteri 1-Hiç, 2-Biraz, 3-Çok ve 4-Tamamıyla şeklinde; sürekli kaygı envanterinde ise, 1-Hemen hiçbir zaman, 2-Bazen, 3-Çok zaman ve 4-Hemen her zaman şeklinde puanlandırılmaktadır. Durumluk kaygı envanteri ölçeğinde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler, sürekli kaygı ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39., maddeler tersine dönmüş ifadeler şeklindedir. Envanterin içerdiği tersine dönmüş maddelerdeki puanlarda bu şekilde değerlendirilip, tüm maddeler 1-4 arası puanlanmaktadır. Doğrudan dönmüş ifadeler ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı toplam ağırlıklı puan hesaplanır.

Doğrudan ifadelerden oluşan ağırlıklı puandan ters ifadelerden oluşan toplam ağırlıklı puan çıkarılıp, bulunan puana değişmeyen bir puan eklenmektedir. Durumluk kaygı envanterinde bu değer 50; sürekli kaygı envanterinde 35 olarak belirlenmiştir. Envanterden alınan puanlar 20-80 arasında değişebilmektedir. Puanın yüksek olması anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu, puanın düşük olması anksiyete düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Öner'in belirttiğine göre Spielberger'in durumuna bağlı sürekli kaygı ölçeğinde; 0-19 puan kaygı yok, 20-39 puan hafif kaygı, 40-59 puan orta düzeyde kaygı, 60-79 puan ağır düzeyde, 80- ve üzeri puan panik olarak da değerlendirilmektedir (114).

Ölçek 1975 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Öner ve Le Compte tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeklerin cronbach alfa korelasyonları ile hesaplanan iç tutarlılık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar, durumluk anksiyete için 0.83-0.92 ve sürekli anksiyete için 0.86-0.92 olarak belirlenmiştir (114). Bu çalışmada da cronbach alfa katsayısı ön test DKE için 0.958 son test DKE için 0.974.; ön test SKE için 0.851 bulunmuştur.

3.8.3. Hasta eğitimi için Materyalin Hazırlanması

Ses kadıyla yapılacak eğitimin, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden gerekli kurum izinleri alındıktan sonra, ses kaydının içeriği senaryo tekniği ile hazırlandı. Araştırmacı tarafından hazırlanan ameliyat öncesi, sırası ve sonrası hasta eğitimi seslendirilerek ses kayıt cihazı ile deney gurubundaki hastalara dinletildi.

- Hastaların öğrenme ihtiyaçlarına uygun mu, cümleler açık, net ve anlaşılır mı? Konu yeterince önemseniyor mu? Konu kapsamında istenmeyen öğelerden (dil, dil, ırk, şiddet, korku, saldırganlık gibi) arınmış mı? İşitsel yeterince müzik, ses, konuşma gibi öğeler var mı?
- Kendine has bir senaryoya sahip mi? Konu kapsamı doğru yeterli bilgiler mevcut mu? Kapsam içeriği güncel bilgiler veriyor mu?
- Dil, doğru ve etkili kullanılmış mı?

Uzman görüşle doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak ses kaydında oluşturulan eğitim son şeklini almıştır.

3.9. Veri Toplama Yöntemi Süreç ve Uygulama

3.9.1. Veri toplama ve ön uygulama

Araştırma verileri Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göz polikliniği ve Göz servisinde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Örneklemeye alınan 120 hasta, basit rastgele yöntem ile randomizasyon yapılarak 60'ar hastadan oluşan deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı. İlk hasta deney grubuna, ikinci hasta kontrol grubuna alındı. Örneklemi oluşturan diğer hastalar için bu sıra takip edildi.

Araştırmaya başlarken, katarakt ameliyatı öncesi dönemde araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara, yapılacak olan araştırma hakkında bilgi verilerek, “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalatılmıştır (Ek 6).

Veriler, göz polikliniğinde ve göz servisinde hastalar ameliyata gitmeden ve premedikasyon yapılmadan, kendi odalarında standart bakımları yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek alınmıştır.

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek ve uygulama sürecini değerlendirmek amacıyla belirlenen, basit rastgele randomizasyon yöntemiyle seçilen 10 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonrası herhangi bir değişikliğe gereksinim olmadığı saptanmıştır.

3.9.2. Uygulama

Göz Hastalıkları polikliniğinde araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan katarakt ameliyatı olacak olan deney ve kontrol grubunda bulunan hastalara öncelikle “Hasta Bilgi Formu, Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri” doldurulmuştur.

- Deney grubunda bulunan hastalara öncelikle “Hasta Bilgi Formu, Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri” doldurulmuş, hazırlanan ameliyat öncesi sırası ve sonrası eğitim, ses kayıt cihazıyla hastalara dinletilmiştir. Deney grubundaki hastalar ameliyat olacakları gün göz hastalıkları servisine yatışı yapıldıktan sonra ameliyata gitmeden ve premedikasyon yapılmadan tekrar durumluk kaygı envanteri doldurulmuştur.

- Kontrol grubunda bulunan hastalara öncelikle “Hasta Bilgi Formu, Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri” doldurulmuş hazırlanan ameliyat öncesi sırası ve sonrası eğitim ses kayıt cihazıyla hastalara dinletilmemiş ve hastalara standart bakımları dışında herhangi bir işlemde bulunulmamıştır. Kontrol grubundaki hastalar ameliyat olacakları gün göz hastalıkları servisine yatışı yapıldıktan sonra ameliyata gitmeden ve premedikasyon yapılmadan tekrar durumluk kaygı envanteri doldurulmuştur.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yalnızca Zonguldak il merkezindeki Bülent Ecevit üniversite hastanesinde, Göz Hastalıkları servisi ve Göz Hastalıkları polikliniğinde ameliyat öncesi dönemde olan ve araştırmayı kabul eden hastalarla yapıldığı için, çalışmanın sonuçları yalnızca bu araştırma grubuna genellenebilir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada öncelikle Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek 5). Sonrasında araştırmanın göz hastalıkları servisi ve göz polikliniğinde yapılabilmesi için göz hastalıkları anabilim dalı başkanından izin alınmıştır (Ek 4). Araştırmaya katılan tüm hastalara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Olur formları ektedir (Ek 6).

3.12. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler free trial version of SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirirken (sayı, yüzde, min-maks değerleri, medyan, ortalama, standart sapma) tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır. Grupların homojenliğini test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (147). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (148).

Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, iki bağımlı aşama karşılaştırılmasında ise bağımlı t testi uygulanmıştır. 2’den fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda ise farkında hangi gruptan kaynaklı olduğunu tespit etmek için post-hoc testlerden Bonferroni uygulanmıştır.



4. BULGULAR

Katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler		Kontrol n	%	Deney n	%	Test Değeri	p
Yaş ($\bar{X} \pm SS$, 66.10 $\pm$ 9.15)	66 yaş ve altı	30	50.0	25	41.7	0.839**	0.360
	66 yaş üstü	30	50.0	35	58.3		
Cinsiyet	Kadın	32	53.3	31	51.7	0.033**	0.855
	Erkek	28	46.7	29	48.3		
Medeni durum	Evli	51	85.0	56	93.3	2.157**	0.142
	Bekâr	9	15.0	4	6.7		
Eğitim düzeyi	İlkokul	30	50.0	27	45.0	1.535**	0.674
	Ortaokul	11	18.3	16	26.7		
	Lise	14	23.3	11	18.3		
	Üniversite	5	8.3	6	10.0		
Meslek	Çalışıyor	4	6.7	8	13.3	1.481**	0.224
	Çalışmıyor	56	93.3	52	86.7		
Gelir Durumu	Gelir giderden az	23	38.3	22	36.7	0.038**	0.981
	Gelir gidere denk	31	51.7	32	53.3		
	Gelir giderden fazla	6	10.0	6	10.0		
Sigara kullanma	Hayır	49	81.7	52	86.7	0.563**	0.453
	Evet	11	18.3	8	13.3		
Toplam		60	100.0	60	100.0		
İçilen sigara sayısı	Bir	8	72.7	6	75.0	0.012**	0.912
	İki	3	27.3	2	25.0		
Toplam		11	100.0	8	100.0		
Alkol kullanma	Hayır	58	96.7	58	96.7	0.000**	1.000
	Evet	2	3.3	2	3.3		
Başka bir hastalık	Evet	38	63.3	39	65.0	0.036**	0.849
	Hayır	22	36.7	21	35.0		
Daha önce ameliyat olma	Evet	44	73.3	46	76.7	0.178**	0.673
	Hayır	16	26.7	14	23.3		
Ameliyat hakkında bilgi alma	Evet	21	35.0	17	28.3	0.616**	0.432
	Hayır	39	65.0	43	71.7		
Ameliyat hakkında verilen bilgiyi yeterli bulma	Evet	21	35.0	17	28.3	0.616**	0.432
	Hayır	39	65.0	43	71.7		
Daha önce hastaneye yatma	Evet	52	86.7	49	81.7	0.563**	0.453
	Hayır	8	13.3	11	18.3		
Toplam		60	100.0	60	100.0		

p<0.05 Ki Kare Analizi

Katılımcıların gruplara göre sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı tabloda verilmiştir. Kontrol grubunun yaş ortalaması 66.10 ± 9.15 olmakla birlikte %50'si 66 yaş ve altı, %50'si ise 66 yaş üstüdür. %53.3'ü kadın, %46.7'si erkektir. %85'i evli, %15'i bekar. Kontrol grubunun eğitim düzeyi incelendiğinde %50'sinin ilköğretim, %18.3'ünün ortaokul, %23.3'ünün lise, %8.3'ünün üniversite düzeyinde olduğu görülmektedir. %6.7'si çalışmakta ve %51.7'sinin geliri giderine denktir. %18.3'ünün sigara, %3.3'ünün alkol kullandığı görülmektedir. %72.7'sinin içilen sigara sayısına 1(bir paketten az), %27.3'ünün 2(bir paketten fazla), cevabı verdiği görülmektedir. Kontrol grubu katılımcılarının %63.3'ünün başka bir (komorbid) hastalığı olduğu görülmektedir. %73.3'ünün daha önce ameliyat olduğu, %35'inin ameliyat hakkında bilgi aldığı, %35'inin bu bilgiyi yeterli bulduğu görülmektedir. %86.7'sinin daha önce hastaneye yattığı görülmektedir.

Deney grubunun yaş ortalaması 66.10 ± 9.15 olmakla birlikte %41.7'si 66 yaş ve altı, %58.3'ü 66 yaş üstüdür. %51.7'si kadın, %48.3'ü erkektir. %93.3'ü evli, %6.7'si bekar. Deney grubunun eğitim düzeyi incelendiğinde %45'inin ilköğretim, %26.7'sinin ortaokul, %18.3'ünün lise, %10'unun üniversite eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir. %13.3'ü çalışmakta ve %53.3'ünün geliri giderine denktir. %13.3'ünün sigara, %3.3'ünün alkol kullandığı görülmektedir. %75'inin içilen sigara sayısına 1(bir paketten az), %25'inin 2(bir paketten fazla) cevabı verdiği görülmektedir. Deney grubu katılımcılarının %65'inin başka bir (komorbid) hastalığı olduğu görülmektedir. %76.7'sinin daha önce ameliyat olduğu, %28.3'ünün ameliyat hakkında bilgi aldığı, %28.3'ünün ameliyat hakkında verilen bilgiyi yeterli bulduğu görülmektedir. %81.7'sinin daha önce hastaneye yattığı görülmektedir.

Katılımcıların gruplarına göre demografik özelliklerinin homojenliğini test etmek için ki-kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, katılımcıların grupları ile demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve homojen dağıldığı görülmektedir ($p > 0.05$).

Tablo 2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları

Ölçek	Ölçüm Zamanı	Cronbach's Alfa
Durumluk kaygı	İşlem öncesi	0.958
	İşlem sonrası	0.974
Sürekli kaygı	İşlem öncesi	0.851

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları tabloda verilmiştir. Ölçek güvenirlikler hesaplanmış ve iyi derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.50'den büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir (149).

4.2. Hastaların Ölçeklerden Aldığı Puanlara İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol grubundaki hastaların işlem öncesi ve sonrası DKE, SKE puanları ve karşılaştırmaları Tablo 3 ve Tablo 4'te verilmiştir

Tablo 3. Katılımcıların gruplarına göre durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması

	İşlem Öncesi					İşlem Sonrası					Test Değeri	p
	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS		
Kontrol	20.00	80.00	37.00	40.43	15.31	20.00	80.00	46.00	50.43	16.44	-5.226***	0.000*
Deney	22.00	78.00	38.50	41.90	12.78	20.00	61.00	28.50	31.37	10.38	6.161***	0.000*
Test Değeri	-0.570**					7.597**						
p	0.570					0.000*						

Katılımcıların gruplarına göre durumluk kaygı puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, grup içi 2 bağımlı aşama karşılaştırılmasında ise bağımlı t testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların gruplara göre işlem sonrası durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kontrol grubunun durumluk kaygı puanlarının deney grubu katılımcılarına göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcılarının işlem öncesi durumluk kaygı puanları ile işlem sonrası durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kontrol grubu katılımcıların işlem sonrası durumluk kaygı puanlarının, işlem öncesinden daha fazla olduğu görülmektedir.

Deney grubu katılımcılarının işlem öncesi durumluk kaygı puanları ile işlem sonrası durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Deney grubu katılımcıların işlem öncesi durumluk kaygı puanlarının, işlem sonrasında daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların gruplarına göre sürekli kaygı puanlarının karşılaştırılması

	İşlem Öncesi				
	Min	Maks	Med	$\bar{X}$	SS
Kontrol	22.00	64.00	43.50	42.87	9.70
Deney	26.00	66.00	42.00	42.62	8.66
Test Değeri	0.149**				
P	0.882				

$p<0.05$, ** Bağımsız t testi

Katılımcıların gruplarına göre sürekli kaygı puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların gruplara göre işlem öncesi sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 5. Katılımcıların grup içi demografik özelliklerine göre işlem öncesi durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Kontrol		Deney	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş	66 yaş ve altı	37.60	12.41	40.24	12.32
	66 yaş üstü	43.27	17.50	43.09	13.14
	Test değeri	-1.447**		-0.849**	
	p	0.153		0.400	
Cinsiyet	Kadın	44.59	16.03	45.10	14.60
	Erkek	35.68	13.15	38.48	9.60
	Test değeri	2.334**		2.058**	
	p	0.023*		0.044*	
Medeni durum	Evli	39.47	15.26	42.07	13.19
	Bekâr	45.89	15.24	39.50	3.70
	Test değeri	-1.163**		0.386**	
	p	0.250		0.701	
Eğitim düzeyi	İlkokul	41.23	17.88	43.22	13.19
	Ortaokul	40.18	12.03	37.19	5.53
	Lise	40.14	14.43	48.82	18.21
	Üniversite	37.00	8.97	35.83	6.01
	Test değeri	0.109***		2.531***	
	p	0.955		0.066	
Meslek	Çalışıyor	36.25	19.14	37.00	7.91
	Çalışmıyor	40.73	15.17	42.65	13.26
	Test değeri	-0.562**		-1.669**	
	p	0.576		0.247	
Gelir durumu	Gelir giderden az (1)	42.48	13.22	41.91	11.19
	Gelir gidere denk (2)	41.90	16.28	41.69	14.48
	Gelir giderden fazla (3)	25.00	9.34	43.00	9.90
	Test değeri	3.710***		0.026***	
	p	0.031*		0.975	
	Bonferroni	1>3, 2>3			
Sigara kullanma durumu	Hayır	40.61	15.79	41.54	12.86
	Evet	39.64	13.57	44.25	12.79
	Test değeri	0.190**		-0.556**	
	p	0.850		0.581	
Alkol kullanma durumu	Hayır	40.45	15.55	42.06	12.96
	Evet	40.00	5.66	37.00	2.82
	Test değeri	0.040**		0.548**	
	p	0.968		0.586	
Başka bir (Komorbid) hastalık varlığı	Evet	44.45	15.75	42.67	11.64
	Hayır	36.95	14.18	40.48	14.85
	Test değeri	1.349**		0.630**	
	p	0.183		0.531	
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	40.93	15.06	41.04	12.31
	Hayır	39.06	13.38	44.71	14.32
	Test değeri	0.415**		-0.940**	
	p	0.679		0.351	
Ameliyat hakkında bilgi alma durumu	Evet	38.81	13.35	39.35	10.79
	Hayır	41.31	16.36	42.91	13.46
	Test değeri	-0.600**		-0.971**	
	p	0.551		0.336	
Ameliyatınız hakkında verilen bilgiyi yeterli bulma durumu	Evet	35.33	7.77	40.94	10.84
	Hayır	43.18	17.60	42.28	13.56
	Test değeri	-2.385**		-0.363**	
	p	0.020*		0.718	
Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet	41.09	15.47	40.92	12.08
	Hayır	36.12	14.41	46.27	15.39
	Test değeri	0.853**		-1.262**	
	p	0.397		0.212	

P<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların grup içi demografik özelliklerine göre işlem öncesi durumluk kaygı puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, kontrol ve deney grubu katılımcılarının cinsiyetlerine göre işlem öncesi durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kadın katılımcıların işlem öncesi durumluk kaygı puanlarının erkek katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcılarının gelir durumlarına göre işlem öncesi durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Gelir durumu gelir giderden az ve gelir gidere denk olan katılımcıların işlem öncesi durumluk kaygı puanlarının, gelir giderden fazla olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcılarının ameliyatı hakkında verilen bilgiyi yeterli bulma durumuna göre işlem öncesi durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Ameliyatı hakkında verilen bilgiyi yeterli bulmayan katılımcıların işlem öncesi durumluk kaygı puanlarının, bulan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların grup içi demografik özelliklerine göre işlem sonrası durumluk kaygı puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Kontrol		Deney	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş	66 yaş ve altı	50.60	15.51	32.72	10.04
	66 yaş üstü	50.27	17.58	30.40	10.66
	Test değeri	0.078**		0.851**	
	p	0.938		0.398	
Cinsiyet	Kadın	53.28	17.99	33.65	12.32
	Erkek	47.18	14.08	28.93	7.25
	Test değeri	1.448**		1.790**	
	p	0.153		0.079	
Medeni durum	Evli	49.94	16.02	31.27	10.21
	Bekâr	53.22	19.45	32.75	14.38
	Test değeri	-0.549**		-0.274**	
	p	0.585		0.785	
Eğitim düzeyi	İlkokul	53.43	14.48	33.15	11.83
	Ortaokul	44.55	15.34	26.94	6.02
	Lise	46.14	19.41	32.45	11.35
	Üniversite	57.40	19.05	33.17	9.54
	Test değeri	1.454***		1.361***	
	p	0.237		0.264	
Meslek	Çalışıyor	42.25	2.75	27.25	6.84
	Çalışmıyor	51.02	16.86	32.00	10.73
	Test değeri	-1.031**		-1.210**	
	p	0.307		0.231	
Gelir durumu	Gelir giderden az (1)	49.52	18.12	30.23	10.96
	Gelir gidere denk (2)	54.06	14.64	31.00	9.97
	Gelir giderden fazla (3)	35.17	9.60	37.50	9.93
	Test değeri	3.688***		1.208***	
	p	0.031*		0.306	
	Bonferroni	2>3			
Sigara kullanma durumu	Hayır	49.98	16.84	30.65	10.52
	Evet	52.45	15.06	36.00	8.60
	Test değeri	-0.448**		-1.366**	
	p	0.656		0.177	
Alkol kullanma durumu	Hayır	50.88	16.49	31.22	10.52
	Evet	37.50	9.19	35.50	3.54
	Test değeri	1.135**		-0.569**	
	p	0.261		0.571	
Başka bir (Komorbid) hastalık varlığı	Evet	50.76	17.95	31.38	11.17
	Hayır	49.86	13.81	31.33	8.99
	Test değeri	0.203**		0.018**	
	p	0.840		0.986	
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	50.57	17.94	30.78	10.61
	Hayır	50.06	11.81	33.29	9.71
	Test değeri	0.104**		-0.787**	
	p	0.917		0.434	
Ameliyat hakkında bilgi alma durumu	Evet	45.00	14.83	32.47	8.95
	Hayır	53.36	16.69	30.93	10.96
	Test değeri	-1.921**		0.515**	
	p	0.060		0.609	
Ameliyatınız hakkında verilen bilgiyi yeterli bulma durumu	Evet	42.52	12.18	32.59	9.04
	Hayır	54.69	16.97	30.88	10.93
	Test değeri	-2.902**		0.570**	
	p	0.005*		0.571	
Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet	50.06	16.88	30.22	10.41
	Hayır	52.88	13.86	36.45	8.96
	Test değeri	-0.448**		-1.834**	
	p	0.656		0.072	

Katılımcıların grup içi demografik özelliklerine göre işlem sonrası durumluk kaygı puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, kontrol grubu katılımcılarının gelir durumlarına göre işlem sonrası durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Gelir durumu gelir gidere denk olan katılımcıların işlem sonrası durumluk kaygı puanlarının, gelir giderden fazla olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcılarının ameliyatı hakkında verilen bilgiyi yeterli bulma durumuna göre işlem sonrası durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Ameliyatı hakkında verilen bilgiyi yeterli bulmayan katılımcıların işlem sonrası durumluk kaygı puanlarının, bulan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların grup içi demografik özelliklerine göre işlem öncesi sürekli kaygı puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler		Kontrol		Deney	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş	66 yaş ve altı	39.77	8.95	40.92	9.40
	66 yaş üstü	45.97	9.57	43.83	8.01
	Test değeri	-2.592**		-1.290**	
	p	0.012*		0.202	
Cinsiyet	Kadın	46.50	9.76	45.26	8.81
	Erkek	38.71	7.93	39.79	7.68
	Test değeri	3.360**		2.554**	
	p	0.001*		0.013*	
Medeni durum	Evli	42.80	9.89	42.91	8.70
	Bekâr	43.22	9.09	38.50	8.06
	Test değeri	-0.118**		0.984**	
	p	0.906		0.329	
Eğitim düzeyi	İlkokul	43.93	10.63	43.70	8.48
	Ortaokul	44.82	6.82	42.38	5.78
	Lise	39.93	10.00	41.91	12.16
	Üniversite	40.40	8.44	39.67	9.87
	Test değeri	0.796**		0.390**	
	p	0.501		0.761	
Meslek	Çalışıyor	38.25	17.86	38.25	6.20
	Çalışmıyor	43.20	9.05	43.29	8.83
	Test değeri	-0.985**		-1.550**	
	p	0.329		0.127	
Gelir durumu	Gelir giderden az	45.83	8.70	42.50	7.53
	Gelir gidere denk	42.81	9.34	42.78	9.34
	Gelir giderden fazla	31.83	8.26	42.17	10.30
	Test değeri	5.745***		0.015***	
	p	0.005*		0.985	
	Bonferroni	1>3, 2>3			
Sigara kullanma durumu	Hayır	43.55	9.92	42.56	8.05
	Evet	39.82	8.39	43.00	12.65
	Test değeri	1.156**		-0.133**	
	p	0.252		0.894	
Alkol kullanma durumu	Hayır	42.90	9.81	42.62	8.59
	Evet	42.00	8.49	42.50	14.85
	Test değeri	0.127**		0.019**	
	p	0.899		0.985	
Başka bir (Komorbid) hastalık varlığı	Evet	43.92	9.94	45.03	8.22
	Hayır	41.05	9.21	38.14	7.79
	Test değeri	1.108**		3.150**	
	p	0.272		0.003*	
Daha önce ameliyat olma durumu	Evet	42.82	10.10	42.80	8.44
	Hayır	43.00	8.83	42.00	9.66
	Test değeri	-0.064**		0.302**	
	p	0.949		0.764	
Ameliyat hakkında bilgi alma durumu	Evet	43.86	10.18	39.94	8.27
	Hayır	42.33	9.53	43.67	8.68
	Test değeri	0.577**		-1.521**	
	p	0.566		0.134	
Ameliyatınız hakkında verilen bilgiyi yeterli bulma durumu	Evet	41.86	9.29	41.24	7.65
	Hayır	43.41	10.00	43.16	9.06
	Test değeri	-0.588**		-0.774**	
	p	0.559		0.442	
Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet	43.02	9.96	42.88	8.17
	Hayır	41.88	8.31	41.45	10.99
	Test değeri	0.308**		0.489**	
	p	0.759		0.627	

Katılımcıların grup içi demografik özelliklerine göre işlem öncesi sürekli kaygı puanlarını karşılaştırmak için iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, kontrol grubu katılımcılarının yaşlarına göre işlem öncesi sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). 66 yaş üstü olan katılımcıların işlem öncesi sürekli kaygı puanlarının, 66 yaş ve altı olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcılarının gelir durumlarına göre işlem öncesi sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Gelir durumu gelir giderden az ve gelir gidere denk olan katılımcıların işlem öncesi sürekli kaygı puanlarının, gelir giderden fazla olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Deney grubu katılımcılarının başka bir (komorbid) hastalık varlığına göre işlem öncesi sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Başka bir (komorbid) hastalığı olan katılımcıların işlem öncesi sürekli kaygı puanlarının olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

5.TARTIŞMA

Katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma ile elde edilen bulgular tartışılmaktadır. Bu araştırmada anksiyete düzeyini değerlendirmede durumluk, sürekli kaygı ölçeği kullanıldı (Ek 2).

Belirli bir anda olumsuz durumlarla doğrudan ilişkili psikolojik ve fizyolojik geçici tepkileri yansıtan, özel bir durumu tehdit olarak algılayan bireyin verdiği tepki, durumluk anksiyetesidir (114).

Çalışmamda araştırmaya katılan deney grubundaki hastaların ön test DKE puan ortalaması 41.90 ± 12.78 , son test DKE puan ortalaması 31.37 ± 10.38 ve kontrol grubundaki hastaların ön test DKE puan ortalaması 40.43 ± 15.31 , son test DKE puan ortalaması 50.43 ± 16.44 olarak tablo 3'te belirtilmiştir.

Çalışmada deney ve kontrol gruplarının ön test-son test DKE puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastaların ses kayıt yöntemiyle verilen eğitime katılan deney grubunun DKE puan ortalamasında azalma, kontrol grubunda olan hastalar ise DKE puan ortalamalarında artış olduğu tespit edilmiştir. Deney grubunda uygulanan ses kayıt yöntemiyle yapılan eğitimin DKE puan ortalamasındaki azalmanın anlamlı olması işitsel verilen eğitimin durumluk anksiyete üzerine olumlu etki ettiğini göstermektedir. Kontrol grubundaki artış istatistiksel olarak anlamlı olması da ameliyat saati yaklaştıkça hastaların yaşadıkları anksiyeteyi yönetmekte güçlük çektiğini düşündürmektedir.

Katarakt cerrahisinde ameliyat öncesi eğitimde pek çok farklı eğitim stratejisi kullanılabilir. Örneğin video eğitiminin preoperatif eğitim sürecine dahil edilmesi yarar sağlamaktadır. Multimedya destekli eğitim hastanın bilgilerini daha iyi hatırlamasını ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlar (150). Bu yöntem aynı zamanda anksiyeteyi azaltmakta etkili bir yöntemdir (144, 151, 152).

Okyay (2018) 114 hastayla yaptığı çalışmada; ameliyat öncesi eğitim verilen deney grubundaki hastaların durumluk anksiyete puan ortalaması 31.754 ± 6.406 , eğitim verilmeyen kontrol grubundaki hastaların durumluk anksiyete puan ortalaması 50.193 ± 8.576 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlam bulunmaktadır ($p=0.000$) (16). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Özlü ve ark. (2016) 100 hastayla yaptıkları çalışmada, ameliyat öncesi eğitimin hastaların anksiyete düzeyine etkisini incelemişlerdir. Kontrol grubunun Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri ön test puan ortalaması 53.30 ± 7.02 ; son test puan ortalaması 27.54 ± 3.25 'tir. Ön test puanı son test puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ancak, kontrol ve deney gruplarının son test puanları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$) Bu çalışmaya göre, katarakt cerrahisi öncesi verilen planlı, eğitici ve bilgilendirici hasta eğitimi ve hemşirelik bakımının hastaların anksiyete düzeylerine anlamlı etkisi bulunmaktadır. Bu sonuç, çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir (153).

Pager'in (2005) 141 hastayla yaptığı çalışmada kontrol grubunda yer alan 68 hastaya kataraktın anatomisini içeren bir video izletilmiştir. Deney grubundaki 73 hastaya ise katarakt anatomisinin yanında hastaneye yatıştan taburculuğa kadar kayıt, ameliyat önlüğü giyilmesi, göz damlası damlatılması, ameliyathaneye transfer, ameliyat sonrası dönem gibi bilgileri içeren bir video izletilmiştir. Yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur (144). Bu bulgu çalışmamızı desteklemektedir.

Ahmed ve ark. (2019) 200 hastayla yaptıkları çalışmada kontrol grubundaki 100 hastaya rutin müdahaleler yapılırken, deney grubundaki 100 hastaya bilgilendirici bir video gösterilmiştir. Kontrol grubu puan ortalaması 45.5 ± 21.4 ; deney grubunun puan ortalaması 11.2 ± 11.4 arasında ortalama vizüel analog skala (VAS) kaygı puanları arasında anlamlı bir fark vardır ($p < 0.001$). Bu sonuca göre katarakt cerrahisinde izletilen eğitici bir video, ameliyat öncesi anksiyeteyi azaltmada etkilidir (151). Çalışma bulguları benzerlik göstermektedir.

Kekecs ve ark. (2014) katarakt cerrahisi geçiren 84 hastayla yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi eğitim ve olumlu terapötik önerilerin kombinasyonunun perioperatif dönemdeki anksiyete üzerine etkisini incelemek amacıyla kontrol grubundaki 42 hastaya rutin müdahaleler yapılırken, deney grubundaki 42 hastaya ameliyatla ilgili bilgi ve rahatlatıcı imgeler içeren bir ses CD'si dinletilmiştir. Çalışma sonucuna göre deney grubundaki hastaların anksiyete düzeyi daha düşük bulunmuştur ve hastalar ameliyatta daha işbirlikçi davranışlar sergilemiştir (18). Çalışma sonucu, araştırmamızın bulgularıyla örtüşmektedir.

Tipotsch-Maca ve ark. (2016) 123 hastayla yapılan çalışmada; durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki kaygı türünü ölçen Durumluk Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Kontrol grubundaki 64 hastayla standart görüşme yapılırken, deney grubundaki 59 hastaya standart görüşmenin yanında bilgilendirici bir animasyon video izletilmiştir. Her iki grupta da durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri yüksektir. Aynı zamanda hastalara katarakt cerrahisiyle ilgili bilgileri içeren 10 soruluk bir test uygulanmıştır. Verilen bilgileri hatırlama oranı kontrol grubunda %72, deney grubunda %82 bulunmuştur. Bu sonuca göre animasyon izletilen hastaların bilgileri hatırlamada daha iyi oldukları söylenebilir. Çalışmaya göre, bilgilendirici animasyon hasta memnuniyeti oranını da yükseltmiştir. Ancak, animasyonun anksiyete düzeyi üzerine etkisi önemsiz derecede bulunmuştur. Ayrıca bu çalışma, katarakt cerrahisi geçirecek hastaların ön görülenden daha yüksek seviyede anksiyeteye sahip olduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda, katarakt cerrahisi hastalarında hastanın anksiyete düzeyi, ameliyattan önce psikolojik hazırlığı ve bilgi seviyesi gibi konulara önem verilmesi gerektiği sonucu çıkarılabilir (154).

Zhang ve ark. (2019) tarafından 75 hastayla yaptıkları çalışmada; kontrol grubundaki 38 hastayla standart görüşme yapılırken, deney grubundaki 37 hastaya standart görüşmenin yanında eğitici video desteği verilmiştir. Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrasındaki değerlendirmelerde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak, ameliyat gününde deney grubundaki hastalar kontrol grubuna göre daha düşük seviyede anksiyete bildirmişlerdir ($p<0.0001$). Ameliyat günü yapılan değerlendirme sonuçları, analizimizin bulgularıyla uyumaktadır. Ayrıca her iki gruba da ameliyat öncesi, ameliyat günü ve ameliyat sonrası birinci haftada 12 soruluk bir bilgi hatırlama testi yapılmıştır. Deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre bilgi saklama oranı ameliyat öncesi yapılan testte anlamlı olarak farklı bulunamamıştır fakat ameliyat günü ve ameliyat sonrası dönemde bu anlamda önemli farklılık vardır (152).

Katarakt cerrahisinde ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek amacıyla kapsamlı bir taburculuk eğitimi verilmelidir. Hastalar reçete edilen göz damlalarını bir başkasının yardımıyla veya kendi başlarına yapmak durumundalardır. Tedaviye uyumsuzluk durumunda iyileşmenin gecikmesi yanında gözde enfeksiyon gelişmesi gibi çeşitli komplikasyonlar görülebilir (155, 156). Ameliyat sonrası tedaviye uyum ve cerrahi işlemin sonuçlarının iyileştirilmesi amacıyla tele sağlık/hemşirelik uygulamalarının kullanıldığı çalışmalar mevcuttur (83, 157).

Dıgın ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada; kontrol grubunda yer alan 41 hastaya klinik hemşireleri tarafından standart uygulamalar yapılırken, girişim grubundaki 41 hastaya taburculuk eğitiminin yanında evde bir hafta boyunca takip edecekleri göz damlalarını uygulama dozu ve zamanını içeren ve klinik hemşireleri tarafından bireyselleştirilip hastalara açıklanan bir ilaç takip tablosu verilmiştir. Aynı zamanda 42 bu gruptaki hastalara bir hafta boyunca hatırlatma SMS gönderimi yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, girişim grubundaki hastaların anksiyete puanları kontrol grubuna göre daha düşüktür (156). Çalışma sonuçları, analiz sonuçları ile örtüşmektedir.

Durumluk Sürekli Kaygı teorisindeki görüşlerde, stresli bir olayla karşılaşıldığında değişebileceğini belirten durumluk kaygı olduğu, kişilik özelliği olarak bilinen ise sürekli kaygı olduğu belirtilmektedir (158). Sürekli kaygı düzeyi kişinin sadece var olan durumundan değil, bireyin özelliği, hayat yaşam tarzı gibi koşullardan da etkilenmektedir. Bireyin bulunduğu durum ve şartlardan bağımsız olarak genelde kendini nasıl hissettiğini belirlediği için, daha uzun süreli hastaların anksiyete durumlarını değerlendirmede etkili olduğu savunulmuştur (114, 158). Bu çalışmada sürekli anksiyete düzeyi sadece girişim öncesi, durumluk anksiyetesi ise girişim öncesi ve sonrası şeklinde değerlendirildi. Çalışma kısa bir süreçten geçtiği ve kısa süreli değerlendirme yapılmasıyla sürekli anksiyete düzeyinde girişim öncesi, deney ve kontrol grubundaki katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p < 0.882$).

Karabulut ve Bahçeli'nin lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların progresif gevşeme egzersizlerinin anksiyete, ağrı ve uyku kalitesine etkisi isimli 97 hastada uygulanan deneysel bir araştırmada sürekli kaygı puan ortalamasının deney ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üçüncü gün sürekli kaygının istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (158).

Katarakt gelişimi çok sayıda risk faktöründen biri ise yaşıdır. Yaşlanma sonucunda lensin opaklaşması artar ve lensin uyum özelliği azalır. Bu durum sonucunda ışığı retinaya iletme ve uyum yapması zorlaşır. Abacıoğlu'nun çalışması incelendiğinde katarakt operasyonu olacak 60 yaş üzeri hastaların fazla olduğu saptamıştır. Oymağaçlıo çalışmasında ise katarakt operasyonu planlanan 60 yaş üzeri hastaların sayısı 128 olup çalışma grubunun %60.7' sini oluşturmaktadır. Çalışmalar sonucunda görülmektedir ki ilerleyen yaşlarda lensin opaklaşmasıyla birlikte görme bozulmakta ve katarakt operasyonu planlanan hastaların sayısı yaşa bağlı artış göstermektedir (39, 159).



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

Deney grubunun ön test DKE puanının 41.90 ± 12.78 , son test DKE puanının 31.37 ± 10.38 ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.000$); kontrol grubunun ön test DKE puanının 40.43 ± 15.31 , son test DKE puanının 50.43 ± 16.44 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.000$); Deney grubunun ön test SKE puanının 42.62 ± 8.66 olduğu ve kontrol grubunun ön test SKE puanının 42.87 ± 9.70 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p=0.882$) tespit edilmiştir.

Sonuç olarak katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan hasta eğitiminde sürekli anksiyetesinde bir fark oluşturmazken durumluk anksiyetesi üzerinde olumlu etki oluşturduğu saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Katarakt ameliyatı öncesi hastaların durumluk-sürekli anksiyete düzeyleri belirlenip anksiyeteye neden olan faktörlerin incelenmesi,
- Ameliyat öncesi hastalara verilen klasik eğitimin ameliyathane sürecini ve ortamı konularına da yer verilmesi,
- Standart eğitim yöntemleri hasta eğitiminde kullanılarak geliştirilmesiyle, multimedya destekli kişisel, görsel hem işitsel hem görsel eğitim materyallerinin kullanılması,
- Eğitimde multimedya destekli materyallerin kullanılması için uygun ortam ve olanakların sağlanması,
- Hastaların anksiyete düzeylerinin nedenleri belirlenip, önleyici ve koruyucu girişimlerde bulunulacak araştırmaların yapılması ve araştırmaların sayısının artırılması,
- Hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde hastaları bilgilendirme konusunda kişisel gelişimine katkı sağlayacak eğitimlerle destek olmasını önermekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Erduman C, Mutlu FM, Civelekler M, Uysal Y, Mumcuoğlu T. Tek gözlü hastada katarakt cerrahisi sonuçları. *Glokom-Katarakt*, 1(4), 2006.
2. Erdil F, Özhan Elbaş N. Göz hastalıkları ve hemşirelik bakımı. *Cerrahi Hastalıkları hemşireliği*. 5.baskı, Aydoğdu Ofset, 589-636, Ankara, 2012.
3. Dünya Sağlık Örgütü (2022) Körlük ve Görme Bozukluğu. Erişim adresi: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment> Erişim tarihi: 10 Haziran 2023.
4. Kanski, JJ, Bowling B. Klinik Oftalmoloji: Sistematik Bir Yaklaşım. (Y. Akova, O. Dönmez, Çev.) Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2020.
5. Chan WH, Biswas S, Ashworth JL, Lloly IC. Congenital and infantile cataract: aetiology and management. *Eur J Pediatr* 171(4):625-630, 2012.
6. Lee CM, Afshari NA. The global state of cataract blindness. *Curr Opin Ophthalmol* 28(1):98-103, 2017.
7. Khairallah M, Kahloun R, Bourne R, Limburg H, Flaxman SR, Jonas JB, Keefe J, Leasher J, Naidoo K, Pesudovs K, Price H, White RA, Wong TY, Resnikoff S, Taylor HR. Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Number of people blind or visually impaired by cataract worldwide and in world regions, 1990 to 2010. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 56(11):6762-6769, 2015.
8. Davis G. The Evolution of Cataract Surgery. *Missouri Medicine* 113(1):58-62, 2016.
9. Sharma B, Abell RG, Arora T, Antony T, Vaipayee RB. Techniques of anterior capsulotomy in cataract surgery. *Indian Journal of Ophthalmol* 67(4):450, 2019.
10. Li X. Application of evidence-based nursing in patients after cataract surgery and its impacts on visual acuity recovery and psychological status. *Am J Transl Res* 13:9784-9, 2021.
11. Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Driöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz U. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2(17):87-93, 2007.

12. Sadock BJ, Sadock VARP. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. In Wolter Kluwen/Lippincott Williams &Wilkins, pp. 387-92, 2016.
13. Çilingir D, Bayraktar N. Information requirements and difficulties experienced after discharge in day surgery patients: a descriptive cross-sectional survey. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 31(1):164-175, 2011.
14. Shi C, Yuan J, Zee B. Pain Perception of the First Eye versus the Second Eye during Phacoemulsification under Local Anesthesia for Patients Going through Cataract Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Ophthalmology 2019:4106893, 2019.
15. Karakovan, A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitapevi, Adana, 2011.
16. Okyay M. Ameliyat Öncesi Eğitim Yapılan Katarakt Hastaları ile Eğitim Yapılmayan Katarakt Hastalarının Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
17. Morrell G. Effect structured preoperative teaching on anxiety levels of patients scheduled for cataract surgery. *Insigh-the Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses* 26 (1):4-9, 2001.
18. Kekecs Z, Jakubovits E, Varga K. Gombos K. Effects of patient education and therapeutic suggestions on cataract surgery patients: a randomized controlled clinical trial. Patient Education and Counseling 94(1):116-122, 2014.
19. Allen D, Vasavada A. Cataract and surgery for cataract. Bmj 333(7559):128-132, 2006.
20. Linebarger EJ, Hardten DR, Shah GK, Lindstrom RL. Phacoemulsification and Modern Cataract Surgery, Survey of Ophthalmology 44 (2):123-147, 1999.
21. Halıcı H, Çilesiz İ, Elçioğlu M. Yeni bir fakoemülsifikasyon cihazı tasarımı ve uygulanması, İtü Dergisi/d 5(1):15-26, 2008
22. Utlu B, Akyol Salman İ, Öztürk N. Pigment epithelial-derived factor in the lens anterior capsule of patients with senile cataract with pseudoexfoliation. Clinical and Experimental Optometry 103(2):207-211, 2019.
23. Taseer Z, Khan MA, Afzal S, Gillani SA, Sarwar S. Cataract; diabetes and smoking as a major risk factor for cataract in the community population of residents of lahore cantt. Professional Medical Journal 26(2):229-241, 2019.

24. Singh S, Pardhan S, Kulothungan V, Swaminathan G, Ravichandran JS, Ganesan S, Raman R. The prevalence and risk factors for cataract in rural and urban India. *Indian journal of ophthalmology* 67(4):477, 2019.
25. World Health Organization (WHO). 2019 World report on vision. Erişim Adresi:<https://www.iapb.org/wp-content/uploads/world-vision-report-accessible1.pdf> Erişim tarihi: 10.05.2023.
26. Gözoğlu S.H. Mikroinsizyonel katarakt cerrahisi ile lens ekstraksiyonu ve arka kamara göz içi lense yerleştirilmesi sonrası postoperatif sonuçların incelenmesi. T.C İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, 2006.
27. Helvacioğlu F. Konvansiyonel ve bimanuel mikroinsizyonel fakoemülsifikasyon cerrahilerinin sert kataraktlardaki sonuçları. T.C Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, 2007.
28. Meyer D, Liebenberg P. Cataract Etiology: A Comprehensive Review. Agarwal S, Agarwal A, Apple DJ, Buratto L, Alio JL, Pandey SK (Eds.). *Textbook of ophthalmology* (s. 1587-1619), New delhi: Jaypee brothers md ltd, 2002.
29. Özçetin H. Katarakt Cerrahisinin Tarihçesi. Katarakt ve tedavisi. 1.baskı, s.93-136, SCALA yayıncılık, İstanbul, 2005.
30. Jick S. Basic and Clinical Science Course: Lens and Cataract. American Academy of Ophthalmology, 2020.
31. Ascaso FJ, Huerva V. The history of cataract surgery. Vol.6, chapter, 2013.
32. Blumenthal M, Grinbaum A, Assia El. Preventing expulsive hemorrhage using an anterior chamber maintainer to eliminate hypotony. *Journal of Cataract Refractive Surgery* 23(4):476-479, 1997.
33. Clayman HM. Evolution and current status of cataract surgery, *Ophthalmic surgery principles and techniques*, Blackwell Science, Inc, vol.2, chapter, 21:250-56, 1999.
34. Drews RC. Two million intraocular lenses. Editör: Stark W, Terry AC, Maumenee AE, *Anterior segment surgery*. 1 st edition. Williams and Wilkins, Baltimore, 15-9, 1987.
35. Clayman HM. İntraocular lenses. Editör: Albert DM, *Ophthalmic surgery: principles and techniques*. 1 st edition, Blackwell science inc, pp. 327-334, USA, 1999.

36. Kelman CD. The history and Development of Phacoemulsification. International ophthalmology Clinics 34(2):1-12, 1994.
37. Özçetin H. Guncel katarakt cerrahisi. Katarakt ve tedavisi. 1.baskı, s. 299-390 SCALA yayıncılık, İstanbul, 2005
38. Urlu D.N. Psödoeksfolyatif sendromlu katarakt olgularının fakoemülsifikasyon cerrahisinde kapsül germe halkası uygulanması. T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Tezi, 2005.
39. Abacıoğlu S. Katarakt cerrahisi yapılacak hastalarda 1. ve 2. göz cerrahileri öncesi, hastaların endişe düzeylerinin araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009
40. Kaymakçı Ş. Göz Hastalıkları. Editör: Karadakovan A, Eti Aslan F, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında bakım. 3.Baskı, s.1071-1073, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2014.
41. National Eye Institute 2017. Erişim Adresi: https://nei.nih.gov/health/cataract/cataract_facts Erişim Tarihi: 16.05.2023.
42. Chang, AY, Skirbekk, VF, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman, JL. Measuring population ageing: an analysis of the global burden of disease study 2017. Lancet Public Health 4(3):159-167, 2019.
43. Crabtree H, Hildreth A, O'connell J, Phelan P, Allen D, Gray C. Measuring visual symptoms in British cataract patients: the cataract symptom scale. British journal of ophthalmology 83(5):519-523, 1999.
44. Ayan T. Yeni nesil memorylens göz içi lenslerinde arka kapsül kesafet gelişimi. T.C Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
45. Shankar H, Pesudovs K. Critical flicker fusion test of potential vision, Journal of Cataract Refractive Surgery 33(2):232-239, 2007
46. Vianya-Eatopa M, Douthwaite WA, Noble BA, Elliott DB. Capabilities of potential vision test measurements: clinical evaluation in the presence of cataract or macular disease, Journal of Cataract Refractive Surgery 32(7):1151-1160, 2006.
47. Karel F, Aydın P, Akova A. Lens ve hastalıkları Temel Göz Hastalıkları. 1.baskı, s.200-201, Günes Kitabevleri, Ankara, 2001.

48. Kessel L, Aandersen J, Erngaard D, Flesner P, Tendal B, Hjortdal J. Indication for cataract surgery. Do we have evidence of who will benefit from surgery? A systematic review and meta-analysis. *Acta Ophthalmologica* 94(1):10-20, 2016.
49. Balley RS. Katarakt, 5 dakikada göz hastalıklarının teşhisi (Çev. Torun Acar B) Ayrıntı Basım ve Yayıncılık, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2015.
50. Akça P.G. Matür Kataraklı Olgularda Fakoemülsifikasyon Cerrahisi + İol İmplantasyonu Öncesi ve Sonrası Ön Segment Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2017.
51. Gülşen M. Günübirlık cerrahi ile katarakt ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitimi ile telefonla hasta izleminin hastaların iyileşme sürecine ve günlük yaşam aktivitelerine etkisinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2018.
52. Karel F, Işıkçelik Y, Takmaz T. Lens metabolizması ve katarakt gelişim mekanizmaları. *Türkiye Klinikleri J Oftalmol* 6(1):50-6, 1997.
53. Arıkan İ, Dallar Y, Hızal S, Tanyer G, Çağlayan A. Konjenital kataraklı olguların etyoloji yönünden değerlendirilmesi. *Klinik Bilimler & Doktor Dergisi* 5(4):514-516, 1999.
54. Cömerter D. Bilateral konjenital kataraklı olgularda cerrahi tedavi ve takip sonuçlarımız. T.C Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2017.
55. Recep ÖF, Hasıripi H. Çocukluk çağı kataraktlarında tedavi ve görsel rehabilitasyon, *Oftalmoloji Dergisi* 3(2):153-60, 1994.
56. Alaçamlı G, Esgin H, Gürlü V, Bengüdeni N, Benian Ö, Alimgil, Erda S. Trakya bölgesindeki doğumsal ve gelişimsel katarakt olgularında cerrahi tedavi ve prognoz. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi* 8(2):132-140, 2021.
57. Sheeladevi S, Lawrenson JG, Fielder AR, Suttle CM. Global prevalence of childhood cataract: a systematic review. *Eye* 30(9):1160-1169, 2016.
58. Khandekar R, May W, Alasbalı T. Indicators for monitoring cataract surgery outcomes; evolution and importance. *Nepalese Journal of Ophthalmology* 7(1):3-7, 2015.

59. Dadacı Z, Borazan M, Öncel Acır N. Pain Perception in Phacoemulsification with Topical Anesthesia and Evaluation of Factors Related with Pain. *Turk J Ophthalmol* 46(4):151–155, 2016.
60. Kamath SJ, John, TA, Jayanthi K. Clinical Profile of Congenital and Developmental Cataract in a Tertiary Care Centre of Southern India. *Journal of Clinical & Diagnostic Research* 12(9), 2018.
61. Ağca A, Eltutar K, Doğan M, Altan T, Gürkan S. Konjenital Kataraktlar: Etiyoloji, Hastaya Yaklaşım ve Cerrahi Prosedür. *Glokom-Katarakt/Journal of Glaucoma-Cataract* 6(3), 2011.
62. Zhang C, Wu P, Wang L, Gao J, Huang X, Jiang Y. Bilateral congenital macular coloboma and cataract: A case report. *Medicine* 98(11), 2019.
63. Astiazarán MC, García Montaña LA, SánchezMoreno F, Matiz Moreno H, Zenteno JC. Next generation sequencingbased molecular diagnosis in familial congenita cataract expands the mutational spectrum in known congenital cataract genes. *American Journal of Medical Genetics Part A* 176(12):2637-2645, 2018.
64. Bayraktar Ş, Cebeci Z, Gözüml N, Gücükoğlu A. Senil Kataraktı Olan Hastalarda Operasyon Öncesi ve Sonrası Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 79(2):54-60, 2016.
65. Aslan Bayhan S, Bayhan HA, Küçük B. Katarakt cerrahisi geçirmiş olan hastalarda gözyaşı osmolaritesi ve meibografinin değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi* 11(1):29-33, 2021.
66. Aslan BS. Katarakt ve Göziçi Lensi Cerrahisi. Ed: O'Dwyer PA, Akova YA, Temel göz hastalıkları. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2015.
67. Birer Z. Katarakt ameliyatı esnasında uygulana terapötik dokunmanın anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2015.
68. Duman M. Fakoemülsifikasyon sırasında arka kapsül yırtığı gelişmesi sonrası arka kamara göz içi lensi uygulanan olgularımızın klinik sonuçları. T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006

69. Güllülü Z. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki asistan doktorların fakoemülsifikasyon cerrahisi öğrenim eğrilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa, 2021.
70. Karel F. Lens hastalıkları. Ed: O'Dwyer PA, Akova YA, Temel göz hastalıkları. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2015
71. Koban Y, Koç M, Çağatay HH. The common cause of visual impairment and blindness among an elderly population in the province of kars. Kafkas Journal of Medical Sciences 8(1):39-44, 2018.
72. 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.
73. O'Dwyer PA. The Eye M.D Association. American Academy of Ophtalmology Lens ve katarakt. 11:43-50, Güneş kitapevi, Ankara, 2008-2009.
74. Karini B. Kataraktlı olgularda fakoemülsifikasyon sonrası göz içi lenslerinin görsel ve refraktif sonuçlarının, kontrast duyarlılık değişiklerinin, arka kapsül opasifikasyonu ve residüel astigmatizmanın karşılaştırılması. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2017.
75. Stambolian D. Galactose and cataract. Survey of Ophthalmol 32(5):333-349, 1988.
76. Stevens RE, Datiles MB, Srivastava SK, Ansari NH, Maumenee AE, Stark WJ. Idiopathic presenile cataract formation and galactosaemia. British Journal of Ophthalmology 73(1):48-51, 1989.
77. Kılıç A, Çağlar Ç, Çinal A, Yaşar T, Demirok A, Gül A. Yetişkinlerde travmatik katarakt cerrahisi sonuçlarımız. Tıp Araştırmaları Dergisi 5(3):125-128, 2007.
78. Eren MH. Travmatik kataraktlarda zamanlama, biyometri, göz içi merceği seçimi, komplikasyonlar ve diğer problemler. Turk Journal Ophthalmol 42(1):31-35, 2012.
79. Kanski JJ. Klinik oftalmoloji. 4. baskı, 157-182, Nobel tıp kitapevi, İstanbul, 2007.
80. Polat N, Özer AM, Parlakpınar H, Vardı N, Gündüz A, Çolak C. Deneysel Travmatik Katarakt Modelinde Aposinin Etkinliğinin Araştırılması. Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 4(26):253-257, 2017.

81. Bormusov E, Reznick AZ, Dovrat A. Potential protection by antioxidants of the action of tobacco smoke on the metabolism of cultured bovine lenses. *Metabolomics* 3(124):2153-0769, 2013.
82. Lyle BJ, Mares-Periman JA, Klein BEK, Klein R, Greger JL. Antioxidant intake and risk of incident age-related nuclear cataracts in the Beaver Dam Eye Study. *American Journal of Epidemiology* 149(9):801-809, 1999.
83. Lim SG, Lim AC, Wong XJ. Patient's level of satisfaction with nurseled telephone follow-up after cataract surgery at a private eye specialist centre in Penang Nursing Division, School of Health Sciences, International Medical University 12(2):4-13, 2018.
84. Çavdar A. Katarakt Ameliyatı Öncesi Yapılan El Masajının Hasta Anksiyetesi ve Konforuna Etkisi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2016
85. Brunet S, Anadanovi V, Babi N, Miljkovi A, Jovanovi S, Bariši S. Dry eye syndrome and cataract surgery. *Medicinski pregled* 72(3-4):105-109, 2019.
86. Helvacolu F, Şencan S, Tunç Z, Uyar OM, Kapran Z. Katarakt ve güncel tedavi yaklaşımları. *Maltepe Tıp Dergisi* 6(1), 2014.
87. Aslam T, Muhammad R, Qamar R, Muhammad R, Siyal NA. Cataract surgery? Is topical anesthesia for alls a future cataract surgery? A comparison between topical & retrobulbar anesthesan terms of pain during cataract surgery. *Professional Medical Journal* 22(8):1096-1100, 2015.
88. Alam M, Saleem M. sub conjunctival versus perbulbar local anaesthesia in cataract surgery. *Gomal Journal of Medical Sciences* 9(1):128-130, 2011.
89. Apil A, Kartal B, Ekinci M, Cagatay HH, Keles S, Ceylan E, Cakici O. Topical anesthesia for cataract surgery: the patients' perspective. *Pain research and treatment*, 2014.
90. Rezeq A. Comparison between Local and General Anesthesia in Cataract Surgery. *Middle East Journal of Internal Medicine* 63(266):1-3, 2010.
91. Canadanovi V, Latinovi S, Babi N, Miljkovi A, Grkovi D, Bariši S. Vision related problems after cataract surgery. *Medicinski pregled* 70(9-10):307-311, 2017.

92. Aydın R, Özbek M, Erdur Karaman S, Özsütçü M, Karahan E. Is there any relationship between phacoemulsification parameters and increased second eye pain complaint? *Journal of Istanbul Faculty Medicine* 81(3):71-76, 2018.
93. Erdurmuş M, Simavlı H, Aydın B. Cataracts: An Overview. *Handbook of Nutrition, Diet and the Eye*. s. 231-244, 2019.
94. Bengisu Ü. Göz Hastalıkları. Palme Yayıncılık, Ankara, 2016.
95. Martin MJG, Gomez RG, Catalan RG, Herrador MA, Gallardo JM. Clinical practice variation in cataract surgery. *Arch Soc. Esp Oftalmol* 90(5):220–232, 2015.
96. Mayal H. Mini-nuk Yöntemi ile Katarakt Cerrahisi Nasıl Ortaya Çıktı, Nasıl Gelişti? *Türkiye Klinikleri Ophthalmology-Special Topics* 10(3):217-220, 2017.
97. Saif MYS, Saif ATS, Abd El-Khalek MO, Mahran W. Dry eye changes after phacoemulsification and manual small incision cataract surgery (MSICS). *Int J Ophthalmol Eye Res* 4(2):184-191, 2016.
98. Jayshree MP, Shivkumar H, Monalisha P, Mallikarjun SA. Prospective study of Dry Eye after manual Small Incision Cataract Surgery in rural population of Bagalkot. *Journal of Clinical Research Ophthalmol* 4(1):25-29, 2017.
99. Chen X, Yuan R, Chen X, Sun M, Lin S, Ye J, Chen C. Hypnosis intervention for the management of pain perception during cataract surgery. *Journal of pain research* 1921-1926, 2018.
100. Chaudhary M, Dahal HN. Prevalence and types of corneal astigmatism in patients undergoing cataract surgery. *Journal of Institute of Medicine* 39(1):22-28, 2017.
101. Porela-Tiihonen S, Kaarniranta K, Kokki M, Purhonen S, Kokki H. A prospective study on postoperative pain after cataract surgery. *Clinical ophthalmology (Auckland, NZ)*, 7, 1429, 2013.
102. Shalchi Z, Okada M, Whiting C, Hamilton R. Risk of Posterior Capsule Rupture During Cataract Surgery in Eyes With Previous Intravitreal Injections. *Am J Ophthalmol* 177, 77-80, 2017.
103. Çelik G, Sanisoğlu H. Katarakt Cerrahisi Sonrası Endoftalmiyi Önlemede Ön Kamaraya Sefuroksim ile Moksifloksasin Uygulamasının Karşılaştırılması. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni* 51(4):212-215, 2020.

104. Türk Dil Kurumu Ana Sayfası. Anksiyete 2012. Erişim adresi: <http://www.tdk.gov.tr>. Erişim tarihi: 06 Haziran 2023.
105. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı, s. 277-278, İstanbul Tıp Kitap Evi, İstanbul, 2014.
106. Özakkaş T. Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19, 1. Baskı, s. 8, Acar Matbaacılık, İstanbul, 2014.
107. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. p. 193–204, Medikal Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014.
108. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. J Neurosurg Anesthesiol 21: 127-130, 2009.
109. Çevik Ü, Keleş S, Keser M. Astımlı Çocuğu Olan Anne ve Babalara Verilen Hemşirelik Eğitiminin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Genel Tıp Dergisi 16:53-59, 2006.
110. Çuhadar D, Karadağ G. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hasta ve Yakınlarının Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık ve Toplum, 16:56-62. 2006.
111. Calhoon GG, Tye KM. Resolving the neural circuits of anxiety. Nature Neuroscience 18(10):1394-404, 2015.
112. Saviola F, Pappaianni E, Monti A, Grecucci A, Jovicich J, De Pisapia N. Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. Scientific Reports 10(1):11112, 2020.
113. Bal F. Klinik Psikolojide Kullanılan Psikoterapi Yöntemleri. 2. Baskı, s. 75, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2020.
114. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No: 333, s. 2-35, İstanbul, 1985.
115. Aslan A. Covid-19 pandemisinin üniversite öğrencilerinde depresyon ve anksiyete düzeyiyle ilişkisi. Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2022.
116. Koyuncu A. Kariyer kararı yetkinlik beklentisinin yordayıcıları olarak kaygı ve öznel iyi oluş. Mevlâna Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2015.
117. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Imaj, Ankara, 2010.

118. Bedaso A, Ayalew M. Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient safety in surgery* 13(1):18, 2019.
119. John M. Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal of Nursing* 18(7):416-419, 2009.
120. Çiftçi EK, Aydın D, Karata H. Cerrahi Girişim Uygulanacak Çocukların Ebeveynlerinin Endişe Nedenleri ve Anksiyete Durumlarının Belirlenmesi. *J Pediat Res* 3(1):23-9, 2016.
121. Davidson S, McKendrick D, French T. Preassessment clinic interview and patient anxiety. *Saudi journal of anaesthesia* 10(4):402, 2016.
122. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müd. Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü (Versiyon 1.0) Ankara, 2021.
123. Giacobbe P, Flint A. Diagnosis and management of anxiety disorders. *Behavioral Neurology And Psychiatry* 24:893-919, 2018.
124. Chand SP, Marwaha R. StatPearls Publishing Anxiety. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361> Erişim Tarihi: 17.06.2023.
125. Bayad A. Preoperatif cerrahi hastalarında hastalık algısı ve anksiyete düzeyinin saptanması. T.C Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi, İzmir, 2017.
126. Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. 1. Baskı, Golden medya, Ankara, 2008.
127. Karaman Z. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011.
128. Ertuğ N, Ulusoylu Ö, Bal A, Özgür H. Comparison of the effectiveness of two different interventions to reduce preoperative anxiety: A randomized controlled study. *Nursing and Health Sciences* 19(10):250-256, 2017.
129. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *J Neurosurg Anesthesiol Spielberger CD* 21(2):127-30, 2009.
130. Gedik A, Kanan N. Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.

131. Türe A. Çocuklara Yönelik Günübirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2006.
132. Nayır NU, Aldemir M. Açık kalp ameliyatında preoperatif anksiyete ile postoperatif komplikasyonlar arasındaki ilişki. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2012.
133. Ala S, Şahin DA. Troidektomi ameliyatı öncesi hemşirelerin bilgilendirici rolünün hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeyine etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2007.
134. Demir Ö, Arslantaş H. Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti işlemi öncesi uygulanan müzik eşliğinde progresif kas gevşeme egzersizinin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2013.
135. Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology. Br J Anaesth, 104:369-74, 2010.
136. Kindler CH, Harms C, Amsler F. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and dedection of patients anesthetic concerns. Anesth Analg 90:706-12, 2010.
137. Haugen AS, Eide GE, Olsen MV, Haukeland B, Remme AR, Wahl AK. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesiology. J Clin Nurs 18:2301-10, 2009
138. Bekaroğlu M, Uluutku N, Alp K ve ark. Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi üzerine bir çalışma, Türk Psikiyatri Dergisi 2(4):285-288,1991.
139. Taylan S, Alan S, Adıoğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2:66-67, 2012.
140. Cesur S. Cerrahi hastalarda ameliyat öncesi anksiyetenin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkileri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2015.

141. Şişman M. Eğitim bilimlerine giriş. Eğitimin Temel Kavramları. 3.baskı, s.1-17, Pegem Akademi Yayıncılık, 2007.
142. Cruse E. Using Educational Video in the classroom: Theory Research and Practice. Library Video Company 12(4), 2011.
143. Ata A, Atik A. Eğitsel bir araç ve ortam olarak videonun tarihsel gelişimi. Atatürk İletişim Dergisi 13:27-48, 2017.
144. Pager CK. Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery. Br J Ophthalmol 89(1):10-3, 2005.
145. Moon J, Cho K. The effects of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia. J Adv Nurs 35:407-415, 2001.
146. Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH, Engedal K. The Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. Int J Geriatr Psychiatry 20:629- 634, 2005.
147. Chan YH. Biostatistics 101: data presentation. Singapore medical journal 44(6):280-285, 2003.
148. Shao AT. Marketing Research: An Aid to Decision Making, Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning, 2002.
149. Özdamar K. Paket programları ile istatistiksel veri analizi-1. Yenilenmiş 10. Baskı, Nisan Kitabevi, Ankara, 2015.
150. Wisely CE, Robbins CB, Stinnett S, Kim T, Vann RR, Gupta PK. Impact of preoperative video education for cataract surgery on patient learning outcomes. Clin Ophthalmol 20(14):1365-1371, 2020.
151. Ahmed KJ, Pilling JD, Ahmed K, Buchan J. Effect of a patient information video on the preoperative anxiety levels of cataract surgery patients. J Cataract Refract Surgery 45(4):475-479, 2019.
152. Zhang MH, Haq ZU, Braithwaite EM, Simon NC, Riaz KM. A randomized, controlled trial of video supplementation on the cataract surgery informed consent process. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 257(8):1719-1728, 2019.
153. Özlü ZK, Tuğ Ö, Yayla AÇ. Inevitable problems of older people: presurgery information effect on anxiety levels in patients undergoing cataract surgery. Journal of Clinical Nursing 25, 1388-1394, 2016.

154. Tipotsch-Maca SM, Varsits RM, Ginzel C, Vecsei-Marlovits PV. Effect of a multimedia-assisted informed consent procedure on the information gain, satisfaction, and anxiety of cataract surgery patients. *Journal of Cataract & Refractive Surgery* 42(1):110-116, 2016.
155. Motassion C. Noncompliance with prescribed eyedrop regimens among patients undergoing cataract surgery prevalence, consequences, and solutions. *US Ophthalmic Rev* 13, 18-22, 2020
156. Dıgın F, Özkan ZK, Şahin A. Effect of sending SMS, which reminds about the intake of medication, on reducing postoperative anxiety in patients undergoing cataract surgery: A randomized controlled study. *J Perianesth Nurs* 37(1):75-79, (2022).
157. Hoffman JJ, Pelosini L. Telephone follow-up for cataract surgery: feasibility and patient satisfaction study. *Int J Health Care Qual Assur* 29(4):407-16, 2016.
158. Bahçeli A, Karabulut N. Progresif gevşeme egzersizlerinin lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların anksiyete ağrı ve uyku kalitesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
159. Oymağaçlıo K, Ateş SA. Identifying factors affecting anxiety levels in the patients planned for cataract surgery: A crosssectional study. *International Journal of Caring Sciences* 12(2):639-647, 2019.
160. HealthlinkBC (British&columbia) (09.09.2017) Erişim Adresi: <https://www.healthlinkbc.ca/healthtopics/hw36326>. Erişim Tarihi: 10.06.2023.
161. Health PEI. (2017) Cataract Information For Patients. One island future-One island health, Erişim Adresi: <http://www.gov.pe.ca/health> and click on wait timestab.pp:3https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/cataract_information_for_patients.pdf. Erişim Tarihi: 04.05.2023.
162. Health Central (MUCH), A Guide to Cataract Surgery, s:14-18. Erişim Adresi: http://www.muhealthpatienteducation.ca/DATA/GUIDE/361_en~v~cataractsurgery.pdf (19.07.2017).

8. EKLER

Ek 1: Anket Formu

Hasta Bilgi Formu

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

3. Medeni Durum: ☐ Evli ☐ Bekar

4. Eğitim Düzeyi:

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

5. Meslek:

☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

6. Gelir Durumu:

☐ Gelir Giderden Az ☐ Gelir Gidere Denk ☐ Gelir Giderden Fazla

7. Sigara kullanma alışkanlığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet

Evet ise miktar (günde bir paketten fazla) ☐ Hayır ☐ Evet

8. Alkol kullanma alışkanlığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet

Evet ise miktar (günde bir bardaktan fazla) ☐ Hayır ☐ Evet

9. Başka bir (Korbid) hastalığınız varmı?

☐ Evet ise..... ☐ Hayır

10. Daha Önce Ameliyat Oldunuz mu?

☐ Evet ise..... ☐ Hayır

11. Ameliyatınız Hakkında Bilgi Aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Ameliyatınız hakkında verilen bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

13. Daha önce hastaneye yattınız mı?:

☐ Evet, ise ☐ Hayır

Ek 2: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

STAI-S

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 sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
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 güvenim 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)

STAI-T

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 sarfetmeksizin 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 sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(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 hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(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)

EK 3: Seslendirilen Eğitim Metni

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine Hoş geldiniz!

Bu ses kaydı siz değerli hastalarımızı Ameliyat öncesi, Ameliyat sırasında, Ameliyat sonrası süreçler hakkında sizleri bilgilendirerek kendinizi daha rahat hissetmenizi sağlamayı amaçlamaktadır.

Ameliyat olmanız gerektiği kararı size bildirdikten ve sizde ameliyat olmayı karar verdikten sonra doktorunuz tarafından yapılacak işlemlerle ilgili detaylı bilgiler verilecektir. Bu süreçte aklınıza gelecek tüm soru ve endişelerinizi doktorunuzla paylaşmanız ve ondan gerekli açıklamaları almanız, kendinizi daha rahat hissetmenizi ve ameliyata daha hazır hale gelmenizi sağlayacaktır.

Ameliyat öncesi gerekli tetkiklerin ve muayenelerin tamamlanmış olması önemlidir. Bu tetkikler genel olarak, kan tetkikleri, göz ölçümleri ve doktorunuzun belirlediği diğer tetkiklerdir. Bu tetkikler ameliyat öncesi hastaneye yatışınız öncesinde yapılacağı gibi, hastaneye yatışınızdan sonra da yapılabilmektedir.

Tetkik ve muayeneleriniz yapılarak sonuçlandırıldıktan ve cerrahi ekip muayenelerini tamamlayarak ameliyat kararınız alındıktan sonra ameliyat bilgilerini içeren onam formu tarafınıza okutulacak ve imzalamanız istenecektir. Size yapılabilecek işlemler, ameliyat sırası ve sonrasında gelişebilecek durumlarla ilgili bilgiler ayrıntılı bir şekilde anlatılacaktır.

Ameliyat öncesi bilgilendirme yapılırken katarakt cerrahisinin ne olduğu ve gerekli hazırlıklar hakkında bilgilendirmeyi içerir. Katarakt cerrahisi doğal lensin çıkarılarak, ameliyat sırasında yeni bir göz içi lensin takılması ile görme fonksiyonunun geri kazandırılmasıdır.

Ameliyat sabahı hafif bir kahvaltı yapılabilir.

Doktorunuz aksini söyleyenmemiş ise ameliyat sabahı rutin kullanılan tansiyon, şeker gibi tüm ilaçlar kullanılmalıdır.

Hastanede göz servisi sarı blok ikinci kattadır.

Göz servisine yatışınızın yapılmasının ardından hasta güvenliği kapsamında uygulanmakta olan size ait tanımlayıcı kimlik bilgilerinizin bulunduğu kol bandınız takılacaktır.

Hastaneye yatışınızdan sonra göz bebeğinizi büyütmek için size birkaç defa göz damlası uygulanacaktır.

Servis hemşiresi katarakt ameliyatı olacak gözünüzü sağ mı sol mu olacağını bir kalemle kaşınızın üstüne işaret koyulacaktır.

Ameliyat öncesi hazırlıklarınız tamamlandıktan sonra ameliyat saatinde sizi göz servisi hemşireniz ameliyathaneye getirecektir. Hemşireniz sizi ameliyathaneye getirmeden önce, kol bandınızı, dosyanızda bulunan takip formlarınızı, imzalı ameliyat formlarınızı kontrol edecektir. Sonrasında sizden çamaşırlarınızı çıkartmanızı, ameliyat önlüğünüzü giymenizi ve saçlarınızın tamamını kapatacak şekilde bone takmanız istenecektir. Daha sonra tüm güvenlik önlemleri kontrol edilerek sedyeye alınır ve servis hemşirenizle beraber ameliyathaneye transferiniz gerçekleştirilecektir.

Ameliyathaneye geldiğinizde derlenme ünitesi hemşiresi sizi karşılayacaktır. Tüm kontroller tekrar yapılarak derlenme ünitesine alınacaksınız. Cerrahi ekip üyeleri göz bölümüne ait ameliyat odasının hazırlıklarını tamamladıktan sonra beklemekte olduğunuz derlenme ünitesinden ameliyatın yapılacağı odaya sedyeye transferiniz yapılacak ve güvenli bir şekilde ameliyat masasına alınacaksınız.

Katarakt ameliyatına uygun pozisyon verilir.

Katarakt ameliyatınız boyunca hiç kıpırdamadan yatmanız gerekir.

Katarakt ameliyatı sırasında sakın olmanız, ani hareket etmemeniz, öksürürken ve hap sürürken mutlaka doktorunuza haber vermeniz gerekir.

Doktorunuzun ve hemşirenizin söylediklerini dinleyip uygulamanız gerekmektedir.

Katarakt ameliyatınızda gözünüzü uyuşturmak için bir damla damlatılacak ya da bir iğne yapılacağı için çok az bir ağrı duyacaksınız.

Katarakt ameliyatına başlarken gözünüz batikonla temizlenir, temizlenip kuruladıktan sonra yüzünüze bir örtü örtülür.

Ameliyat sırasında gözünüzde bir basınç hissi, yanma ve, ağrı gibi şikayetler oluşabilir.

Ameliyatınız kataraktınızın durumuna bağlı olarak işlem süresi değişebilir.

Ameliyatınızın bitmesiyle ameliyat masasından sedyeye alınarak derlenme ünitesine transferiniz gerçekleşecektir. Derlenme ünitesi hemşiresi servis hemşirenizi arayarak sizi teslim alması için ameliyathaneye çağırılır, tüm hasta güvenlik önlemleri kontrol edilerek servis hemşirenize devredilip servise transferiniz gerçekleşir.

Katarakt ameliyatından sonra doktorunuzun uygun gördüğü taktirde evleri yakın ise genellikle aynı gün taburcu edilmektedir.

Ameliyattan sonraki rutin kontroller ameliyattan bir gün, bir hafta ve 1 ay sonradır. Bu süreler içinde ve daha sonraki dönemde ameliyat olan gözde şiddetli ağrı, görmede azalma, kızarıklık ortaya çıkar ise acil hastaneye müracaat etmeniz gerekmektedir.

Ameliyattan sonra kullanılmak üzere verilen göz damlaları doktorunuzun önerdiği şekilde kullanılmaktadır.

Damlalar;

Ameliyat günü ve ameliyattan sonraki ilk gün doktorunuzun önerdiği şekilde damlalarınız damlatılır.

Daha sonraki günlerde her iki damla arasında 15 dakika olmak üzere üç saatte bir damla olacak şekilde damlatılır.

Hasta gece uykusuna yattıktan sonra damlalar kesilir.

Damlalar on beşinci günden sonra kesilir.

Göz damlasını uygularken;

Bu işlemi siz ya da bir yakınınız kolayca yapabilir

İşlem öncesi ellerinizi mutlaka su ve sabunla yıkayınız.

Kullanmadan önce göz damlasının şişesini iyice çalkalayınız.

Damlayı gözünüze damlatmadan önce ya uzanınız ya da oturarak başınızı geriye doğru yaslayınız.

Damlanın kapağını açarak elinize alınız.

Damla damlatırken bir elinizin işaret ve orta parmağını kullanarak, alt göz kapağını aşağı doğru çekin ve yukarı doğru bakınız

Damlalığı iki parmağınızla sıkıştırarak alt göz kapağı ile göz arasındaki boşluğa doğru damlatınız.

Göz damlasının ucunu başka bir yere değdirmeden kapağını sıkıca kapatınız ve kaldırınız.

Hastaların ameliyattan sonra gözlerini ovuşturmamalı, ağır yük kaldırmamalı, tozlu ve kirli ortamlardan uzak durmaları gerekmektedir.

Özellikle ilk 24 saatte ameliyat olan gözünüzün olduğu tarafa yatmayın.

Ameliyattan sonra öne doğru eğilmeyiniz. Namaz kılarken öne doğru eğilmek göz içi basıncın artmasına neden olabilir.

Ameliyattan sonraki ikinci gün göz kapama bantları a ılabılır, Fakat rüzgarlı havalarda dışarı çıkarlarsa gözlerini kapatmaları  onerilmektedir.

Ameliyattan sonraki üçüncü gün hafif günlük i ler yapılabilir.

Hastaların ameliyattan sonraki bir hafta boyunca gözlerine su de dirmemeleri gerekmektedir.

Ameliyattan bir hafta sonra banyo yapılabilir.

Ameliyattan bir ay sonra diğer göz ameliyat olmayacak ise gözlük alınabilir.

Ameliyattan sonra normal    nlerinizi yiyebilirsiniz.

Taze meyve, sebze yemeye, yeterli miktarda sıvı almaya  zen gösteriniz. (2, 160-162)

ŞİMDİDEN GEÇMİŞ OLSUN DİLERVE SA LIKLİ GÜNLER DİLERİZ.



EK 4: Klinik İzni

Sayın Halime EKİM YILDIZ,

ZBEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans tez çalışması kapsamında yürütülmesi planlanan, **“Katarakt Ameliyatı Öncesi Ses Kayıt Yöntemi İle Yapılan Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi”** başlıklı çalışmanın ZBEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göz Hastalıkları Servisinde yürütülmesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından uygundur.

Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Suat Hayri UĞURBAŞ

EK 5: Etik Kurul Onayı



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 08/03/2023
TOPLANTI NO : 2023/05

KARARLAR :

- 4- Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR'in sorumluluğunda yürütülecek olan "Katarakt Ameliyatı Öncesi Ses Kayıt Yöntemi İle Yapılan Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi" konulu çalışmanın Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 6. Gönüllü Olur Formları

Deney Grubu

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(HASTA / HASTA YAKINI İÇİN)

Sayın

Sizi Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkez’inde yürütülen *“Katarakt Ameliyatı Öncesi Ses Kayıt Yöntemiyle Yapılan Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi”* başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Doç. Dr. Nurten Taşdemir

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma katarakt ameliyatı öncesi ses kayıt yöntemiyle yapılan hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Araştırmacı tarafından sizden ameliyat olmayı karar verdikten sonra anket formu (53 sorudan oluşan kişisel bilgi formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri) doldurmanız istenecektir. Anket formunu doldurduktan sonra size özel hazırlanmış olan kulaklıkla ses kaydıyla verilen ameliyat öncesi, esnası ve sonrası bilgileri içeren bir eğitim dinletilecektir. Ameliyat günü ameliyata girmeden önce tekrar anket formu (20 soruluk Durumluk Kaygı Envanteri) doldurmanız istenecektir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Göz Servisi

Araştırmanın Süresi: 6 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 60

Size Getirebileceği Olası Faydalar: Herhangi bir fayda getirmemektedir.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar: Herhangi bir risk ve rahatsızlık oluşturmamaktadır.

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Nurten Taşdemir
- Halime Ekim Yıldız
-

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde nolu telefondan Halime Ekim Yıldız 'a ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

“[Katarakt Ameliyatı Öncesi Ses Kayıt Yöntemiyle Yapılan Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); (Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Biyolojik materyallerimin analizlerinin yurtdışında yapılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.
-

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

Kontrol Grubu

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İÇİN)

Sayın

Sizi Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’de yürütülen **“Katarakt Ameliyatı Öncesi Ses Kayıt Yöntemi İle Yapılan Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi.”** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışma katarakt Ameliyatı Öncesi Ses Kayıt Yöntemi ile Yapılan Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Araştırmacı tarafından sizden ameliyat olmayı karar verdikten sonra bir anket formu ((53 sorudan oluşan kişisel bilgi formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri) doldurmanız istenecektir. Ameliyat günü ameliyata girmeden önce sadece bir anket formu (20 soruluk Durumluk Kaygı Envanteri) doldurmanız istenecektir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Göz Hastalıkları Servisi

Araştırmanın Süresi:6 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 60

9. ÖZGEÇMİŞ

Halime EKİM YILDIZ, İlköğretim ve lise eğitimini Ereğli ilçesinde tamamladı. 2007 yılında Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun oldu. 2007-2008 yılları arasında Özel Ereğli Anadolu Hastanesinde Ameliyathane bölümünde ameliyathane hemşiresi olarak görev yaptı. 2009 yılından bu yana Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezinde ameliyathane bölümünde ameliyathane hemşiresi olarak görevine devam etmektedir. 2020 yılında başladığı Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Tezli Yüksek Lisans öğrenimini sürdürmektedir. Evli ve iki kız çocuk annesidir.