



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KATARAKT CERRAHİSİNDE AMELİYAT ÖNCESİ ve SONRASI GÖRME ve
GENEL SAĞLIĞA BAĞLI YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yasin KOÇAK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. İkbāl ÇAVDAR**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı

İSTANBUL, 2026



**T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KATARAKT CERRAHİSİNDE AMELİYAT ÖNCESİ ve SONRASI GÖRME ve
GENEL SAĞLIĞA BAĞLI YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yasin KOÇAK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. İkbāl ÇAVDAR**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı

İSTANBUL, 2026

T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	Yasin KOÇAK	
ÖĞRENCİ NUMARASI	222120007	
PROGRAM ADI	Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği	
İstanbul Atlas Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalında Yasin KOÇAK tarafından hazırlanan “Katarakt Cerrahisinde Ameliyat Öncesi ve Sonrası Görme ve Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.		
Tez Savunma Tarihi: 13/02/2026		
Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası
Prof. Dr. İkbāl ÇAVDAR	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ	İstanbul Demiroğlu Bilim Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Rabia Buse AYYILDIZ	İstanbul Atlas Üniversitesi	

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Yasin KOÇAK

(İmza)

İTHAF

Aileme, sevgili hocalarıma, kıymetli meslektaşlarıma ve ülkenin güzel insanlarına
ithaf ediyorum...



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimin tüm aşamalarında bana akademik bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren, kendisine danıştığım tüm konularda vaktini ayırıp sabrı ve ilgisiyle bana yardımcı olan, yol gösteren kıymetli danışman hocam Sayın Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR'a, yüksek lisans yolculuğum süresince bilgileri, tecrübeleri ve bakış açılarıyla bana ilham veren Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ARPAG ve Dr. Öğr. Üyesi Çağla TOPRAK'a , tüm eğitim hayatım boyunca her zaman arkamda olan, sevgi ve şefkatle beni destekleyen aileme, tez süreci yolculuğunda aynı yolu yürüdüğüm, hem meslek hayatımda hem de yüksek lisans sürecinde yanımda olan desteğini hiç esirgemeyen kıymetli arkadaşlarım Melahat TANBOĞA ve Yasemin EŞME'ye en içten teşekkürlerimi ve minnetlerimi sunarım.

İyi ki varsınız.

13.02.2026

Yasin KOÇAK

BÜTÇE DESTEKLERİ SAYFASI

KATARAKT CERRAHİSİNDE AMELİYAT ÖNCESİ VE SONRASI GÖRME VE GENEL SAĞLIĞA BAĞLI YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
İÇ KAPAK.....	-
ONAY SAYFASI.....	-
BEYAN	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR.....	v
BÜTÇE DESTEKLERİ SAYFASI	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 GÖZ VE İLGİLİ KAVRAMLAR.....	3
2.1.1 Gözün Yapısı	3
2.1.1.1 Gözün Tabakaları.....	3
2.1.1.2 İç tabaka (tunicainterna).....	3
2.1.1.3 Vasküler tabaka (tunicavasculosa).....	4
2.1.1.4. Fibröz tabaka (tunicafibrosa)	4
2.1.2 Görme Kaybı	5
2.2 KATARAKT	6
2.2.1 Katarakt Tipleri.....	7
2.2.1.1 Konjenital Katarakt	7
2.2.1.2 Edinsel katarakt.....	7
2.2.2 Katarakt İnsidans ve Risk Faktörleri	8
2.2.3. Katarakt Tedavisi	9
2.2.3.1 İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (İKKE)	9
2.2.3.2 Fakoemülsifikasyon (FAKO).....	10
2.2.3.3 Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (PEKKE)	10
2.2.4 Katarakt Risk Faktörleri	10
2.2.4.1.Yaş	11
2.2.4.2 Cinsiyet	11

2.2.5. Katarakt Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı.....	12
2.2.5.1 Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı	12
2.2.5.2 Ameliyat Sırasında Hemşirelik Bakımı:	13
2.2.5.3 Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı	13
2.2.6. Görme ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	16
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	16
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	16
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	17
3.5 ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI.....	19
3.6. DEĞERLENDİRME	20
3.7. ETİK KURUL VE KURUM İZNİ.....	21
4. BULGULAR	22
4.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER	22
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	37
5.1. TARTIŞMA.....	37
5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI	40
5.3. SONUÇ	40
5.4.ÖNERİLER	41
6. KAYNAKLAR.....	42
7.EKLER	50
EK 1: İNTİHAL RAPORU	50
EK 2: TEZ KONUSU KABULÜ	51
.....	51
EK 3: ETİK KURUL ONAYI.....	52
.....	52
EK 4: KURUM İZNİ.....	53
EK 5: ONAM FORMU	54
EK 6: KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	55
EK 7: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ.....	68
8.ÖZGEÇMİŞ	70

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

F	Bağımlı gruplarda varyans analizi
Ss	Standart sapma
U	Mann Whitney U testi
X²_F	Friedman testi
Ort	Ortalama
t	Bağımsız gruplarda t testi
X²	Ki-kare analizi
EKKE	Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
GGSKL	Gaz Geçirgen Sert Kontakt Lens
GİL	Göz içi Lens
HT	Hipertansiyon
İKKE	İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
ÖK	Ön Kamara
ÖS-OKT	Ön Segment Optik Koherens Tomografi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
FAKO	Fakoemülsifikasyon
GİB	Göz İçi Basıncı
GK	Görme Keskinliği
İKE	İntrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu
IOL	İntraoküler Lens
OD	Optik Disk
ÖSK	Ön Skleral Kalınlık
UV	Ultraviole

TABLO LİSTESİ

	Sayfa no
Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	22
Tablo 4.2: Hastaların Görme Deneyimlerine İlişkin Bulgular.....	23
Tablo 4.3: Ameliyat Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF Karşılaştırması.....	24
Tablo 4.4: Ameliyat Öncesi ve Sonrası NEI VFQ-25 Alt Boyutlarının Karşılaştırılması..	25
Tablo 4.5: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Cinsiyete ile WHOQOL-BREF Karşılaştırması.....	27
Tablo 4.6: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaş Gruplarına göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması.....	28
Tablo 4.7: Ameliyat Öncesi ve Sonrası İlaç Kullanımına göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması.....	29
Tablo 4.8: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yürüme Engeli Durumuna göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması.....	30
Tablo 4.9: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yardımcı Araç Kullanım Durumuna göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması.....	31
Tablo 4.10: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ameliyat Olma Durumuna göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması.....	32
Tablo 4.11: Cinsiyet ile NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırması.....	33
Tablo 4.12: Yaş ile NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırması.....	35

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa no

Şekil 3.1: Örneklem Genişliği Analizi G-Power Grafiği.....	21
--	----



ÖZET

Koçak, Y. (2026). Katarakt Cerrahisinde Ameliyat Öncesi ve Sonrası Görme ve Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Katarakt, dünya genelinde geri dönüşümlü görme kaybının en sık nedenlerinden biridir. Görme keskinliğinde azalma ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa sebep olarak yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri vardır. Katarakt ameliyatı, saydamlığını yitirmiş lensin çıkarılarak yerine yapay lens yerleştirilmesi işlemidir. Günümüzde yüksek başarı oranına sahip etkili bir tedavi yöntemidir. Ameliyat öncesi dönemde hastalarda görme keskinliği düştüğü için okuma, araç kullanma gibi günlük aktivitelerde zorlanma ve bu sebeple psikososyal etkiler sık görülmektedir.

Bu tez çalışmasının amacı katarakt ameliyatı öncesi ve sonrası dönemde hastaların görme fonksiyonları ile yaşam kalitesi üzerindeki değişimi değerlendirmektir. Çalışma, Nisan 2024 – Kasım 2024 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı özel bir dal hastanesinde katarakt cerrahisi uygulanan 110 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, NEI VFQ-25/TR Görme İşlevi Anketi ve Tanıtıcı Özellikler Formu aracılığıyla ameliyat öncesi ve sonrasında toplandı. Verilerin analizi R (R Core Team, 2024), Microsoft Excel ve SPSS 20.0 programları kullanılarak gerçekleştirildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edildi.

Sonuç olarak, katarakt cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası hem genel yaşam kalitesi hem de görmeye bağlı yaşam kalitesinin anlamlı olarak arttığı bulundu.

Anahtar kelimeler: Katarakt cerrahisi, görme sağlığı, yaşam kalitesi, genel sağlık.

ABSTRACT

Koçak, Y. (2026). Evaluation of Vision-Related and General Health–Related Quality of Life Before and After Cataract Surgery. Master’s Thesis, Istanbul Atlas University, Graduate School of Education, Department of Surgical Nursing, Istanbul.

Cataract is one of the most common causes of reversible vision loss worldwide. It negatively affects quality of life by leading to decreased visual acuity and limitations in daily living activities. Cataract surgery, which involves the removal of the opacified lens and implantation of an intraocular lens, is currently a highly successful and effective treatment method. In the preoperative period, patients often experience difficulties in daily activities such as reading and driving due to reduced visual acuity, and psychosocial effects are frequently observed.

The aim of this thesis was to evaluate changes in patients’ visual functions and quality of life before and after cataract surgery. Data collection was carried out between April 2024 and November 2024 after obtaining ethical approval. A total of 110 patients aged between 17 and 83 years, who were fully oriented to time and place, cooperative, volunteered to participate, and provided written informed consent, were included in the study. Data were collected before and after surgery using the WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Scale), the NEI VFQ-25/TR (National Eye Institute Visual Function Questionnaire), and a Descriptive Characteristics Form. Data analysis was performed using R (R Core Team, 2024), Microsoft Excel, and SPSS 20.0 statistical software. A p value of <0.05 was accepted as the level of statistical significance.

Keywords: Cataract surgery, visual health, quality of life, general health.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanlar, nesneleri ve bulunduğu ortamı duyu organları sayesinde algılar. Duyuların ortadan kalkması, hasar görmesi ya da eksikliği söz konusu olduğunda nesneler doğru algılanamaz. Duyu organlarının kendine ait özelliği bulunmakla birlikte bazı duyu organlarının birden çok görevi vardır. Duyu organlarımızdan olan gözlerimiz yaşamın devamı için vazgeçilmez öneme sahiptir. Gözler, bedenimizin dünyaya açılan pencereleri olarak da tanımlanmaktadır. Görme fonksiyonu yaşamı normal olarak sürdürebilmemizi ve bununla birlikte pek çok işlevi de yerine getirmemizi sağlamaktadır (Erdil ve Elbaş, 2012).

Görme bozukluklarından biri olan katarakt hem konjenital hem de edinsel meydana gelebilen ve görme duyusunu ciddi derecede olumsuz etkileyen bir göz hastalığıdır. Kataraktın gözün optik sistemi üzerindeki en önemli etkisi, tüm katarakt tipleri için ortak olarak, göz içerisindeki ışık dağılımını arttırmak yoluyla kontrast duyarlılığı azaltmasıdır. Kontrast duyarlılık fonksiyonu üzerine ışık dağılımının etkisi, göz içi dağılımının şekline bağlıdır. Eğer geniş açılı dağılım varsa, kontrast duyarlılık fonksiyonu tüm spasyal frekanslar için baskılanır. Ancak dar açılı dağılım varsa yalnızca yüksek spasyal frekanslarda baskılanma oluşur. Bununla birlikte görme fonksiyonunun azalması bireyin yaşamını hem görmeye bağlı nedenlerden hem de genel sağlığa bağlı nedenlerle olumsuz şekilde etkilemektedir. Gözlerin fonksiyonlarını kaybetmesine neden olabilecek etkenler arasında yer alan katarakt, ilaç veya gözlükle tedavi edilemeyen bir göz hastalığıdır. 65 yaş üstü hastalarda planlanmış bir cerrahi girişim ile tedavisi mümkündür. Günümüzde insan yaşamının uzamasıyla birlikte katarakt görülme sıklığı artmaktadır. Gelişen teknolojiyle birlikte katarakt cerrahisinden memnuniyet oranının arttığı gözlenmektedir. Kataraktlı vakalarda katarakt dışında da meydana gelebilen görmenin azalması, kontrast duyarlılıkta kayıp, ışık kamaşması, renkleri ayırımında güçlük ve derinlik hissinin azalması gibi şikayetler gözlenmektedir. İleri yaşlarda bu şikayetler görme fonksiyonuna ek olarak günlük yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ülkemizde katarakt gelişen hastaların cerrahi ile tedavi gereksinimi ve fakoemülsifikasyon (FAKO) işleminin başarısının değerlendirilmesi amacıyla 1862 yılında Prof. Dr. Hermann Snellen tarafından geliştirilen (E) harflerinin değişik boyda ve pozisyonda sıralanmasından meydana gelen, 22x55 cm boyutlarında standart bir tablo olan Snellen eşeli kullanılmaktadır. Snellen testi uygulamasında kart bir duvara ya da tahtaya hastaların göz hizasında asılmalıdır. Testin asıldığı yer ile bireyler arasındaki uzaklık 6 metre olmalıdır. Kartın yakınında renkli, göz alıcı başka nesneler bulunmamasına, oda ışığının yeterli olmasına dikkat edilmelidir (Öztürk ve ark.,

2001). Ancak bu testler günlük aktiviteleri değerlendirmede yeterli olamamakta ve cerrahi girişime ihtiyaç olup olmadığını belirleyememektedir. Yaşam kalitesi anketleri ve görme kalitesi anketleri uygulanarak hastaların günlük yaşamlarında cerrahi girişime ne denli ihtiyaçlarının olduğunun belirlenmesinde ve sürecin işlerliğinde önemli bir yere sahiptir. Geliştirilen bu ölçeklerle toplanan veriler bilime ışık tutup hastaların gereksinimlerinin düzeyini saptamaktadır. Hastalara uygulanan ölçekler işlem sonrası tekrarlanarak yapılan cerrahi girişimin görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesi üzerindeki etkisini somut olarak ortaya koymaktadır. Hastaların tedaviye bir an önce ulaşmasını gerektiren asıl neden, günlük aktivitelerinin görme kalitesindeki azalma şikayetlerinden kaynaklanmaktadır. Yalnızca görme keskinliğinin ölçülmesi cerrahi girişimler kadar etkili olamaz, çünkü görme keskinliği ölçümü sonrası ve fakoemülsifikasyon işlemi sonrası iyileşmenin durumunu, günlük aktivite değişikliklerini veya görme tatminini değerlendiremez. Ayrıca görme keskinliğinin lmlenmesi, hastanın duygu durumu hakkında bilgi vermemektedir. Bu nedenle, hastaların günlük aktivite ve duygu durumlarının da lmlenmesi amacı ile Mangione ve arkadaşları Amerikan Ulusal Göz Hastalıkları Enstitüsü Görme İşlevi Anketi (NEI-VFQ)’ni geliştirmiştir. Amerikan Ulusal Göz Hastalıkları Enstitüsü Görme İşlevi Anketi (NEI-VFQ)’ne ek olarak WHOQOL- BREF Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi leği’ de kullanılmış ve hastaların hem görmeye bağlı yaşam kalitesi hem de genel sağlığa bağlı yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Söz konusu anket, günümüzde araştırmaların büyük çoğunluğunda kullanım alanı bulmuştur (Bayraktar ve ark., 2016).

Bu bilgiler doğrultusunda çalışma katarakt cerrahisi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 GÖZ VE İLGİLİ KAVRAMLAR

2.1.1 Gözün Yapısı

Göz küreleri orbita içerisinde bulunan görme fonksiyonuyla alakalı bir organdır. İki oblik kası ve dört rektus kasıyla orbita tepesinde bulunan bu kaslar göz kürelerinin hareketini sağlar. Gözlerin hacmi 7 cc ağırlığı ise 7-9 gr' dır. Gözleri saran kemik yapı, üst ve alt göz kapakları ve kirpikler dış etmenlere karşı gözün korunmasını sağlar (Darke, 2020).

2.1.1.1 Gözün Tabakaları

Göz küresi içten dışa doğru; iç tabaka, vasküler tabaka ve fibröz tabaka olmak üzere 3 tabakadan oluşmaktadır.

2.1.1.2 İç tabaka (*tunicainterna*)

Tunicainterna sinirsel ağlarla kaplıdır ve retina olarak adlandırılmaktadır. Görmeyle ilgili bölümdür ve komşuları içte korpusvitreum, dış kısımda koroidea bölümüdür.

Göz anatomisinin diğer yapıları şunlardır:

- Kornea: Saydam yapıda olup gözün dış katmanını oluşturan yapıdır.
- Sklera: Sert ve dayanıklı olup gözün beyaz kısmını oluşturan yapıdır.
- Konjonktiva: Göz kapağının iç kısmını oluşturan yapıdır.
- İris: Göze rengini veren kısımdır.
- Lens: Odaklanmayı sağlayan esnek ve seffaf yapıdadır.
- Retina: Işığı elektriksel sinyallere dönüştürerek beyne ileten gözün en iç tabakasını oluşturur.
- Optik Sinir: Retina yapısından gelen sinyallerden oluşur.
- Göz Kasları: Göz hareketini kontrol eden kaslardır.

- Göz Kapakları: Kirpiklerle birlikte yabancı cisimlere karşı koruyucu bir görevdedir.
- Gözyaşı Bezleri: Gözü korur ve nemlendirir (Standring, 2021).

2.1.1.3 Vasküler tabaka (tunicavascularosa)

Orta tabaka olup damarlanma açısından zengindir. Uvea olarak da bilinmektedir. Vasküler tabaka sırayla iris, korpus siliare ve koroideadan oluşur.

İris: Gözün dışarıdan görülen renkli kısmıdır. Lens ve korpus siliare'nin önünde kornea'nın arkasında bulunur. Lens ile kornea arasında yer alan boşluğu arka kamera ve ön kamera olarak ikiye ayrılır.

Korpus Siliare: İris ve koroideanın aralarında bulunur, siliar kasla birlikte hüümöraköz salınımı ve akomodasyon sorumludur.

Koroidea: Retinayı beslemekle görevli olup vasküler yapıdan oldukça zengindir. Sklera ve retina tabakaları arasında bulunur (Snell, 2019).

2.1.1.4. Fibröz tabaka (tunicafibrosa)

Optik sinirin olmadığı nokta dışındaki tüm gözü kaplayan dış kısmındaki tabakadır. Derindeki göz içi basıncını sabitler, yapıları korur ve destekler ve limbus, kornea ve sklera olmak üzere üç bölümden oluşur.

Limbus: Kornea, çevresindeki limbus ve sklerayla devam eder. Konjonktiva, kornea ve skleranın birleştiği gri renkli çizgidir. Limbusun içinde Konjonktiva, tenon kapsülü, episklera, korneaskleralstroma ve schlemm kanalı bulunur. Göz ameliyatlarının giriş yeri limbus olduğundan katarakt ve göz tansiyonu ameliyatları için önemli bir bölgedir.

Kornea: Gözün dış kısmının 6'da 1'ini meydana getiren şeffaf tabakadır. Korpus vitreum (corpus vitreum, lens, aköz hüümör ve kornea) ile birlikte gözün kırıcı yapısı olup gelen ışığın ilk ve en çok kırıldığı bölgedir.

Sklera: Bu kısım şeffaf olmayıp kollajen liflerle kaplıdır ve dış tabakanın 5/6 arka kısmını meydana getirir. Kalın, güçlü bir tabaka olup göz içindeki hidrostatik basınca direnerek göze şeklini verir (Netter, 2019).

2.1.2 Görme Kaybı

Görme kaybı, görme hissinin geçici veya kalıcı olarak azalması durumudur. Geçici görme kaybına yol açan başlıca nedenler arasında beyin damarlarında tıkanıklık ve migren yer almaktadır. Kalıcı görme kaybı ise ani ya da yavaş gelişim gösterebilir. Ani gelişen görme kayıpları en sık göz damar tıkanıklıkları, göz içi kanamalar ve optik sinir hastalıklarına bağlıdır. Yavaş seyirli görme kayıpları ise katarakt, refraksiyon kusurları, diyabet ve yaşa bağlı maküla dejenerasyonu gibi hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca göz içi basıncının ani yükselmesi ve göz enfeksiyonları ağrı eşliğinde kalıcı görme kaybına neden olabilmektedir.

Geçici görme kaybı, görmenin 24 saat içinde kendiliğinden geri döndüğü durumları ifade ederken; kalıcı görme kaybında görme azalması uzun sürelidir ve tedavi edilmediği takdirde düzelmez. Bazı kalıcı görme kayıplarında ise tedavi mümkün değildir. Görme kayıpları, dünya genelinde özellikle orta yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesini azaltan, düşme riskini ve hayati tehlikeleri artıran önemli bir halk sağlığı sorunudur (Sabanayagam ve Cheng, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılında yayımladığı Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11'e (International Classification of Diseases, ICD-11) göre görme bozukluğu; uzak görme bozukluğu ve yakın görme bozukluğu olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (WHO, 2018). Uzak görme bozukluğu; hafif, orta, şiddetli ve körlük olmak üzere dört düzeyde sınıflandırılmaktadır. Görme keskinliği derecesine göre 6/12–6/18 arası hafif görme bozukluğu, 6/18–6/60 arası orta görme bozukluğu, 6/60–3/60 arası şiddetli görme bozukluğu ve 3/60'ın altı körlük olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018).

“Körlük” teriminin farklı bağlamlarda uygun olmayan biçimde kullanılmasına bağlı kavram karmaşasını önlemek amacıyla Uluslararası Oftalmoloji Konseyi (International Council of Ophthalmology – ICO), 2002 yılında ortak bir terminolojinin kullanılmasını önermiştir (International Council of Ophthalmology [ICO], 2002). Görme kaybı; bireyin fizyolojik, psikolojik ve bilişsel işlevleri üzerinde ciddi olumsuz etkilere yol açmakta ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır. Görme kaybına bağlı iş gücü kaybı ile görme yetersizliği olan bireylerin karşılaşabileceği kazalar ve buna bağlı maddi ve manevi kayıplar, toplum açısından ciddi sorunlar oluşturmaktadır.

Görme kaybı, doğru ve zamanında tanı, uygun tedavi ve izlem süreçleriyle büyük ölçüde kontrol altına alınabilen ve önlenebilen bir sağlık sorunudur. Ancak tanı ve tedavide yaşanan

gecikmeler, hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte; geri dönüşü zorlaştırmakta ve bazı durumlarda görme kaybının kalıcı hâle gelmesine neden olmaktadır.

Uluslararası Körlüğü Önleme Ajansı (The International Agency for the Prevention of Blindness – IAPB) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1999 yılında başlatılan “VISION 2020: Görme Hakkı” girişimine göre, dünya genelinde yaklaşık 2,2 milyar insanın görme bozukluğu olduğu bildirilmektedir. Bu olguların yaklaşık 1 milyarının önlenabilir veya tedavi edilebilir nedenlere bağlı olduğu belirtilmektedir (WHO, 2019).

Türkiye’de görme keskinliğinin 1/10 altında olması “yasal körlük” olarak kabul edilmektedir (Başar, 2019). Türkiye’de körlüğe neden olan hastalıklar katarakt, kornea hastalıkları, göz yaralanmaları, dejeneratif miyopi, trahom, glokom, diyabetik retinopati, yaşa bağlı makula dejenerasyonu olarak tanımlanmaktadır (Çetin, 2004; Demirel, 2011).

2.2 KATARAKT

Normal hali saydam olan lensin ilerleyici olarak kesifleşmesi aynı zamanda bulanıklaşması retinada net bir görüntünün oluşmasıyla birlikte seyreden tablodur. Katarakt, gözdeki lens yapısının işleyişinin bozulmasıyla birlikte görülmektedir. Görmenin azalması ve görmeye birlikte tüm yaşam kalitesini olumsuz etkileyen katarakt körlüğün en önemli nedenlerinden biridir. Tedavisi mümkün olan kataraktın en çok tercih edilen ve etkili olan tedavi şekli göz içi lens (GİL) yerleştirilmesidir. Lens, göze gelen ışığı pupillayı geçerken kırarak retinada odaklayan, sinir lifi ve lenfatik dolaşımı olmayan transparan bikonveks bir yapıdır. Vitreus kavitesi önünde irisin arkasında yer alır. Nükleus, korteks, epitel ve kapsül yapılarından oluşur (Cantor vd., 2009). Yaşam boyu büyümeye devam eden lensin ileri yaşlarda korteksinin kalınlığı artar. Bu yüzden kalınlaşan lensin kırıcılık derecesi değişir (Yanoff ve Duker, 2008). Lensin çevresi bir kapsülle kaplıdır, metabolik olarak en işlevsel lens hücreleri epitel kısım ve dış kortekste bulunur (Meriç ve Oflaz, 2007). Kristalin adı verilen majör yapıda protein sayesinde lens içerisinde şeffaflık sağlanır. Sağlıklı bireyde saydam yapıda bulunan lens katarakt geliştiği olgularda bulanıklaşır ve retina kısmında net görüntünün oluşmasına engel olur (Seddon vd., 1995). Katarakt bütün olarak ele alındığında lensin şeffaflığını yitirmesi ve lensin opasitesinin artmasıdır. Oluşan opasite bazen sabitken bazı durumlarda ilerleyicidir. Bu durum görme keskinliği üzerinde olumsuz rol oynamaktadır. Proteinlerin içerisindeki değişikliğe göre geliştiği gibi lenste presbiyopiye sebep olan gelişmelere göre de değişebilir (McDonnell vd., 2003; Sharma ve Santhoshkumar, 2009). Lensin içeriğinde hidrasyon durumu önemli yer alır. Merceğin %65’i sudur. Mercekte intraselüler denge durumunun korunmasında

potasyum, sodyum yoğunluğu Na/K- ATPaz pompası ile sağlanır. Bu sistemin bozulması sonucu şeffaflık kaybolur (Doğanay ve ark., 2006).

2.2.1 Katarakt Tipleri

2.2.1.1 Konjenital Katarakt

Doğumdan hemen sonra ve genelde ilk üç ayın içerisinde gelişmesi gözlemlenen lensteki saydamlığın bozulması durumudur (Ağca ve ark., 2011; Zhang ve ark., 2019). Doğumsal kataraktlar çocukluk döneminde gelişen ve bu yüzden teşhisi yalnızca muayeneyle konulabilen bir hastalıktır. Tanının gecikmesi nedeniyle çocukluk çağı körlük nedenleri arasında sayılır. Erken teşhis, tedavi ve prognoz açısından oldukça önemli ve tedavisi mümkün bir hastalıktır (Astiazarán ve ark., 2018; Kamath ve ark., 2018).

2.2.1.2 Edinsel katarakt

Hastalıklar, ileri yaş, kafa travması vb. sorunlar sebep olmaktadır. Görme sinirlerini etkileyen bazı hastalıklar, diyabet hastalığı büyük etkindir (Çelik, 2019; Recep, 2019; Akoğlu, 2020). Metabolik, travmatik, toksik, sekonder ve senil katarakt edinsel kataraktın türleridir. (Gözüm, 2012; Gök, 2018; Recep, 2019; Hashemi ve ark., 2020).

Senil Katarakt, en sık karşılaşılan göz hastalığı ve katarakt türüdür. Yayılma hızı yaşla doğru orantılı artış gösterir (Kaymakçı, 2014; Recep, 2019). Yaşın ilerlemesiyle birlikte lensin ağırlık ve kalınlığı artar. Lens olması gereken transparan yapısını kaybetmeye başlar ve büzülmesiyle birlikte seyreden bir tablo meydana gelir. Bu katarakt türü subkapsüller, kortikal ve nükleer olarak üç ayrı gruba ayrılır. Yaş faktörünün de etkisiyle lens çekirdeğinin sklerozu, opaklaşmasıyla birlikte nükleer katarakt meydana gelir. Yaşla birlikte ağır seyreden bir süreçtir. Miyopi gelişimine sebep olan bu katarakt türünde uzak görme olumsuz etkilenir (Abdelkader ve ark., 2015; Karaçavuş 2019; Recep, 2019). Lens çekirdeğinde meydana gelebilen değişim nedeniyle görme kalitesi düşer ve renkli görme işlevinde bozulma görülebilir (Karaçavuş, 2019; Sönmez, 2021). Kortikal katarakt olgularında lens hücrelerinde kısmi dejenerasyon görülür, genelde iki yönlü ve simetrik değildir. İlk oluşumda kortikal lameller arasında şeffaf bölgeler bulunur. Bu bölgeler zaman içerisinde şeffaflığını kaybeder ve hidrofilik olur ve büyürler. Şeffaflığın bozulması genelde çevreden başlar merkeze doğru yayılır. Bu katarakt türündeki semptomlar değişken olup genelde yoğun ışık maruziyetinde ortaya çıkar. Kapsül ve nükleus arasında korteks beyazlaşır ve şeffaf yapısı bozulursa matür katarakt oluşur (Okyay, 2018; Recep, 2019; Gürdal, 2020; Özkan, 2020). Senil kataraktın başka bir türü olan subkapsüller

katarakt, nükleer ve kortikal kataraktla kıyasladığımızda daha genç yaşlarda karşılaşılmaktadır. Travma, göz içi kortikosteroid kullanımı, enflamasyon vb. nedenlere bağlı olarak gelişim gösterir. Subkapsüller katarakt, korteksin arka tarafında granüler opasite ve plaklarla birlikte gözlenir. Genelde yüksek ışık altında göz kamaşması ve görmede azlık şikâyeti görülür. Hipermetropi daha baskındır ve uzak görmeye oranla daha ilerlemiştir. Bazen gözün birinde çift görme durumu meydana gelir (Okyay, 2018; Recep, 2019; Gürdal, 2020; Özkan, 2020; Sönmez, 2021).

Metabolik Katarakt, isminden anlaşılacağı üzere metabolik sistemin etkilerinden kaynaklı gelişen, başta kolesterol, obezite, diyabet, yüksek tansiyon gibi sistemik ve metabolik rahatsızlıklardan kaynaklanan katarakt türüdür. Bu hastalıkların hepsi bir etken olmakla birlikte en çok nedeni diyabettir (Sabanayagam ve Cheng, 2017; Gupta ve ark., 2014; Çelik, 2019; Arslankılıç, 2019; Akoğlu, 2021; Ang ve Afshari, 2021).

Travmatik Katarakt, ağırlıklı olarak sivri olmayan cisimlerle meydana gelen gözde olan penetran yaralanmalar neden olur ve travmanın şiddeti ve sürecin yönetilmesine bağlı olarak kalıcı görme hasarı bırakabilen katarakt türüdür. Ekseri neden fiziksel travma olmakla birlikte kimyasal maruziyeti, sıcak, soğuk şoku gibi travmalarda da görülmektedir (Yeter ve Güngör, 2012; Kaymakçı, 2014; Polat ve ark., 2017). Travma sonrası lensin epitelinin saydamlığını yitirmesiyle birlikte kataraktın gelişimi hızlanabilir. Kataraktlar genel itibariyle ileri yaşla birlikte gelişmesiyle bilinirken bu katarakt türü erken yaşta görülen en sık katarakt nedenidir (Eren, 2012; Shah ve ark., 2013; Recep, 2019).

Toksik Katarakt, aşırı olarak alkol ve sigara maruziyeti, bazı kalp ritim bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçlar, kortikosteroid ilaçlar, statinler gibi ilaçların kullanımının lense verdiği hasara bağlı olarak toksik katarakt oluşumuna neden olduğu gözlenmiştir (Gupta ve ark., 2014; Kang ve ark., 2016; Gök, 2018; Çelik, 2019; Karaçavuş, 2019).

Sekonder Katarakt; İkincil kataraktın meydana gelmesine göze uygulanan diğer cerrahi işlemler neden olmaktadır. Retina cerrahileri (silikon konması, vitrektomi), glokom, üveit gibi cerrahi girişimlerden sonra görülmektedir (Gupta ve ark., 2014; Gülşen, 2018; Recep, 2019).

2.2.2 Katarakt İnsidans ve Risk Faktörleri

Katarakt gelişimi pek çok nedene bağlı olan lens üzerinde meydana gelen fizyolojik değişimlerdir (Kaymakçı, 2014). Görmeye bağlı rahatsızlıklar dünya genelinde ele alındığında

gelişmemiş ülkelerde bu oran gelişmiş ülkelere göre daha fazladır (Ackland vd., 2017). Katarakt gelişimine ultraviyole ışınlar lens içinde absorbe olarak neden olur. Sigara dumanında bulunan siyanidin nedeniyle lens proteinlerini olumsuz etkileyerek katarakt oluşumuna sebep olabilir. Bazı sistemik hastalıkların komplikasyonlarında da katarakt gelişebilir. Dermatolojik, metabolik, santral sinir sistemi sorunlarında da katarakt meydana gelebilmektedir (Gözüm, 2012). Aynı zamanda ailede katarakt geçmişi, göz damlası kullanımı ve erken yaşta gözlük kullanmak risk faktörleri arasında bulunmaktadır. Katarakt gelişmesi pek çok nedene bağlı olabilmesiyle beraber doğuştan veya bazı hastalıklara bağlı da gelişebilir. Dünya genelinde, doğumsal katarakt tedavi edilebilen çocukluk çağı görme kaybı nedenlerinden birinci sıradadır (Wu vd., 2016). Çocukluk döneminde görülen edinsel kataraktlar yaşamın ilk dönemlerinde sonra meydana gelir (Bülbül ve Akkuş, 2020). Katarakt yerleşim yerine göre mikst, subkapsüler, nükleer olarak meydana gelir. Nükleer katarakt, lensin yapısındaki protein yapının değişimine bağlı olarak görülür. Protein yapının değişimi, protein katlanması sonucu ışığın lens arkasına aktarılmasını engellemiş olur (Gözüm, 2012). Sık karşılaşılan nükleer tipte, lensin iç ve dış katmanlarına açılan çekirdeğin kademeli şekilde sertleşmesi ve skleroz ile belirti verir (Thompson ve Lakhani, 2015). Kortikal katarakt sıklıkla asimetrik şekilde görülür. Arka subkapsüler tip genel olarak diğerlerine nazaran daha nadir görülür. Çoğunlukla genç bireylerde meydana gelir. İlerlemiş olgularda ayırt edici özellik olmaz. Aynı zamanda bütün tiplerin bir arada olduğu yapıda görülebilir. Bu katarakt tipi de karışık mikst katarakt olarak tanımlanır.

2.2.3. Katarakt Tedavisi

Oftalmik ameliyatlarda %70'ini kapsayan katarakt cerrahisi, görme yetisini azalttığı için lensin cerrahi olarak çıkarılıp yerine yapay bir lensin yerleştirilmesiyle tedavi edilir. Evrensel olarak katarakt cerrahisinden beklenen, minimum büyüklükte kesiyle yapılması ve suture ihtiyacı duyulmamasıdır. Ameliyat esnasında minimum hasar oluşturulması, yapay lensin yerleştirilmesi, kesinin düzgün kapatılması ve enfeksiyonun önlenmesi hedeflenir. Geline nokta bazı istisnai vakalar dışında katarakt ameliyatları genellikle lokal/topikal anestezi altında yapılmaktadır (Hashami ve ark. 2020). Şu an kullanılan birincil katarakt cerrahi yöntemleri; intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (İKKE) FAKO, ve ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonudur (EKKE).

2.2.3.1 İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (İKKE)

1930-1970 yılları arasında kullanılan tek cerrahi yöntemdir. Bu yöntemde cerrah, lensi çevresindeki kapsüllerle birlikte tamamen çıkarır, bu yüzden yapılan kesi daha büyüktür.

Günümüzde nadiren uygulanmasına rağmen, bazı özel durumlarda hala faydalı olabilmektedir (Kamath ve ark, 2018).

2.2.3.2 Fakoemülsifikasyon (FAKO)

Dünya genelinde sıkça kullanılan FAKO teknolojisi, güvenli, çözümcül ve başarı oranı yüksek olan bir cerrahi girişim yöntemidir. 1967 yılında Amerikalı Dr. Kelman'ın geliştirip detaylandığı bu etkili yöntem, lens malzemesinin ultrason yoluyla parçalanarak çıkarılmasını sağlayan kapalı sistem katarakt cerrahisidir (Hallemans ve ark, 2010). Minimal invaziv bir işlem olarak kabul edilen FAKO ameliyatının iyileşme süreci sorunsuz ve ağrısız geçmekle birlikte ameliyatın hemen ardından görme kalitesinde kayda değer bir artış gözlenir. Ameliyat süresinin uzun olmaması, minimal kesi alanı, astigmat olma ihtimalinin düşük olması, FAKO işlemi akabinde tedavi süresi ve kullanılan ilaç sayısının az olması, beklenmeyen endikasyonlar dışında iyileşme süresinin uzamama ihtimali, başka katarakt cerrahilerine oranla daha avantajlı olduğunun göstergesidir (Kang ve ark, 2016). Göz cerrahisi nezdinde baktığımız zaman cerrahi işlem esnasında ön kamaranın kontrolünün sağlanması, göz içi basınç artışı ve kanamayı azaltması gibi yönleri ele alındığında pek çok yönden avantajlı bir ameliyat yöntemidir. Katarakt cerrahisinde genel anestezi veya sedasyon verilmesi yerine topikal anestezi uygulanması cerrahinin başarı oranını arttırmaktadır. Bu gelişmeyle birlikte komplikasyonlar önemli ölçüde azalmıştır (Logan ve ark, 2010). Fakat yalnızca göz çevresine uygulanan (topikal) anestezi sonucunda FAKO işlemi sırasında hastaların daha fazla ağrı hissetmesi topikal anestezi işleminin dezavantajı olarak görülmektedir (Arslankılıç, 2019).

2.2.3.3 Ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (PEKKE)

FAKO tekniğiyle müdahalenin yeterli olmayacağı yoğun ve ileri seviyede katarakt vakalarında tercih edilmektedir. Matür kataraktlarda kullanılan bu tekniğin uygulanması için FAKO'ya nazaran daha büyük bir kesi yapılması gerekir. Lens, göz içerisinde parçalanmadan bütün olarak çıkarılmaktadır (Akoğlu, 2020).

2.2.4 Katarakt Risk Faktörleri

Kataraktın meydana gelmesine neden olan, oluşumu tetikleyen ve süreci hızlandıran pek çok etken bulunmaktadır. Katarakt oluşumunun daha net kavranması tedavi sürecinde büyük bir etki gösterir. Asıl nedenin saptanıp engellenmesi tedavi için önem taşıyan yöntemlerdendir (Gupta vd.,2014). Katarakt risk faktörleri;

2.2.4.1. Yaş

Katarakt oluşumuna neden olan risk faktörlerinin başında gelir (Okyay, 2018). Yaşla birlikte katarakt oluşma ihtimali de yükselmektedir (Pınar, 2015). Yaşla birlikte lens içerisinde bulunun C vitamini seviyesi düşer. Plazmadaki C vitamini seviyesinin düşmesinin katarakt gelişme oranının yükselmesine sebep olabileceğine dair kanıtlar bulunmuştur (Lim vd., 2020).

2.2.4.2 Cinsiyet

Yapılan klinik araştırmalar gösteriyor ki kadınlarda katarakt görülme riski erkeklere oranla daha yüksektir (Okyay, 2018). Buna en büyük etkenin yüksek olasılıkla menopozun ardından düşüşe geçen östrojen seviyesi olduğu düşünülmektedir. Deneysel bir çalışmaya göre; yumurtalıkları alınan, N-Methyl-N-nitrosurea ile tedavi gören deney farelerinde estradiol uygulamasının kataraktlı gözü %25 oranına kadar koruduğu gözlenmiştir (Gupta vd., 2014). Bazı klinik araştırmalar erken menarş ve geç dönem menapozun katarakt oluşum riskini azalttığı, östrojen hormonunun lens üzerinde koruyucu bir etki gösterdiğini düşündürmektedir (Zetterberg ve Celoejevic, 2014).

İrk, siyahi insanlarda, beyaz ırka göre nükleer ve kortikal katarakt daha yaygın görülmektedir (Pınar, 2015; Karini, 2017; Okyay, 2018). Yapılan iki vaka kontrol çalışmasında, aile öyküsünün katarakt riskini arttırdığı bulunmuştur (Karini, 2017; Okyay, 2018).

Diyabet katarakt diyabetin erken belirtilerinden biri olarak bilinmektedir, bu yüzden diyabetli hastalarda katarakt sıkça görülmektedir (Thompson ve Lakhani, 2015). Diyabet olan ve olmayan bireylerde katarakt gelişimi arasında çok büyük fark vardır. Diyabetli hastalarda, özellikle kontrol altında tutulmayan kan şekeri düzeyleri katarakt gelişimini çok hızlandırmakta hatta bu hastalarda katarakt neredeyse yirmi yıl daha erken görülmekte ve erken yaşlarda katarakt cerrahisine maruz kalmaktadır (Lam vd., 2015). Gelişmiş ülkeler ele alındığında körlüğün en yaygın nedenlerinden biri diyabetik retinopatidir (Okyay, 2018) Sosyoekonomik düzeyi düşük ve orta gelirli ülkelerin verileri ele alındığında körlüğün en büyük etkeni kataraktır ve tüm körlüklerin neredeyse yarısını meydana getirir. Gelişmiş ülkelerde bu oran çok daha düşük ve %5 seviyelerindedir. Bu da katarakt cerrahisinin ne kadar etkili bir yöntem olduğunun bir diğer göstergesidir (Ang ve Afshari, 2021).

Sigara, her gün sigara kullanan kişilerde katarakt riski yaklaşık iki kat artmaktadır. Sigara kullanımının en çok etkilediği görülen katarakt türü arka nükleer ve subkapsüler

katarakttır (Okyay, 2018). Sigara dumanındaki siyanidin vb maddeler lensin yapısındaki proteinlere zarar verdiği için katarakt oluşumunu hızlandırmaktadır (Pınar, 2015).

Radyasyon, elektromanyetik dalgalar, kızılötesi, ultraviyole ışınlar ya da radyasyon kaynakları katarakt gelişimine neden olabilir (Gupta vd., 2014).

Beslenme, senil kataraktların meydana gelmesini beslenme şekilleri etkilemektedir. Plazma antioksidan seviyeleriyle ilişkili olma ihtimali belirtilmiştir. Karotenoidler, riboflavin, E ve C vitaminleri gibi antioksidan özellikteki maddelerin mikst, kortikal ve nükleer katarakt tiplerini engellediği gözlenmiştir. Lens çeşitli enzimler, vitaminler ve antioksidanlarla yapısını korumaktadır (Okyay, 2018).

Anne ve Fetusa Ait Faktörler gebelik ya da doğum sonrası dönemde yetersiz beslenmenin, kalıtsal olmayan zonüler katarakt ilgili olduğu düşünülmüştür. Sitomegalo inklüzyonu, toksoplazma ve eritem gibi enfeksiyonel hastalıklar doğumsal kataraktla ilgilidir. Gebelik dönemi uyuşturucu, alkol kullanımı, endokrin sistemde meydana gelen değişimler doğumsal katarakt riskini yükseltmektedir (Gupta vd., 2014).

İlaçlar, tranklizanlar, diüretik ilaçlar, steroid ilaçların katarakt gelişimine neden olduğu yapılan bazı bilimsel araştırmalarda ortaya konulmuştur (Gupta vd., 2014; Karini, 2017).

Alkol, alkol kullanımı arka subkapsüler, nükleer ve kortikal kataraktların oluşma riskini yükseltmektedir (Gupta vd., 2014).

Hipokalsemi, hipoparatiroidizmde görülen hipokalsemi, çocuk ve yetişkin bireylerde katarakt görülmesine neden olabilmektedir (Pınar, 2015)

2.2.5. Katarakt Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı

2.2.5.1 Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Katarakt cerrahisi için hemşireler öncelikli olarak; hastaların etkin ve bir şekilde anamnezlerinin alınmasından, alınacak onamları açık ve net bir dille açıklayarak alınmasından ve ameliyat standartlarına uygun olarak hastaların hazırlanmasından sorumludur (Erdil,2012). Cerrahi işlem öncesinde yapılacak hazırlıklar hastane prosedürüne, cerrahi ekibe, cerrahi işleme ve uygulanacak anestezi çeşidine göre farklılık ve çeşitlilik göstermektedir (Erdil, 2012; Kaymakçı, 2014). Katarakt hastalarına neredeyse çoğuna topikal (eyedrops) ya da lokal anestezi uygulanırken bazı durumlarda genel anestezi uygulanmaktadır. Çoğunlukla çocuklarda, yüksek derecede anksiyetesi olan bireylerde, zihinsel engelli kişilerde, lokal

anesteziye karşı alerji gelişebilecek kişilerde genel anestezi yöntemi uygulanır (Erdil, 2012; Healthlink , 2017; Kaymakçı, 2014; NEI, 2017; O'Dwyer, 2009).

Ameliyat öncesi dönemde destekleyici yaklaşımda bulunmak, hastanın kaygısının azaltılmasına yardımcı olacaktır. Hemşire hasta ile zaman geçirmeli ve soru sorması için ortam yaratmalı, korku ve kaygılarını ifade etmesine yardımcı olmalıdır. Ameliyat öncesinde hastaların sistemik hastalıkları, kullandığı ilaçlar ve göz sağlığı detaylı bir şekilde incelenmelidir. Ameliyat öncesinde hastanın öyküsü alınmalı ve anestezi hazırlığı için direktif edilmiş olan rutin tetkikleri (kan tahlili, EKG vb) yapılmalı, hastanın alerjisi olup olmadığı sorgulanmalı, düzenli ilaç kullanan hastaların ilaçlarını alması sağlanmalıdır. Ameliyat öncesinde belirli ilaçların kesilmesi veya düzenlenmesi gerekebilir. Özellikle antikoagülan kullanan hastalar için direktifler doğrultusunda ilaçları düzenlenmelidir. Ameliyat öncesi dönemde hastanın göz makyajı silinmeli, kirpikleri ve göz temizliği sağlanmalıdır. Değerli eşyaları ve takma dişleri hasta ailesine teslim edilmelidir. Hastaya lokal anestezi uygulanacağı ve işlem sırasında başını oynatmamasının önemli olduğu açıklanmalıdır. Hastaya ameliyat önlüğü giydirilip, saç bonesi takılır. Hastanın hangi gözüne işlem yapılacaksa işaretleme yapılmalı ve yapılan işaretleme kontrol edilmelidir (Cihangiroğlu ve Çavdar , 2025).

2.2.5.2 Ameliyat Sırasında Hemşirelik Bakımı:

Ameliyathane salonunda hasta güvenliğine yönelik uygulamalar dikkatli bir şekilde yapılmalı ve cerrahi ekip tarafından hastanın cerrahi işlem uygulanacağı gözün tarafı kontrol edilmelidir (Erdil,2012). Lokal anestezi ile yapılan işlemlerin ortalama olarak 30-60 dakika arası süreceği, hastanın uyanık olacağı ve cerrahi işlem esnasında hastaya bazı komutlara uyması gerekeceğinin bilgisi hastaya verilmelidir (Erdil, 2012; NEI, 2017; O'Dwyer, 2009; VİHA, 2017). Cerrahi ekibin istemiyle pupilla genişletici ya da daraltıcı ilaç uygulaması cerrahi ekibin istediği dozda ve zamanda yapılmalıdır (Erdil, 2012; Kaymakçı, 2014). İşlemler yapıldıktan sonra hastaya cerrahi işlemin bittiği ve gözün göz pedi ile kapatıldığı söylenmelidir. Sonrasında hasta cerrahi ekip ile hasta odaya götürülmelidir (NEI, 2017).

2.2.5.3 Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Ameliyat sonrası hasta bakımındaki amaç, hastanın travma yaşamasını önlemek, göz içi basıncında artma, kanama ve enfeksiyon açısından hastayı izlemektir. Hastanın ameliyat günü 24 saati tamamlayacak şekilde gözü kapalı olacaktır. Hemşire, hem hasta ve hem de ailesine gözün açılmaması gerektiği konusunda bilgilendirme yapmalıdır. Hastanın etkilenmemiş tarafa doğru yatması, ameliyat olan gözde basınç gelişmesini engelleyecektir. Ameliyattan sonrasında

bazı hareketler göz içi basıncını artırabilir ve gözün zarar görmesine ya da göze yerleştirilen lensin pozisyonunun bozulmasına, kanamaya neden olabilir. Bu nedenden dolayı gözünü ovalaması, ıkınması, öğürmesi, ağır kaldırması, öksürmesi ve konstipasyon konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir. Hasta öne doğru eğilmemeli ve merdiven inip çıkarken düşmemesi için önlemler alınmalıdır. Göz pansumanı açıldıktan sonra gözün ışığa duyarlı olacağı, gözde akıntı, kızarıklık ve kaşıntı olabileceği hakkında bilgilendirilmelidir. Temiz bir mendil ile ya da pamuk ile gözün içten dışa doğru temizlemesi ve göze dokunmadan önce ellerin yıkanması gerektiğini hasta kesinlikle bilmelidir (Cihangiroğlu ve Çavdar, 2025).

Katarakt cerrahisi sonrası hastalar genellikle aynı gün içerisinde taburcu edilir. Hasta tarafından retinal yırtık riski olabileceğinden ışık çakmaları, noktalar görmesi, görmede azalma, gözde kızarıklık artışı ve ağrı olması durumunda hekimiyle iletişime geçmesi gerektiği, birkaç günden birkaç haftaya kadar bulanık görebileceği ve göz iyileştikçe görmenin artacağı bilinmelidir. Göz damlalarını nasıl uygulayacağı, dozu, zamanı, yan etkiler ve pomad uygulaması hakkında hasta ve yakınları bilinçlendirilmelidir. Aynı zamanda kontrol zamanı enfeksiyon ne zaman banyo yapabilecekleri ne zaman araç kullanmaya başlayabilecekleri hakkında bilgilendirilmelidir (Cihangiroğlu ve Çavdar, 2025).

2.2.6. Görme ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Katarakt çeşitlerine göre farklılık göstermekle birlikte katarakt oluşumunun en büyük nedeni ve etkeni yaştır. Katarakta bağlı görme bozukluklarının %90,9 'unu 60 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. Yaş ilerlemesiyle birlikte sistemik rahatsızlıklar başta olmak üzere pek çok hastalık görülmeye başlar. Bu hastalıklar içinde yaşam kalitesini en çok etkileyen hastalıkların başında görme bozuklukları gelmektedir. Katarakt görmenin azalması, sosyal aktivitelerde güçlük, depresyon, günlük aktivitelerde zorluk, düşme ve hatta kazalara sebep olan görmeyle birlikte tüm yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Görmenin azalması veya kaybolması yaşam kalitesini bütünüyle olumsuz etkilemektedir. Buna karşın başarılı geçen cerrahi bir girişimin görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesini artırdığı ortaya konulmuştur (Mc Donnell ve ark, 2003; Doğanay ve ark 2006 Cypel ve ark, 2017; Eren ve ark, 2012). Katarakt gelişimi yavaş bir süreç ve genelde ileri yaşta görüldüğünden hastaların bu durumu fark etmesi ve tedavi arayışına girmesi genelde daha uzun zamanlar almakta ve ileri yaştaki bireylerde yaşam kalitesi daha çok olumsuz yönde etkilenmektedir. Genç yaşlarda meydana geldiğinde ise bireyler iş ve sosyal hayatta daha aktif oldukları ve yaşanan bu olumsuzluğu daha çabuk fark ettiklerinden ve hızlı bir şekilde tedavi arayışına gidildiğinden dolayı daha çabuk

tedavi edilmektedir. İleri yaştaki hastaların genç hastalara göre katarakt gelişiminden daha çok ve daha uzun süre etkilenmiş olduğu saptanmaktadır (Zhu ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda görme kalitesi ve genel yaşam kalitesinin doğru orantılı olduğu Cypel ve ark. (2017)'nin 150 hasta ile yaptıkları çalışmalarında katarakt veya başka nedene bağlı olarak düşen görme keskinliğinin cerrahi veya başka yöntemle geliştirilmesinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ortaya konulmuştur (Cypel ve ark., 2017). Yine bu çalışmada kataraktın görme keskinliğinin düşmesinde en büyük etken olduğu, sosyal izolasyon, düşmeler, kazalar için riski artırdığı görülmüştür. Bu risklerin yaşlı hastayı bireysel ve sosyal boyutta etkilediğini, ayrıca sağlık kurumlarının yapıcı olarak kullanılmasını engellediğini vurgulanmıştır (Cypel ve ark., 2017). Gholami ve ark. (2016) 300 hasta ile yapmış oldukları çalışmada yaş ortalamasını 68.11 ± 11.98 bulmuş, katılımcıların %53'ünün kadın ve %47'sinin erkek; yaş, medeni durum, aylık gelir düzeyi ve hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerinde etkili önemli değişkenler olduğunu vurgulamıştır (Gholami ve ark., 2016). 152 hasta ile yapılan çalışmada yaş ortalaması 73 ± 9.6 bulunmuş, %65'inin kadın ve %35'inin erkek, hastalığa özgü sonuç ölçümlerine göre en etkin ve uygun maliyetli çözümün katarakt cerrahisi olduğu vurgulanmıştır (Porela ve ark., 2016). Görme kaybının diyabet, koroner sendrom ve işitme kaybına göre yaşam kalitesini daha fazla olumsuz etkilediği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Langellaan ve ark., 2007). Kronik hastalığı olan bireylerde görme azalması yaşam kalitesini düşürmekte, kişinin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Coyne ve ark., 2004). Görmesi azalan ve görmeyi tehdit eden hastalığı olan bireylerde genel sağlık algısında düşme ve depresyon bulgularının ortaya çıkabildiği belirtilmiştir (Lee ve ark., 2010). Fiziksel işlevin birçok yönü görmenin azalmasından olumsuz etkilenmektedir. Hareket yeteneği ile görme arasında paralel bir ilişki bulunmaktadır (Logan ve ark., 2010). Hareket yeteneğinde en önemli ögenin görme alanı olduğu ortaya çıkarılmış ve görme alanı göz kaybında hareket yeteneğinin daha fazla etkilendiği görülmüştür (Leat ve Lovie-Kitchin, 2008). Dik durma, dış dünyaya göre vücudun pozisyonunu belirleme gibi birçok bilgi yürümeye destek olmaktadır. Az gören bireylerde yürüme daha fazla etkilenmekte ve yürüyüş tarzı gören bireylere göre farklılıklar göstermektedir (Hallemans ve ark., 2010). Az görenlerin yürürken daha fazla mental güç harcadığı gösterilmiştir ki bu da az görmenin hareket yeteneğini bozan bir sorun olarak ortaya çıkarmaktadır (Turano ve ark., 1998).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, katarakt cerrahisinde ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırma soruları;

1. Katarakt cerrahisi planlanan hastaların ameliyat öncesi genel sağlık ve görme durumları ile ameliyat sonrası genel sağlık ve görme durumları arasında anlamlı bir farklılık var mı?

2. Katarakt cerrahisi planlanan hastaların ameliyat öncesi genel sağlık ve görme durumları ile ameliyat sonrası genel sağlık ve görme durumları ile hangi faktörler ilişkilidir?

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Sağlık Bakanlığına bağlı özel dal alanı olan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ekim 2024- Ekim 2025 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Ekim 2024- Ekim 2025 tarihleri arasında özel dal alanı olan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde katarakt cerrahisi olan 7041 hasta oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini; Araştırmada katarakt cerrahisi uygulanan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla araştırmaya dahil edilecek örneklem büyüklüğünü belirlemede yararlanılacak etki büyüklüğünün hesaplanmasında Cohen tarafından geliştirilen hesaplama (d-değeri) yöntemi kullanıldı (Cohen, 1998). Etki büyüklüğü indeksi olan d değerini belirlemek için Bayraktar ve ark. (2016) tarafından bildirilen, senil kataraktı olan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası görmeye bağlı yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmaya ait bulgular kullanıldı. Bu bulgulardan hareketle tekrarlı ölçümlerde en düşük fark saptanan grup puanları kullanılarak araştırmada kullanılacak etki büyüklüğü, $d=0.466$ olarak hesaplandı. Bu bağlamda tekrarlı ölçümler nicel farklılık testi (bağımlı örneklem t testi) için $d=0.466$, %95 güven düzeyinde (1- α), %95 test gücü (1- β) ile G-power (versiyon 3.1) paket programı kullanılarak toplamda 62 katılımcının örneklem grubu olarak alınması öngörüldü. Çalışmaya 110 hasta dahil edildi.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Türkçe iletişim kurulabilen,

Mental rahatsızlığı bulunmayan,

Okuma- yazma bilen hastalar olarak belirlendi.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veriler; literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, WHOQOL-BREF Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve NEI VFQ-25/TR Görme İşlevi Anketi kullanılarak toplandı.

Kişisel Bilgi Formu, Araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak geliştirilen bu form; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü, düzenli ilaç kullanımı, görme probleminin yürümeye engel olup olmadığı, görmeye yardımcı araç kullanımı, ailede katarakt problemine sahip olan bireyler, görme problemi yüzünden düşme vb. herhangi bir kaza durumu, görme problemi nedeniyle günlük aktiviteler sırasında başkalarından yardım alma durumu, daha önce katarakt ameliyatı geçmişi, katarakt ameliyatının önemine ilişkin değerlendirmeleri içeren toplam 21 sorudan oluştu (Yurtseven, 2018; Gündüz, 2019; Koç, 2023).

WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL): Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı bir ölçektir. Bireylerin yaşam kalitesini fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel sağlık boyutlarıyla ele alan çok boyutlu bir ölçektir (WHO, 1998).

Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL-100 ve arasından seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF ölçeği, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru, fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 4 alandan meydana gelmiştir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, Türk toplumunda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir (Eser ve ark., 1999; Eser ve ark., 2000). Ölçeğin Türkçe adaptasyonunda çevre ile ilgili bir soru daha bulunmakta ve toplam 27 soruyu kapsamaktadır

(Ek 1,2). Bu ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Ölçekten elde edilen puanlar arttıkça bireyin algıladığı yaşam kalitesinin arttığı kabul edilmektedir. WHOQOL-BREF'in kısa sürede uygulanabilir olması, kolay anlaşılır yapısı ve farklı hasta gruplarında güvenle kullanılabilmesi nedeniyle klinik ve akademik çalışmalarda yaygın olarak tercih edilen bir ölçektir.

Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları, fiziksel yaşam kalitesi 0.76, psikolojik yaşam kalitesi 0.67, sosyal yaşam kalitesi 0.56 ve çevresel yaşam kalitesi 0.74 olarak elde edilmiştir. Test tekrar test güvenilirliği 0.51 ile 0.81 arasında değişmektedir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayılarının kabul edilebilir düzeyde olduğu ve farklı örneklem gruplarında tutarlı sonuçlar verdiği bildirilmektedir (Eser ve ark., 2000). Bu çalışmada ameliyat öncesi ölçüm için Cronbach's Alpha değeri 0,880, ameliyat sonrası ölçüm için 0,901 olarak bulundu.

NEI VFQ-25/TR, görme keskinliği sınıflandırmasını kullanarak yaşam niteliğini inceleyen, özgün adı "National Eye Institute Vision Function Questionnaire 25 (NEI-VFQ 25)" olan ölçeğin özgün biçimi 39 sorudan oluşmuştur. Ölçeğin 2000 yılı sürümünün 25 soruluk "25 SORULU GÖRME İŞLEVİ ANKETİ", görmeye özel sağlık ile ilişkili yaşam niteliği ölçüm yöntemidir. Bu anketteki sorular, tüm göz hastalarına yönelik olarak hazırlanmıştır. Bireylerin görme düzeyinin günlük yaşam aktiviteleri ve görmeye bağlı yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendiren bir ölçektir (Mangione ve ark., 2001). Toprak ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye kazandırılmıştır. NEI VFQ-25 (Ek 2) bireylerin görme işlevleri ile görmeye bağlı yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir, görme ile ilişkili alanları ayrıntılı biçimde ele alan bir ölçektir (Mangione ve ark., 2001). Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olup, özellikle oftalmoloji alanında yürütülen klinik ve akademik araştırmalarda güvenle kullanılabileceği belirtilmektedir (Toprak ve ark., 2005). Alt boyutlara ait puanlamaların, görme fonksiyonlarındaki değişimleri duyarlı bir şekilde yansıttığı ve klinik iyileşmeleri ortaya koymada etkili olduğu vurgulanmaktadır (Mangione ve ark., 2001; Toprak ve ark., 2005).

NEI VFQ-25 toplam 25 maddeden oluşmakta ve görme ile ilişkili farklı alanları değerlendiren alt boyutları kapsamaktadır. Kişilerin genel sağlığıyla ilgili 1, genel görmeleriyle ilgili 1, yakın görmeleriyle ilgili 3, uzak görmeleriyle ilgili 3, toplumsal ilişkilerinde yaşadığı sınırlılıklarla ilgili 2, görmesi nedeniyle rol kısıtlılığıyla ilgili 2, başkalarına bağımlılık

durumuyla ilgili 3, akıl sağlığıyla ilgili 4, araba kullanabilme güçlüğüyle ilgili 5, çevresel görme azlığı ile ilgili 1, renkli görme ile ilgili bir ve gözde ağrı yakınması ile ilgili 2 sorudan oluşur.

Ölçekte yer alan maddeler, farklı yanıt seçeneklerine sahip olmakla birlikte 0–100 puanlama sistemi üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, bireyin görmeye bağlı yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. NEI VFQ-25/TR'nin klinik uygulamalarda kısa sürede uygulanabilir olması ve görme işlevlerine özgü ayrıntılı bilgi sağlaması nedeniyle oftalmoloji alanında yapılan araştırmalarda sıklıkla tercih edilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,97 dir. Bu çalışmada bulunan değer 0.880 dir.

3.5 ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Gerekli izinler alındıktan sonra ameliyat öncesi yatışı yapılan hasta ile ilk görüşme sağlandı. Bu görüşmede çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verildi, çalışmaya katılmayı kabul hastalardan yazılı ve sözlü izinleri alındı. Hasta ameliyathaneye indirilmeden önce kişisel bilgi formu, WHOQOL-BREF ve NEI VFQ-25 ölçekleri araştırmacı tarafından okunarak yüz yüze gerçekleştirildi. Formların uygulama süresi ortalama 30 dakika sürdü.

Ameliyat sonrası yapılan ikinci görüşme, birinci hafta kontrolünde poliklinikte yapıldı. İkinci görüşmede WHOQOL-BREF ve NEI VFQ-25 ölçekleri yine araştırmacı tarafından hastaya okundu ve yüzyüze uygulandı. Formların uygulama süresi ortalama 25 dakika sürdü.

Çalışmanın Güçlü Yönleri; bu çalışmanın en önemli güçlü yönlerinden biri, yaşam kalitesini hem genel sağlık hem de görmeye özgü boyutlarıyla ele almasıdır. WHOQOL-BREF ve NEI VFQ-25/TR ölçeklerinin birlikte kullanılması, katarakt cerrahisinin etkilerinin çok boyutlu olarak değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Ayrıca ameliyat öncesi ve sonrası karşılaştırmalı tasarım, cerrahi girişimin etkilerinin daha net biçimde ortaya konulmasını sağlamıştır.

Çalışmanın Sınırlılıkları; bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi, bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Ayrıca ameliyat sonrası değerlendirme süresinin görece kısa olması, özellikle sosyal ilişkiler ve psikolojik uyum gibi alanlarda uzun vadeli değişimlerin gözlenmesini engellemiş olabilir. Gelecek çalışmalarda daha uzun izlem süreleri ve çok merkezli örneklemelerle araştırmaların yapılması önerilmektedir.

3.6. DEĞERLENDİRME

Verilerin analizi, R yazılımı (R Core Team, 2024), Microsoft Excel ve SPSS 20.0 paket programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri ile hastalıkla ilişkili verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmış; ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, gözlem sayısı (N) ve yüzdelik dağılımlar hesaplanarak raporlanmıştır. Bunun yanı sıra, NEI VFQ-25/TR ve WHOQOL-BREF ölçeklerinin toplam puanları ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler elde edilmiştir.

İstatistiksel analizlerin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla, ameliyat öncesi ve sonrası ölçümlere ait verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov–Smirnov ve Shapiro–Wilk normallik testleri ile incelenmiştir. Yapılan normallik testleri sonucunda, her iki ölçüm zamanında da verilerin normal dağılım varsayımını karşılamadığı belirlenmiştir.

Bu doğrultuda, ameliyat öncesi ve sonrası döneme ait yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasında parametrik olmayan istatistiksel yöntemler tercih edilmiş ve bağımlı iki ölçüm arasındaki farkın değerlendirilmesi amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi uygulanmıştır. Analizler hem ölçeklerin genel puanları hem de alt boyutlar düzeyinde gerçekleştirilmiş; Z ve p değerleri raporlanmış, mean rank değerleri üzerinden değişimlerin yönü ve büyüklüğü değerlendirilmiştir.

Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi çift yönlü $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Kullanılan bu yöntemler, katarakt ameliyatının hastaların genel yaşam kalitesi ve görmeye bağlı yaşam fonksiyonları üzerindeki etkilerini çok boyutlu ve sistematik bir biçimde ortaya koymak amacıyla uygulanmıştır.

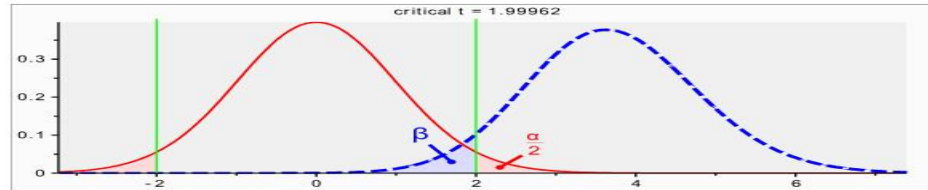
Ekler:

G-power (versiyon 3.1) çıktısı:

Friday, February 02, 2024 -- 13:41:41

t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis:	A priori: Compute required sample size	=	Two
Input:	Tail(s)	=	0.466
	Effect size dz	=	0.05
	α err prob	=	0.95
	Power (1-β err prob)	=	3.6892877
Output:	Noncentrality parameter δ	=	1.9996236
	Critical t	=	61
	Df	=	62
	Total sample size	=	0.9506272
	Actual power	=	



Şekil 3.1: Örneklem Genişliği Analizi G-Power Grafiği

3.7. ETİK KURUL VE KURUM İZNİ

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olan bu çalışma Helsinki deklarasyonu standartlarına uygun olarak yürütüldü. Araştırma için İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı 22.04.2024 tarih ve 04 sayılı sayılı etik kurul kararı (Ek 3) ile onay alındı. Araştırmanın yürütüleceği Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (Ek 4) ve katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü sözel ve yazılı onam (Ek 5) alındı. Haklarının güvence altına alınması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara araştırmadan çekilebilecekleri vurgulanarak “özerklik” ilkesine, kişisel verilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı ve kimlik bilgilerinin gizli kalacağı belirtilerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” etik standartlara uyulmasına özen gösterildi. Araştırmada “insan onuruna saygı” diğer bir etik ilke olarak dikkate alındı.

4. BULGULAR

Katarakt cerrahisi planlanmış hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada bulgular;

- Hastaların tanıtıcı özellikleri ve görme deneyimleri (Tablo 4.1-4.2)
- Ameliyat Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF ve NEI VFQ-25 ölçek alt boyutlarının karşılaştırması (Tablo 4.3-4.4)
- Ameliyat Öncesi ve Sonrası bazı değişkenler ile WHOQOL-BREF Karşılaştırması (Tablo 4.5-4.10)
- Ameliyat Öncesi ve Sonrası bazı değişkenler ile NEI VFQ-25 ölçek alt boyutlarının karşılaştırması (Tablo 4.11-4.12) olarak tablolar halinde verildi.

4.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=110)

Değişken	N	Min	Maks	Ort.	Std. Sapma.
Yaş	110	17,00	83,00	63,23	11,99
Değişken	Kategori		n	%	
Cinsiyet	Kadın		51	46,4	
	Erkek		59	53,6	
Eğitim	Okuryazar değil		8	7,3	
	İlkokul		33	30,0	
	Ortaokul		28	25,5	
	Lise		30	27,3	
	Üniversite		11	10,0	
Kronik Hastalık	Hayır		64	58,2	
	Evet		46	41,8	
İlaç Kullanımı	Hayır		64	58,2	
	Evet		46	41,8	
Sigara Kullanımı	Hayır		66	60,0	
	Evet		44	40,0	
Toplam		110			100,0

Araştırma kapsamına alınan 110 katılımcının yaşları 17 ile 83 arasında değişmiş olup, yaş ortalaması $63,23 \pm 11,99$, %53,6'sı erkek, %30'u ilkokul mezunu, %58,2'sinin kronik hastalığı bulunmamakta, %41,8'inin ise en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi. İlaç kullanımı açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %58,2'sinin düzenli ilaç kullanımı olmadığı, %60'ının sigara kullanmadığı gözlemlendi.

Tablo 4.2: Hastaların görme deneyimlerine ilişkin bulgular (N=110)

Değişken	Kategori	n	%
Yürüme Engeli	Hayır	74	67,3
	Evet	36	32,7
Yardımcı Araç Kullanımı	Hayır	69	62,7
	Evet	41	37,3
Aile Öyküsü	Hayır	33	30,0
	Evet	77	70,0
Kaza	Hayır	84	76,4
	Evet	26	23,6
Yardım Alma	Hayır	74	67,3
	Evet	36	32,7
Önce Ameliyat Olma	Hayır	72	65,5
	Evet	38	34,5
Göz	Sağ	53	48,2
	Sol	57	51,8
Bilgi Yeterliliği	Hayır	7	6,4
	Evet	103	93,6
Toplam		110	100,0

Katılımcıların %32,7'si görme sorununun yürüme yetilerini etkilediğini, %37,3'ü görmeye yardımcı araç kullandığını ifade etti. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%70,0) ailede katarakt öyküsüne sahipti. Görme ile ilgili kaza geçirme oranı %23,6 ve başkasından yardım alma oranı %32,7' bulundu. Daha önce katarakt ameliyatı olan katılımcı oranı %34,5 idi. Cerrahi girişim planlanan gözler yaklaşık olarak sağ ve sol göz arasında eşit dağıldığı gözlemlendi. Katılımcıların tümüne ameliyat ile ilgili bilgilendirme yapılmış olup büyük çoğunluğu (%93,6) kendilerine verilen ameliyat ile bilgiyi yeterli bulduğunu belirtti.

Tablo 4.3. Ameliyat Öncesi ve Sonrası WHOQOL-BREF karşılaştırması

Alt Boyut	AÖ Ort ± SS	AS. Ort ± SS	Z	p	Negatif Ortalama Sıra	Pozitif Ortalama Sıra
F1 – Genel Sağlık	54,32 ± 15,28	57,84 ± 15,51	-4,402	0,000	15,00	17,83
F2 – Fiziksel Sağlık	48,77 ± 9,78	51,04 ± 9,45	-4,395	0,000	27,39	33,32
F3 – Psikolojik Sağlık	46,74 ± 7,60	47,73 ± 8,72	-2,268	0,023	30,31	39,17
F4 – Sosyal İlişkiler	48,56 ± 15,80	48,86 ± 15,86	-0,650	0,516	16,69	15,50
F5 – Çevresel Sağlık	49,97 ± 11,39	53,52 ± 11,01	-6,106	0,000	32,20	40,01

Ort: Ortalama, SS: standart sapma, Z: Wilcoxon test istatistiği. AÖ.-Ameliyat Öncesi AS.-Ameliyat Sonrası

Ameliyat öncesi ve sonrası Genel Sağlık (F1) alt boyutu incelendiğinde, ameliyat öncesi ortalama yaşam kalitesi puanı $54,32 \pm 15,28$, ameliyat sonrası ise $57,84 \pm 15,51$ olarak bulundu ve anlamlı olduğu görüldü. Fiziksel Sağlık (F2) alt boyutunda, ameliyat öncesi ortalama $48,77 \pm 9,78$, ameliyat sonrası $51,04 \pm 9,45$ idi ve anlamlı farklılık gösterdiği bulundu. Psikolojik Sağlık (F3) alt boyutunda ameliyat öncesi ortalama $46,74 \pm 7,60$, ameliyat sonrası ise $47,73 \pm 8,72$ olarak belirlendi ve farkın anlamlı olduğu gözlemlendi. Sosyal İlişkiler (F4) alt boyutunda, ameliyat öncesi ortalama $48,56 \pm 15,80$, ameliyat sonrası $48,86 \pm 15,86$ idi ve arada anlamlılık bulunmadı. Çevresel Sağlık (F5) boyutunda ameliyat öncesi ortalama $49,97 \pm 11,39$, ameliyat sonrası ise $53,52 \pm 11,01$ olarak gözlemlendi ve ameliyat sonrası hastaların çevresel sağlık puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme olduğu yani ameliyat sonrası çevresel sağlıkta güçlü bir pozitif değişimin desteklendiği görüldü.

Ameliyat öncesi ve sonrası 110 hastada WHOQOL-BREF ölçeği beş alt boyutu üzerinden yaşam kalitesi değerlendirildiğinde ameliyat sonrası genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevresel sağlık boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler olduğu görüldü. Mean rank değerleri ameliyat sonrası değişimin yönünü desteklemiş ve verilerin büyük çoğunluğunda olumlu yönde iyileşme olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, ameliyatın yaşam kalitesi üzerinde özellikle fiziksel, psikolojik ve çevresel alanlarda olumlu etkiler sağladığını ortaya koydu.

Tablo 4.4. Ameliyat Öncesi ve Sonrası NEI VFQ-25 Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Alt Boyut		AÖ Test Ortalama (SS)	AS Test Ortalama (SS)	Neg. Sıra	Neg. Ort Sıra	Pos. Sıra (N)	Pos. Orta Sıra		p
Genel Sağlık	110	46.89 (13.02)	51.75 (11.58)	5	34.30	61	33.43	6.141	<0.001
Genel Görme	110	39.98 (11.09)	54.23 (11.56)	2	20.00	102	53.14	8.851	<0.001
Gözde Ağrı	110	32.95 (17.90)	30.45 (14.22)	32	31.41	23	23.26	2.079	0.038
Yakın Görme Zorluğu	110	52.47 (17.17)	41.14 (16.69)	103	52.93	1	8.00	8.884	<0.001
Uzak Görme Zorluğu	110	46.05 (13.14)	37.36 (11.79)	88	51.11	8	19.75	7.974	<0.001
Sosyal Zorluk	110	1.31 (16.75)	34.18 (14.93)	72	39.70	7	43.07	6.473	<0.001
Akl Sağlığı	110	50.27 (13.37)	60.95 (12.29)	1	13.00	99	50.88	8.720	<0.001
Rol Güçlüğü	110	48.73 (14.99)	40.08 (14.95)	72	37.92	2	22.50	7.422	<0.001
Bağımlılık	110	47.95 (18.76)	37.90 (16.53)	88	50.47	7	17.00	8.128	<0.001
Araba Kullanma Zorluğu	50	34.33 (19.61)	30.00 (17.00)	20	11.80	2	8.50	3.729	<0.001
Renk Görme Zorluğu	110	37.95 (21.35)	33.41 (18.32)	23	14.72	5	13.50	3.428	0.001
Çevresel/Fark etme Zorluğu	110	39.77 (19.54)	35.23 (17.37)	25	15.50	5	15.50	3.651	<0.001

N: Gözlem sayısı, SS: Standart sapma, Z: Wilcoxon Sıra Testi, AÖ.-Ameliyat Öncesi AS.-Ameliyat Sonrası

Ameliyat öncesi ve sonrası alt boyutlara göre; genel sağlık, ameliyat sonrası puanı (Ort.=51.75), öncesi puanına (Ort.=46.89) göre yükselmişti. Ameliyat sonrası genel sağlık algısında anlamlı düzeyde artış mevcuttu. Hastaların yalnızca görmeye bağlı fonksiyonlarında değil, genel sağlık durumlarına ilişkin öznel değerlendirmelerinde de iyileşme yaşadıkları gözlemlendi.

Genel Görme, ameliyat sonrası belirgin bir artış gözlemlendi ve en güçlü değişimlerden biri olarak değerlendirildi. Bu bulgu, cerrahi girişimin görsel algıyı doğrudan ve anlamlı şekilde iyileştirdiğini gösterdi. **Gözde Ağrı alt boyutunda,** ameliyat sonrası puanlar önceye kıyasla

düştüğü belirlendi (Ön: 32.95; Son: 30.45) ve anlamlı bir azalma olduğu, gözde ağrı şikâyetlerinin ameliyat sonrasında azaldığını destekledi. **Yakın Görme Zorlukları**, ameliyat öncesi puan ortalaması 52.47 iken, ameliyat sonrası 41.14'e düştüğü görüldü. sonuç anlamlı olup puanın düşmesi, ölçeğin yapısı gereği yakın görme sorunlarının azaldığı anlamına gelmektedir.

Uzak görme ile ilgili zorluklar da ameliyat sonrası azaldığı saptandı (Ön: 46.05; Son: 37.36) ve uzak görme fonksiyonlarında anlamlı iyileşme olduğunu gösterdi. **Sosyal yaşamı** etkileyen görme kaynaklı güçlüklerde azalma görüldüğü (Ön: 41.30; Son: 34.18) sosyal işlevsellikte anlamlı iyileşme olduğunu gösterdi. **Görmeye Bağlı Akıl Sağlığı alt boyutunda**, ameliyat sonrası dikkate değer bir artış görüldü (Ön: 50.27; Son: 60.95). **Rol Güçlüğü alt boyutunda**, günlük rolleri yerine getirmede yaşanan görmeye bağlı güçlükler ameliyat sonrası anlamlı olarak azaldığı belirlendi (Ön: 48.73; Son: 40.07).

Bağımlılık boyutunda da, ameliyat sonrası olumlu yönde bir düşüş vardı (Ön: 47.95; Son: 37.89). Bu sonuç hastaların başkalarına bağımlılık düzeylerinde anlamlı azalma olduğunu gösterdi. **Araba Kullanma Zorlukları ile ilgili puanlarda** ameliyat sonrası azalma olduğu gözlemlendi (Ön: 34.33; Son: 30.00). Sonuç olup anlamlı bir iyileşme olduğunu gösterdi. **Renk fark etme ile ilgili sorunlarda** da sonuç anlamlı olarak farklıydı ve ameliyat sonrası iyileşme gözlemlendi (Ön: 37.95; Son: 33.40).

Çevresel Görme / Nesne Fark Etme Zorlukları alt boyutunda, ameliyat sonrası belirgin iyileşme vardı (Ön: 39.77; Son: 35.22). Anlamlı farkın olması görsel alan genişliği ve çevresel farkındalıkta artış olduğu göstermektedir. Görme keskinliği sınıflandırmasını kullanarak yaşam niteliğini inceleyen bu ölçekte tüm alt boyutlarla ameliyat sonrasında genel sağlık, genel görme, yakın ve uzak görme fonksiyonları, psikolojik iyilik hali, sosyal işlevsellik, bağımsızlık, renkli görme ve çevresel görme alanlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme sağlandığı, gözde ağrı boyutunda da anlamlı bir azalma olduğu görüldü.

Tablo 4.5: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Cinsiyete ile WHOQOL-BREF Karşılaştırması

Alt Boyut	Cinsiyet	n	Mean Rank	Z	P
F1 AÖ	Kadın	51	47,80		
	Erkek	59	62,15	-2,432	0,015
F1 AS	Kadın	51	48,52		
	Erkek	59	61,53	-2,275	0,023
F2 AÖ	Kadın	51	49,18		
	Erkek	59	60,97	-1,949	0,051
F2s AS	Kadın	51	48,91		
	Erkek	59	61,19	-2,029	0,043
F3 AÖ	Kadın	51	53,50		
	Erkek	59	57,23	-0,622	0,534
F3 AS	Kadın	51	52,52		
	Erkek	59	58,08	-0,925	0,355
AÖ	Kadın	51	50,40		
	Erkek	59	59,91	-1,582	0,114
F4 AS	Kadın	51	48,14		
	Erkek	59	61,86	-2,287	0,022
F5 AÖ	Kadın	51	48,52		
	Erkek	59	61,53	-2,143	0,032
F5 AS	Kadın	51	48,92		
	Erkek	59	61,19	-2,021	0,043

F1-Genel sağlık F2-Fiziksel sağlık F3-Psikolojik sağlık F4-Sosyal ilişkiler F5-Çevresel sağlık. AÖ.-Ameliyat Öncesi AS.-Ameliyat Sonrası

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (**WHOQOL-BREF**) cinsiyete göre ameliyat öncesi ve sonrası genel sağlık ve çevresel sağlık, ameliyat sonrası fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya çıktı ($p<0,05$). Bu değişkenlerin tamamında erkek katılımcıların ortalama sıra değerlerinin

kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu görüldü. Buna karşılık ameliyat öncesi fiziksel sağlık alt boyutu değişkeni sınırdan anlamlılık göstermiştir ($p=0,051$), ameliyat öncesi ve sonrası psikolojik sağlık ve ameliyat öncesi sosyal ilişkiler alt boyutunda ise cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Bu bulgular, bazı faktörlerde cinsiyetin belirleyici bir rol oynadığını, ancak tüm ölçümler için genellenebilir bir etki bulunmadığını gösterdi.

Tablo 4.6: Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaş Gruplarına göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması

Alt Boyut	Yaş Grubu	n	Mean Rank	Z	p
F1 AÖ	60 altı	38	75,36		
	61 üzeri	72	45,02	-4,903	<0,001
F1 AS	60 altı	38	75,16		
	61 üzeri	72	45,13	-5,005	<0,001
F2 AÖ	60 altı	38	73,51		
	61 üzeri	72	45,99	-4,338	<0,001
F2 AS	60 altı	38	73,93		
	61 üzeri	72	45,77	-4,435	<0,001
F3 AÖ	60 altı	38	70,74		
	61 üzeri	72	47,46	-3,700	<0,001
F3 AS	60 altı	38	75,25		
	61 üzeri	72	45,08	-4,788	<0,001
F4 AÖ	60 altı	38	76,47		
	61 üzeri	72	44,43	-5,084	<0,001
F4 AS	60 altı	38	76,47		
	61 üzeri	72	44,43	-5,090	<0,001
F5 AÖ	60 altı	38	74,61		
	61 üzeri	72	45,42	-4,584	<0,001
F5 AS	60 altı	38	72,97		
	61 üzeri	72	46,28	-4,195	<0,001

F1-Genel sağlık F2-Fiziksel sağlık F3-Psikolojik sağlık F4-Sosyal ilişkiler F5-Çevresel sağlık. AÖ.-Ameliyat Öncesi AS.-Ameliyat Sonrası

Tablo 4.6 da görüldüğü gibi ameliyat öncesi ve sonrası ölçümlerde (F1–F5) yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmektedir ($p<0,001$). Tüm alt boyutlarda 60 yaş altı grubunun ortalama sıra değerleri 61 yaş ve üzeri gruba kıyasla daha yüksek bulundu. Bu bulgular, ilgili yüzdelik ölçümlerin yaşa bağlı olarak anlamlı biçimde farklılaştığını ve daha genç grupta daha yüksek değerlere ulaşıldığını ortaya koydu.

Tablo 4.7. Ameliyat Öncesi ve Sonrası İlaç Kullanımına göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması

Alt Boyut	İlaç Kullanımı	n	Mean Rank	Z	p
F1 AÖ	Hayır	64	71,49		
	Evet	46	33,25	-6,411	<0,001
F1 AS	Hayır	64	69,16		
	Evet	46	36,49	-5,649	<0,001
F2 AÖ	Hayır	64	71,36		
	Evet	46	33,43	-6,201	<0,001
F2 AS	Hayır	64	69,18		
	Evet	46	36,47	-5,344	<0,001
F3 AÖ	Hayır	64	67,33		
	Evet	46	39,04	-4,663	<0,001
F3 AS	Hayır	64	67,87		
	Evet	46	38,29	-4,868	<0,001
F4 AÖ	Hayır	64	69,70		
	Evet	46	35,75	-5,587	<0,001
F4 AS	Hayır	64	69,45		
	Evet	46	36,10	-5,495	<0,001
F5 AÖ	Hayır	64	69,80		
	Evet	46	35,60	-5,572	<0,001
F5 AS	Hayır	64	69,65		
	Evet	46	35,82	-5,516	<0,001

F1-Genel sağlık F2-Fiziksel sağlık F3-Psikolojik sağlık F4-Sosyal ilişkiler F5-Çevresel sağlık. AÖ.-Ameliyat Öncesi AS.-Ameliyat Sonrası

Tablo 4.7 incelendiğinde ameliyat öncesi ve sonrası ölçümlerde (F1–F5) ilaç kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ($p<0,001$). Tüm alt boyutlarda ilaç kullanmayan bireylerin ortalama sıra değerleri, ilaç kullanan bireylere kıyasla belirgin biçimde daha yüksek idi. Bu bulgu ilgili yüzdelik ölçümlerin ilaç kullanım durumuna

göre anlamlı şekilde farklılaştığını ve ilaç kullanmayan grupta daha yüksek değerlere ulaşıldığını gösterdi.

Tablo 4.8. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yürüme Engeli Durumuna göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması

Alt Boyut	Yürüme Engeli	n	Mean Rank	Z	p
F1 AÖ	Hayır	74	67,80		
	Evet	36	30,22	-5,992	<0,001
F1 AS	Hayır	74	65,15		
	Evet	36	35,67	-4,848	<0,001
F2 AÖ	Hayır	74	65,93		
	Evet	36	34,07	-4,955	<0,001
F2 AS	Hayır	74	66,17		
	Evet	36	33,57	-5,066	<0,001
F3 AÖ	Hayır	74	64,04		
	Evet	36	37,94	-4,093	<0,001
F3 AS	Hayır	74	64,95		
	Evet	36	36,07	-4,522	<0,001
F4 AÖ	Hayır	74	64,82		
	Evet	36	36,33	-4,461	<0,001
F4 AS	Hayır	74	64,36		
	Evet	36	37,28	-4,246	<0,001
F5 AÖ	Hayır	74	64,97		
	Evet	36	36,04	-4,482	<0,001
F5 AS	Hayır	74	65,93		
	Evet	36	34,06	-4,943	<0,001

F1-Genel sağlık F2-Fiziksel sağlık F3-Psikolojik sağlık F4-Sosyal ilişkiler F5-Çevresel sağlık. AÖ.-Ameliyat Öncesi AS.-Ameliyat Sonrası

Tablo 4.8’ de, ameliyat öncesi ve sonrası ölçümlerde (F1–F5) yürüme engeli durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar var olduğu görüldü ($p<0,001$). Tüm alt boyutlarda yürüme engeli olmayan bireylerin ortalama sıra değerleri, yürüme engeli bulunan bireylere kıyasla daha yüksek bulundu. Bu bulgular, ilgili yüzdelik ölçümlerin yürüme engeli varlığına bağlı olarak anlamlı biçimde farklılaştığını ve engeli olmayan grupta daha yüksek değerlere ulaşıldığını ortaya koydu.

Tablo 4.9. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yardımcı Araç Kullanım Durumuna göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması

Değişken	Yardımcı Araç	n	Mean Rank	Z	p
F1 AÖ	Hayır	69	66,45		
	Evet	41	37,07	-4,828	<0,001
F1 AS	Hayır	69	65,72		
	Evet	41	38,29	-4,649	<0,001
F2 AÖ	Hayır	69	64,41		
	Evet	41	40,50	-3,833	<0,001
F2 AS	Hayır	69	63,98		
	Evet	41	41,23	-3,643	<0,001
F3 AÖ	Hayır	69	62,13		
	Evet	41	44,34	-2,875	0,004
F3 AS	Hayır	69	64,49		
	Evet	41	40,37	-3,893	<0,001
F4 AÖ	Hayır	69	66,64		
	Evet	41	36,74	-4,824	<0,001
F4 AS	Hayır	69	66,67		
	Evet	41	36,71	-4,839	<0,001
F5 AÖ	Hayır	69	63,49		
	Evet	41	42,06	-3,421	0,001
F5 AS	Hayır	69	63,62		
	Evet	41	41,84	-3,480	0,001

F1-Genel sağlık F2-Fiziksel sağlık F3-Psikolojik sağlık F4-Sosyal ilişkiler F5-Çevresel sağlık. AÖ.-Ameliyat Öncesi AS.-Ameliyat Sonrası

Ameliyat öncesi ve sonrası ölçümlerde (F1–F5) yardımcı araç kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğunu göstermektedir ($p<0,01$). Tüm değişkenlerde yardımcı araç kullanmayan bireylerin ortalama sıra değerleri, yardımcı araç kullanan bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, ilgili yüzdelik ölçümlerin yardımcı araç kullanımına bağlı olarak anlamlı biçimde farklılaştığını ve yardımcı araç kullanmayan grupta daha yüksek değerlere ulaşıldığını göstermektedir.

Tablo 4.10. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Ameliyat Olma Durumuna göre WHOQOL-BREF Karşılaştırması

Değişken	Öncesi Ameliyat	n	Mean Rank	Z	p
F1 AÖ	Hayır	72	62,79		
	Evet	38	41,68	-3,411	0,001
F1 AS	Hayır	72	62,06		
	Evet	38	43,08	-3,163	0,002
F2 AÖ	Hayır	72	64,70		
	Evet	38	38,07	-4,199	<0,001
F2 AS	Hayır	72	62,24		
	Evet	38	42,72	-3,074	0,002
F3 AÖ	Hayır	72	61,54		
	Evet	38	44,05	-2,780	0,005
F3 AS	Hayır	72	63,42		
	Evet	38	40,49	-3,639	<0,001
F4 AÖ	Hayır	72	62,71		
	Evet	38	41,84	-3,311	0,001
F4 AS	Hayır	72	62,02		
	Evet	38	43,14	-2,998	0,003
F5 AÖ	Hayır	72	63,65		
	Evet	38	40,05	-3,706	<0,001
F5 AS	Hayır	72	63,62		
	Evet	38	40,12	-3,693	<0,001

F1-Genel sağlık F2-Fiziksel sağlık F3-Psikolojik sağlık F4-Sosyal ilişkiler F5-Çevresel sağlık. AÖ.-Ameliyat Öncesi AS.-Ameliyat Sonrası

Tablo 4.10 incelendiğinde ameliyat öncesi ve sonrası tüm ölçümlerde (F1–F5) daha önce ameliyat olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Tüm alt boyutlarda daha önce ameliyat olmayan bireylerin ortalama sıra değerleri, ameliyat öyküsü bulunan bireylere kıyasla daha yüksektir. Bu bulgular, ilgili yüzdelik ölçümlerin önceki ameliyat öyküsüne bağlı olarak anlamlı biçimde farklılaştığını ve ameliyat öyküsü olmayan grupta daha yüksek değerlere ulaşıldığını ortaya çıkarmaktadır.

NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Boyutlarının karşılaştırma Sonuçları

Tablo 4.11. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Cinsiyet ile NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırması

Alt Boyut	Cinsiyet	N	Mean Rank	Z	p
Genel Sağlık (AÖ)	Kadın	51	49,30		
	Erkek	59	60,86	-1,915	0,055
Genel Sağlık (AS)	Kadın	51	50,33		
	Erkek	59	59,97	-1,604	0,109
Genel Görme (AÖ)	Kadın	51	49,32		
	Erkek	59	60,84	-1,922	0,055
Genel Görme (AS)	Kadın	51	54,35		
	Erkek	59	56,49	-0,355	0,722
Gözde Ağrı (AÖ)	Kadın	51	59,72		
	Erkek	59	51,86	-1,318	0,188
Gözde Ağrı (AS)	Kadın	51	55,82		
	Erkek	59	55,22	-0,103	0,918
Yakın Zorluk (AÖ)	Kadın	51	61,92		
	Erkek	59	49,95	-1,970	0,049
Yakın Zorluk (AS)	Kadın	51	60,98		
	Erkek	59	50,76	-1,682	0,093
Uzak Zorluk (AÖ)	Kadın	51	55,98		
	Erkek	59	55,08	-0,147	0,883
Uzak Zorluk (AS)	Kadın	51	54,65		
	Erkek	59	56,24	-0,262	0,793
Sosyal Zorluk (AÖ)	Kadın	51	56,44		
	Erkek	59	54,69	-0,291	0,771
Sosyal Zorluk (AS)	Kadın	51	57,05		
	Erkek	59	54,16	-0,481	0,631
Akıl Sağlığı (AÖ)	Kadın	51	49,83		
	Erkek	59	60,40	-1,744	0,081
Akıl Sağlığı(AS)	Kadın	51	51,12		
	Erkek	59	59,29	-1,350	0,177
Rol Güçlük (AÖ)	Kadın	51	59,32		
	Erkek	59	52,19	-1,184	0,236

Alt Boyut	Cinsiyet	N	Mean Rank	Z	p
Rol Güçlük (AS)	Kadın	51	56,24		
	Erkek	59	54,86	-0,228	0,819
Bağımlılık (AÖ)	Kadın	51	61,03		
	Erkek	59	50,72	-1,699	0,089
Bağımlılık (AS)	Kadın	51	61,03		
	Erkek	59	50,72	-1,702	0,089
Araba Zorluk (AÖ)	Kadın	10	22,55		
	Erkek	40	26,24	-0,723	0,470
Araba Zorluk (AS)	Kadın	10	24,10		
	Erkek	40	25,85	-0,345	0,730
Renk Zorluk (AÖ)	Kadın	51	57,31		
	Erkek	59	53,93	-0,589	0,556
Renk Zorluk (AS)	Kadın	51	57,19		
	Erkek	59	54,04	-0,564	0,573
Farketme Zorluk (AÖ)	Kadın	51	58,93		
	Erkek	59	52,53	-1,144	0,253
Farketme Zorluk (AS)	Kadın	51	58,54		
	Erkek	59	52,87	-1,023	0,306

AÖ: Ameliyat Öncesi AS: Ameliyat Sonrası

Tablo 4.11'e bakıldığında, cinsiyete ile sağlık ve görme ile ilişkili alt boyutların büyük çoğunluğunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bununla birlikte yalnızca yakın görme zorluğu ön ölçümünde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmış ($p=0,049$) ve bu boyutta kadınların ortalama sıra değerlerinin erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer genel sağlık, görme, psikolojik sağlık, sosyal işlevsellik ve bağımlılıkla ilişkili alt boyutlarda ise cinsiyete bağlı belirgin bir farklılık belirlenmemiştir. Bu bulgular, incelenen sağlık ve görme alanlarının çoğunda cinsiyetin ayırt edici bir faktör olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.12. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaş ile NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırması

Alt Boyut	Ölçüm Zamanı	60 Altı (Mean Rank)	61 Üzeri (Mean Rank)	U	Z	p
Genel Sağlık	AÖ	76,59	44,37	566,5	-5,094	<0,001
	AS	75,62	44,88	603,5	-4,880	<0,001
Genel Görme	AÖ	77,76	43,75	522,0	-5,414	<0,001
	AS	77,38	43,95	536,5	-5,297	<0,001
Gözde Ağrı	AÖ	36,37	65,60	641,0	-4,673	<0,001
	AS	34,53	66,57	571,0	-5,220	<0,001
Yakın Görme Zorluğu	AÖ	29,72	69,10	388,5	-6,180	<0,001
	AS	32,13	67,83	480,0	-5,605	<0,001
Uzak Görme Zorluğu	AÖ	31,51	68,16	456,5	-5,741	<0,001
	AS	30,75	68,56	427,5	-5,937	<0,001
Sosyal Zorluk	AÖ	31,17	68,34	443,5	-5,880	<0,001
	AS	31,47	68,18	455,0	-5,826	<0,001
Akıl Sağlığı	AÖ	80,28	42,42	426,5	-5,960	<0,001
	AS	80,57	42,27	415,5	-6,033	<0,001
Rol Güçlüğü	AÖ	27,93	70,05	320,5	-6,672	<0,001
	AS	30,22	68,84	407,5	-6,131	<0,001
Bağımlılık	AÖ	28,00	70,01	323,0	-6,602	<0,001
	AS	27,00	70,54	285,0	-6,854	<0,001
Araba Kullanma Zorluğu	AÖ	17,13	34,56	94,5	-4,267	<0,001
	AS	17,58	34,08	106,0	-4,059	<0,001
Renk Ayırt Etme Zorluğu	AÖ	34,12	66,78	555,5	-5,428	<0,001
	AS	34,49	66,59	569,5	-5,490	<0,001
Fark Etme Zorluğu	AÖ	33,92	66,89	548,0	-5,619	<0,001
	AS	32,28	67,76	485,5	-6,108	<0,001

AÖ:Ameliyat Öncesi AS:Ameliyat Sonrası

Yaş ile NEI VFQ-25/TR Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırması sonucunda tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar var idi ($p<0,001$). 60 yaş altındaki bireylerde genel sağlık, genel görme ve akıl sağlığı puanlarının daha yüksek olduğu; buna karşılık 61 yaş ve üzerindeki bireylerde gözde ağrı, yakın ve uzak görme zorluğu, sosyal zorluk, rol güçlüğü, bağımlılık ve çevresel/görsel işlevlerle ilişkili güçlüklerin daha belirgin olduğu saptandı. Bu bulgular, yaş artışıyla birlikte özellikle fonksiyonel ve görsel kısıtlılıkların belirginleştiğini ve yaşam kalitesinin çok boyutlu olarak etkilendiğini ortaya koydu.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

Bu çalışma, katarakt cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası dönemde genel sağlıkla ve görmeye bağlı yaşam kalitesinin değişimini incelemek amacıyla gerçekleştirildi. Elde edilen bulgular; tanıtıcı özelliklerin, WHOQOL-BREF bulgularının ve NEI VFQ-25/TR bulgularının tartışılması olarak 3 bölüm halinde verildi.

Tanıtıcı Özelliklerin Tartışılması: Araştırma grubunun yaş ortalamasının ileri yaş grubunda yoğunlaşması, kataraktın yaşa bağlı bir hastalık olduğunu ortaya koyan ulusal ve uluslararası literatürle uyumludur (Asbell ve ark., 2005; Resnikoff ve ark., 2008). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da benzer biçimde katarakt hastalarının büyük çoğunluğunun 60 yaş ve üzeri bireylerden oluştuğu bildirilmiştir (Öztürk, 2017; Kara, 2019). Yaşın ilerlemesiyle birlikte görme kaybının günlük yaşam aktivitelerini daha fazla etkilemesi, ameliyat sonrası yaşam kalitesindeki değişimin daha belirgin algılanmasına neden olmuş olabilir.

Cinsiyet dağılımının kadın ve erkekler arasında dengeli olması, katarakt gelişiminde cinsiyetin tek başına belirleyici bir faktör olmadığını bildiren çalışmalarla paralellik göstermektedir (Lamoureux ve ark., 2011, Yılmaz, 2018) Bu durum, cerrahi girişimin etkilerinin cinsiyetten bağımsız olarak benzer biçimde algılandığını düşündürmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeylerinin genel olarak ilkokul ve ortaokul düzeyinde yoğunlaşması, yaş ortalamasının yüksekliği ile ilişkili olabilir. Buna karşın hastaların büyük çoğunluğunun ameliyatla ilgili verilen bilgileri yeterli bulması, sağlık eğitiminin etkin biçimde sunulduğunu göstermektedir. Demir (2020) doktora tezinde, katarakt cerrahisi öncesi verilen yapılandırılmış bilgilendirmenin, bireylerin eğitim düzeyinden bağımsız olarak ameliyat sürecine uyumu ve yaşam kalitesi algısını olumlu etkilediğini vurgulamıştır.

Katarakt cerrahisi sürecinde hemşireler, hastaların ameliyat öncesi ve sonrası bakımında kilit bir role sahiptir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, hemşirelik bakımının yalnızca fiziksel iyileşmeye değil, hastaların yaşam kalitesi algısına da doğrudan katkı sağladığını göstermektedir. Ameliyat öncesi dönemde verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri, hastaların kaygı düzeylerini azaltarak psikolojik uyumu destekleyebilir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, katarakt cerrahisinin hastaların hem genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi hem de görmeye bağlı yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve çok boyutlu iyileşmeler sağladığını göstermektedir.

WHOQOL-BREF Bulgularının Tartışılması: Ameliyat sonrası dönemde ise görme fonksiyonlarındaki iyileşmeye paralel olarak hastaların günlük yaşam aktivitelerine uyumunun desteklenmesi önem taşımaktadır. Hemşireler, özellikle yaşlı hastalarda düşme riskini azaltmaya yönelik çevresel düzenlemeler konusunda rehberlik etmeli ve hastaların bağımsızlık düzeylerini artıracak girişimleri planlamalıdır. Bu yaklaşım, yaşam kalitesindeki iyileşmenin sürdürülebilir olmasına katkı sağlayacaktır.

WHOQOL-BREF ölçeği sonuçları, ameliyat sonrası dönemde genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevresel sağlık alanlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, katarakt cerrahisinin bireyin genel yaşam kalitesine çok boyutlu katkı sağladığını göstermektedir. Asbell ve ark. (2005), görme keskinliğindeki iyileşmenin bireylerin genel sağlık algısı üzerinde dolaylı ancak güçlü bir etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada WHOQOL-BREF genel sağlık alanında elde edilen artış, söz konusu bulgularla uyumludur.

Genel sağlık algısındaki artış, görme fonksiyonlarındaki iyileşmenin bireyin kendini daha sağlıklı hissetmesine katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Benzer sonuçlar, Demir (2020) ve Kara (2019) tarafından yapılan tez çalışmalarında da bildirilmiş; ameliyat sonrası dönemde bireylerin sağlık algılarının olumlu yönde değiştiği belirtilmiştir.

Fiziksel sağlık alanındaki anlamlı artış, görme kaybına bağlı hareket kısıtlılığının azalması ve günlük yaşam aktivitelerinin daha güvenli şekilde gerçekleştirilebilmesiyle ilişkilendirilebilir. Kara (2019), tez çalışmasında katarakt cerrahisi sonrası hastaların fiziksel bağımsızlık düzeylerinin arttığını ve düşme korkusunun azaldığını rapor etmiştir. Resnikoff ve ark. (2008), katarakt cerrahisinin yaşlı bireylerde düşme riskini azalttığını ve fiziksel güvenlik algısını güçlendirdiğini bildirmiştir. Mevcut çalışmada fiziksel sağlık ve çevresel sağlık alanlarında saptanan iyileşmeler, çalışma bulgularını desteklemektedir.

Psikolojik sağlık alanındaki iyileşme, görme kaybına bağlı kaygı, güvensizlik ve bağımlılık duygularının azalmasıyla açıklanabilir. Ancak bu boyuttaki artışın diğer alanlara kıyasla daha sınırlı olması, psikolojik uyumun zaman gerektiren bir süreç olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öztürk (2017) de tez çalışmasında, psikolojik alan puanlarının ameliyat sonrası arttığını ancak bu artışın fiziksel alanlara göre daha sınırlı kaldığını belirtmiştir.

Sosyal ilişkiler alanında anlamlı bir değişim saptanmaması, sosyal ilişkilerin görme fonksiyonlarından ziyade bireyin uzun süredir yerleşmiş sosyal rolleri, aile yapısı ve kültürel özellikleriyle ilişkili olabileceğini ve sosyal ilişkilerin kısa süreli cerrahi girişimlerden ziyade

uzun dönemli sosyal ve kültürel etkenlerle şekillendiğini düşündürmektedir. Yılmaz (2018) ve Öztürk (2017) tarafından yapılan tez çalışmalarında da sosyal ilişkiler alanında benzer şekilde sınırlı değişimler rapor edilmiştir.

Çevresel sağlık alanındaki anlamlı artış, bireylerin çevreyle etkileşimlerinin artması, ulaşım ve günlük yaşamda çevresel engelleri daha kolay aşabilmeleriyle ilişkilendirilebilir. Kara (2019), çevresel sağlık alanındaki iyileşmenin bireylerin ev içi ve dışı güvenlik algılarındaki artışla bağlantılı olduğunu vurgulamıştır.

NEI VFQ-25/TR Bulgularının Tartışılması: Bu çalışmada, katarakt cerrahisinin görmeye bağlı yaşam kalitesi üzerinde belirgin ve kapsamlı iyileşmeler sağlandığı bulundu. Katarakt cerrahisi sonrası hastaların görmeye bağlı yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında anlamlı iyileşmeler gözlemlendi. Özellikle genel görme, yakın ve uzak görme fonksiyonları, görmeye bağlı psikolojik iyilik hâli, sosyal işlevsellik, rol güçlükleri ve bağımlılık düzeylerinde belirgin olumlu değişimler gözlemlendi. Ayrıca gözde ağrı, renkli görme ve çevresel görme ile ilişkili sorunlarda anlamlı azalma olduğu belirlendi. Bu bulgular, katarakt cerrahisinin yalnızca görsel fonksiyonları değil, bireyin günlük yaşam aktiviteleri ve bağımsızlık düzeyi üzerinde de olumlu etkiler sağladığını göstermektedir.

Genel görme puanlarındaki belirgin artış, cerrahi girişimin temel hedeflerinden biri olan görsel algının iyileştirilmesinin başarıyla sağlandığını göstermektedir. Yılmaz (2018) ve Demir (2020) tarafından yapılan tez çalışmalarında da genel görme puanlarının ameliyat sonrası dönemde anlamlı biçimde arttığı bildirilmiştir. Lamoureux ve arkadaşları (2011), katarakt ameliyatı sonrası hastaların NEI VFQ-25 puanlarında belirgin artış olduğunu ve bu artışın özellikle fonksiyonel görme ve psikososyal alanlarda yoğunlaştığını bildirmiştir.

Yakın ve uzak görme zorluklarındaki azalma, hastaların okuma, televizyon izleme, yüz tanıma ve dış mekânda hareket etme gibi günlük aktiviteleri daha rahat gerçekleştirebilmelerine olanak sağlamıştır. Bu bulgular, katarakt cerrahisinin bireyin fonksiyonel bağımsızlığı üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır.

Görmeye bağlı akıl sağlığı alt boyutundaki artış, görme kaybına bağlı stres, kaygı ve zihinsel yükün azalmasıyla açıklanabilir. Demir (2020), görsel fonksiyonlardaki iyileşmenin psikolojik rahatlama üzerinde dolaylı ancak güçlü bir etkiye sahip olduğunu vurgulamıştır.

Rol güçlüğü ve bağımlılık alt boyutlarında saptanan iyileşmeler, bireylerin günlük rollerini yerine getirme ve başkalarına bağımlı olma düzeylerinde belirgin azalma olduğunu

göstermektedir. Mangione ve ark. (2001), katarakt cerrahisinin bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını ve bağımsızlık algısını artırdığını vurgulamıştır. Bu sonuçlar, katarakt cerrahisinin bireyin sosyal hayata katılımını ve bağımsızlık algısını güçlendirdiğini düşündürmektedir.

Araba kullanma, renkli görme ve çevresel görme alt boyutlarında elde edilen iyileşmeler, özellikle güvenlik algısı ve çevresel farkındalık açısından önem taşımaktadır. Bu bulgular, cerrahi girişimin bireyin yaşam kalitesine dolaylı ve uzun vadeli katkılar sağladığını ortaya koymaktadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI

Çalışma sadece bir hastanenin genel cerrahi servisinde ameliyat olan hastalarla sınırlı olup hastalar bu konuda kendi deneyimlerini paylaşmaktadır. Çalışmanın verileri katılımcıların sayıları ile sınırlıdır.

5.3. SONUÇ

Katarakt cerrahisi uygulanan hastalarda hem genel yaşam kalitesi hem de görmeye bağlı yaşam kalitesinin anlamlı olarak arttığı bulundu.

WHOQOL-BREF ölçeği ile yapılan analizlerde, ameliyat sonrası genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevresel sağlık boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler gözlemlendi, sosyal ilişkiler boyutunda ise belirgin bir değişim saptanmadı.

NEI VFQ-25/TR ölçeğinin alt boyutları dikkate alındığında ameliyat sonrasında genel sağlık, genel görme, yakın ve uzak görme fonksiyonları, psikolojik iyilik hali, sosyal işlevsellik, bağımsızlık, renkli görme ve çevresel görme alanlarında anlamlı iyileşmeler sağlandı, gözde ağrı boyutunda ise anlamlı bir azalma görüldü.

Wilcoxon test sonuçları, tüm alt boyutlarda p değerlerinin anlamlı çıkmasıyla, ameliyatın hem çok boyutlu yaşam kalitesi hem de görmeye bağlı yaşam kalitesi üzerinde olumlu ve kapsamlı etkiler sağladığını destekledi. Bu bulgular, ameliyatın hastaların günlük yaşam aktiviteleri, görme fonksiyonları ve genel sağlık durumlarını iyileştirmede önemli bir rol oynadığını ortaya koydu.

5.4.ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Katarakt cerrahisi uygulanan hastaların görmeye ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik olarak, ameliyat sonrası dönemde genel görme, yakın ve uzak görme fonksiyonlarında belirgin iyileşmeler saptanmış olması nedeniyle, ameliyat sonrası izlem sürecinde yalnızca görme keskinliğinin değil, görmeye bağlı yaşam kalitesinin de bütüncül olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu kapsamda NEI VFQ-25/TR gibi geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının klinik uygulamalara entegre edilmesi,
- Ameliyat sonrası gözde ağrı, renkli görme ve çevresel görme ile ilişkili sorunların anlamlı biçimde azalması dikkate alınarak, hastaların ameliyat sonrası beklentilerinin gerçekçi biçimde yönetilmesi ve iyileşme sürecine ilişkin bilgilendirmenin yapılandırılmış eğitim programlarıyla desteklenmesi,
- Katarakt cerrahisi sonrası yaşam kalitesindeki artışın yalnızca görsel fonksiyonlarla sınırlı olmadığı, bireylerin bağımsızlık düzeyi ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme kapasitelerini de etkilediği göz önünde bulundurularak, hemşirelik bakım planlarının fonksiyonel yeterlilik ve bağımsızlık kazanımını destekleyecek şekilde düzenlenmesi,
- Yaşam kalitesi algısının bireysel, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilendiği dikkate alındığında, özellikle ileri yaş grubundaki bireylerde ameliyat sonrası dönemde danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin güçlendirilmesi,
- Çalışmanın tanımlayıcı nitelikte olması göz önünde bulundurularak, gelecekte yapılacak araştırmalarda daha geniş örneklemelerle, uzun dönem izlem içeren ve girişimsel tasarımların kullanıldığı çalışmaların planlanması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Abdelkader, M. M., Patel, S. V., McLaren, J. W., & amp; Bourne, W. M. (2015). Corneal endothelial cell loss 5 years after Descemet stripping with endothelial keratoplasty. *American Journal of Ophthalmology*, 159(3), 597–600. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2014.11.017>
2. Ackland, P., Resnikoff, S., Bourne, R. (2017). World blindness and visual impairment: Despite progress, the burden remains high. *Community Eye Health Journal*, 30(100), 71 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5819008/>
3. Akoğlu, E. (2020). Görme engelli bireylerin toplumsal yaşama katılımı: Engel mi çevre mi? *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 9(3),1510–1526. <https://doi.org/10.15869/itobiad.753591>
4. Ağca, A., Celik, U., Toker, E., & Güllü, R. (2018). Çocukluk çağı kataraktları ve tedavi yaklaşımları. *Türk Oftalmoloji Dergisi*.
5. Akoğlu, E. (2021). Görme engelli bireylerin sosyal dışlanma algısı ve mücadele stratejileri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(2), 543–566. <https://doi.org/10.33417/tsh.935075>
6. Ang, M., & amp; Afshari, N. A. (2021). Descemet membrane endothelial keratoplasty: current perspectives. *Clinical Ophthalmology*, 15, 3869–3881. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S300039>
7. Arslankılıç, A. (2019). Görme engelli bireylerde toplumsal katılım düzeyleri (Yüksek lisans tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
8. Asbell, P. A., Dualan, I., Mindel, J., Brostein, S. I., Kass, M. A., & Neufeld, A. H. (2005). Age-related cataract. *The Lancet*, 365(9459), 599-609.
9. Astiazarán, A., Martínez, L., Esteban, R., & amp; Martinez, J. A. (2018). Impact of diet on vision: Lessons from the Mediterranean pattern. *Nutrients*, 10(9), 1207. <https://doi.org/10.3390/nu10091207>
10. Başar, H. (2019). *Göz Hastalıkları* (4. Baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

11. Bayraktar, N., Kocatürk, T., & amp; Yılmaz, H. (2016). Okul öncesi çocuklarda görme taraması: Erken tanının önemi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(3), 115–121.
12. Bülbül, S., Akkuş, Y. (2020). Görme engelli çocuklarda gelişimsel destek gereksinimleri. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 4(2), 398–417. <https://doi.org/10.24130/eccd-jecs.1967202042134>
13. Cantor, L. B., Rapuano, C. J., Cioffi, G. A., & amp; Schachat, A. P. (2009). *Ophthalmology: Expert Consult: Online and Print*. Elsevier Health Sciences.
14. Cihangiroğlu N, Çavdar İ. Katarakt cerrahisi uygulanan hastanın bakım yönetimi. *Atljm*. 2025;5(13):159-163
15. Cohen J. The analysis of variance. In *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (second ed.). Lawrence Erlbaum Associates. 1988, 274-87.
16. Cypel, Y. S., Tait, M., & amp; Barnett, S. B. (2017). Noise-induced hearing loss and vision disorders in the workplace. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 14(7), D69–D75. <https://doi.org/10.1080/15459624.2017.1302580>
17. Çelik, N. (2019). Görme engelli bireylerde eğitime erişimde yaşanan sorunlar. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 187–202. 64
18. Çetin, H. (2004). Türkiye’de engellilik olgusu ve sosyal hizmet uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 15(1), 5–18.
19. Demir, S. (2020). *Katarakt cerrahisi uygulanacak hastalarda yapılandırılmış eğitim ve bilgilendirmenin ameliyat sonrası uyum ve yaşam kalitesine etkisi* (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
20. Demirel, İ. (2011). Engelli bireylerin toplumsal hayata katılımı: Görme engelliler örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 22(2), 45–59.
21. Doğanay, S., Zorlu, C., & amp; Yıldız, T. (2006). Refraksiyon kusurlarının erken tanısı. *Türk Oftalmoloji Dergisi*, 36(4), 212–218.
22. Drake, R. L., Vogl, W., Mitchell, A. W. M. (2020). *Gray’s anatomy for students* (4th ed.). Philadelphia: Elsevier
23. Erdil, F. (2012). Görme engelli bireylerde bakım hizmetleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 1–9.

24. Erdil, F., Elbaş, N. (2012). Görme engelli bireylerin yaşam kalitesi ve hemşirelik hizmetleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16(1), 12–21. 65
25. Eren, B. (2012). Görme engelli bireylerin sosyal yaşama katılımı: Kamu hizmetlerine erişim sorunları. Toplum ve Demokrasi, 6(14), 95–118.
26. Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E. (1999). WHOQOL-BREF TR: WHOQOL-100'ün kısa formu Türkçe versiyonu psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(2), 23-40.
27. Eser, S. Y., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, E., Elbi, H., & Göker, E. (2000). Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*, 8(Ek 2), 5-13.
28. Gholami, A., Hashemi, H., & Pakzad, R. (2016). Global prevalence of presbyopia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Ophthalmic & Vision Research*, 11(4), 432–440. <https://doi.org/10.4103/2008-322X.194384>
29. Gök, M. (2018). Görme engelli öğrencilerin eğitiminde yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri. *Eğitim ve Toplum*, 26(3), 93–110.
30. Gözüm, S. (2012). Görme engelli bireylerin yaşam deneyimlerinin hemşirelik bakımı açısından değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 33–41
31. Gülşen, F. (2018). Görme engelli bireylerin istihdamında yaşanan güçlükler ve sosyal politika önerileri (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
32. Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E. (1999). WHOQOL-BREF TR: WHOQOL-100'ün kısa formu Türkçe versiyonu psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(2), 23-40.
33. Eser, S. Y., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, E., Elbi, H., & Göker, E. (2000). Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*, 8(Ek 2), 5-13.
34. Gupta, P., Bhandari, A., Singh, M. (2014). Visual impairment and blindness in India: A review. *Oman Journal of Ophthalmology*, 7(3), 133–139. <https://doi.org/10.4103/0974-620X.142595>
35. Gürdal, C. (2020). Türkiye’de engelli bireylere sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(2), 81–101.

36. Hallemans, A., De Clercq, D., Van Dongen, S., Aerts, P. (2010). Changes in gait parameters with age in a visually impaired population. *Gait & Posture*, 31(1), 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2009.09.012>
37. Hashemi, H., Pakzad, R., Yekta, A., Aghamirsalim, M., Khabazkhoob, M., & Sharif-Kashani, P. (2020). Global and regional prevalence of age-related cataract: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *MethodsX*, 7, 100826.
38. Hashami, N., Safar, H., & Al-Qatami, A. (2020). Local and topical anesthesia in modern cataract surgery: Outcomes and patient satisfaction. *Journal of Ophthalmic and Vision Research*.
39. Hashemi, H., Pakzad, R., Yekta, A., Aghamirsalim, M., & Khabazkhoob, M. (2020). Global and regional prevalence of age-related cataract: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *MethodsX*, 7, 100826.
40. HealthLink BC. (2017). Vision loss. <https://www.healthlinkbc.ca/healthy-eating/vision-loss>
41. International Council of Ophthalmology. (2002). Visual standards: Aspects and ranges of vision loss with emphasis on population surveys. <https://www.icoph.org/downloads/visualstandardsreport.pdf>
42. Kamath, M. G., Ramasamy, S., & Vijayalakshmi, P. (2018). Nutritional optic neuropathy: A review. *Journal of Clinical Ophthalmology and Research*, 6(2), 69–74.
43. Kang, S. H., Kim, J. H., & Kim, M. K. (2016). Visual outcomes of cataract surgery in patients with low vision. *Korean Journal of Ophthalmology*, 30(2), 109–115. <https://doi.org/10.3341/kjo.2016.30.2.109>
44. Kara, C. (2019). *Yaşa bağlı katarakt olgularında demografik özellikler ve eşlik eden sistemik hastalıkların incelenmesi* (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
45. Karaçavuş, H. (2019). *Görme engelli bireylerde aile tutumları ve sosyal katılım düzeyleri* (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
46. Karini, A. (2017). *Görme engelli bireylerin karşılaştıkları mimari engeller üzerine bir araştırma*. *Mimarlık ve Yaşam Dergisi*, 15(3), 112–123
47. Kaymakçı, S. (2014). *Görme engelli bireylerin eğitimi ve topluma kazandırılması*. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 3(4), 67–76.

48. Koç, M. (2023). *Görme bozukluğu olan bireylerde düşme riski ve günlük yaşam aktivitelerinin incelenmesi* (Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.
49. Lam, B. L., Zheng, D. D., Davila, E. P., Arheart, K. L., Christ, S. L., Galor, A., Lee, D. J. (2015). Trends in vision impairment in the United States: 1984–2010. *Ophthalmic Epidemiology*, 22(5), 324–331. <https://doi.org/10.3109/09286586.2015.1066393>
50. Langellaan, S., de Boer, M. R., van Nispen, R. M. A., Wouters, B., Moll, A. C., van Rens, G. H. M. B. (2007). Impact of visual impairment on quality of life: A comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Ophthalmic Epidemiology*, 14(3), 119–126. <https://doi.org/10.1080/09286580701375161>
51. Lamoureux, E. L., Fenwick, E., Pesudovs, K., & Tan, D. (2011). The impact of cataract surgery on quality of life. *Current Opinion in Ophthalmology*, 22(1), 19-27.
52. Leat, S. J., & Lovie-Kitchin, J. E. (2008). Measuring vision in children: What to measure and how to measure. *Clinical and Experimental Optometry*, 91(1), 3–13. <https://doi.org/10.1111/j.1444-0938.2007.00219.x>
53. Lee, M. W., Park, Y. H., & Choi, H. Y. (2010). Assessment of quality of life in visually impaired patients using National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *Korean Journal of Ophthalmology*, 24(4), 207–212. <https://doi.org/10.3341/kjo.2010.24.4.207>
54. Logan, D., Hill, S., & Barer, M. (2010). Visual impairment and employment: A comparative study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104(5), 281–293.
55. Mangione, C. M., Lee, P. P., Gutierrez, P. R., Zhu, K., Berry, S., & Hays, R. D. (2001). Development of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *Archives of Ophthalmology*, 119(7), 1050-1058.
56. McDonnell, P. J., Lee, P., Spritzer, K., Lindblad, A. S., & Hays, R. D. (2003). Associations of presbyopia with vision-targeted health-related quality of life. *Archives of Ophthalmology*, 121(11), 1577–1581. <https://doi.org/10.1001/archophth.121.11.1577>
57. Meriç, S., & Oflaz, H. (2007). *Gözün fizyolojisi ve görme biyokimyası*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.

58. Netter, F. H. (2019). *Netter İnsan Anatomisi Atlası* (Ş. Arı & S. Çavdar, Çev. Ed.; 7. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri.
59. O'Dwyer, V. (2009). Visual impairment in older people: The importance of primary care. *Irish Medical Journal*, 102(5), 140–142.
60. Okyay, O. (2018). Görme engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi: Manisa ili örneği (Yüksek lisans tezi). Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
61. Özkan, G. (2020). Görme engellilere yönelik sosyal hizmet uygulamalarının değerlendirilmesi. *Sosyal Hizmet Dergisi*, 34(1), 53–70.
62. Öztürk, M. (2017). 60 yaş üstü bireylerde görme keskinliği ve katarakt prevalansı: Bir saha çalışması. *Türk Oftalmoloji Dergisi*.
63. Öztürk, Y., Uğur, S., Yıldırım, B. (2001). Görme engelli bireylerin sorunları ve çözüm önerileri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 215–228.
64. Pınar, R. (2015). Görme engelli bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3), 189–197.
65. Polat, T., Demir, M., & Şahin, E. (2017). Görme engelli bireylerin mesleki rehabilitasyonu ve istihdam sorunları. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 19(2), 211–229.
66. Porela, P., Mäkelä, M., Lehtinen, H. (2016). Learning accessibility: Architectural design strategies for people with visual impairment. *Journal of Accessibility and Design for All*, 6(2), 123–141. <https://doi.org/10.17411/jacces.v6i2.119>
67. Recep, Ö. (2019). Görme engelli bireylerin sosyal hizmetlerden yararlanma durumları ve sorunları. *Sosyal Hizmet Dergisi*, 33(2), 234–248.
68. Resnikoff, S., Pascolini, D., Mariotti, S. P., & Pokharel, G. P. (2008). Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(1), 63–70.
69. Sabanayagam, C., Cheng, C. Y. (2017). Global causes of vision loss in 2015: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1221–e1234. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30393-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30393-5)

70. Sabanayagam, C., & Cheng, C. Y. (2017). Global causes of vision loss in 2015: Are we on track to achieve the Vision 2020 target? *The Lancet Global Health*, 5(4), e351–e352. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30086-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30086-9)
71. Seddon, J. M., Christen, W. G., Manson, J. E., LaMotte, F. S., Glynn, R. J., Buring, J. E., & Hennekens, C. H. (1995). The use of vitamin supplements and the risk of cataract. *Archives of Ophthalmology*, 113(12), 1518-1523.
72. Shah, S. P., Gilbert, C. E., Razavi, H., Turner, A., Lindfield, R. (2013). Prevalence and causes of blindness and low vision in southern Sudan. *PloS Medicine*, 10(7), e1001450. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001450>
73. Sharma, R. A., Santhoshkumar, C. (2009). Understanding low vision: A rehabilitation approach. *Indian Journal of Ophthalmology*, 57(1), 19–23.
74. Sönmez, B. (2021). Engelli bireylerin kamusal alanda karşılaştıkları fiziksel engeller: Görme engelliler örneği. *Sosyal Politika Araştırmaları Dergisi*, 21(1), 87–103.
75. Snell, R. S. (2019). *Snell'in Klinik Anatomisi* (E. K. Arıncı, Çev. Ed.). Güneş Tıp Kitabevleri.
76. Standring, S. (Ed.). (2021). *Gray's anatomy: The anatomical basis of clinical practice* (42nd ed.). Elsevier.
77. Standring, S. (Ed.). (2021). *Gray's anatomy: The anatomical basis of clinical practice* (42nd ed.).
78. Thompson, J. R., Lakhani, N. (2015). The economic impact of visual impairment in older adults. *British Journal of Ophthalmology*, 99(1), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2014-305871>
79. Toprak et al (2005). Cross-validation of the Turkish version of the 25-item National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI-VFQ 25), *Ophthalmic Epidemiol*, 12(4):259-69. 67.
80. Turano, K. A., Rubin, G. S., Herdman, S. J., Chee, E., Fried, L. P. (1998). Visual stabilization of posture in the elderly: Fallers vs. nonfallers. *Optometry and Vision Science*, 75(10), 774–779. <https://doi.org/10.1097/00006324-199810000-00023>
81. World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/>

82. World Health Organization. (2019). World report on vision. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision>
83. Wu, L., Fernandez, C. G., Rodriguez, F. J., Berrospi, A. R. (2016). Retinal diseases in low- and middle-income countries. Middle East African Journal of Ophthalmology, 23(4), 265–272. <https://doi.org/10.4103/0974-9233.195498>
84. World Health Organization [WHO]. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. Geneva: World Health Organization.
85. World Health Organization [WHO]. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. Geneva: World Health Organization.
86. Yanoff, M., Duker, J. S. (2008). *Ophthalmology* (3rd ed.). Mosby Elsevier.
87. Yeter, F., Güngör, D. (2012). Engellilerin istihdamında yaşanan sorunlar: Görme engelliler üzerine bir araştırma. İş, Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 14(2), 45–61.

7.EKLER

EK 1: İNTİHAL RAPORU



Sayfa 1 / 54 - Kapak Sayfası

Gönderi Kimliği trnoid::13478809163

Rabia Buse Ayyıldız

Yasın Koçak KATARAKT OPERASYONUNDA HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ ve SONRASI GÖRME ve GENEL SAĞLIĞA ...

tez
İstanbul Atlas Üniversitesi

Belge Ayrıntıları

Gönderi Kimliği

trnoid::13478809163

Gönderi Tarihi

11 Şub 2026 12:42 GMT+3

İndirme Tarihi

11 Şub 2026 12:56 GMT+3

Dosya Adı

Yasin_KOÇAK_BİCİMSEL_DUZENLENMİS_V2_2.docx

Dosya Boyutu

2.1 MB

48 Sayfa

11.167 Sözcük

73.963 Karakter



Sayfa 1 / 54 - Kapak Sayfası

Gönderi Kimliği trnoid::13478809163



Sayfa 2 / 54 - Bütünlük Genel Bakış

Gönderi Kimliği trnoid::13478809163

20% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çıkarılan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Ön Sıradaki Kaynaklar

18% İnternet kaynakları

9% Yayımlar

4% Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

Bütünlük Bayrakları

İnceleme için 0 Bütünlük Bayrağı

Herhangi bir şüpheli metin mantıplasyonu belirlenmedi.

Sisteminizin algoritmaları bir belgede, onu normal bir gönderiden ayıracak her türlü tutarlılığı denetlemesine inceler. Tuhaf bir şey fark ederseniz incelemeniz için bayrak ekleriz.
Bir bayrak mutlaka bir sorun olduğunu göstermez. Ancak daha fazla inceleme için dikkatinizi vermenizi öneririz.



Sayfa 2 / 54 - Bütünlük Genel Bakış

Gönderi Kimliği trnoid::13478809163

EK 2: TEZ KONUSU KABULÜ

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.03.2024-40221



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-22686390-302.14.01-40221
Konu : Yasin KOÇAK'ın Tez Konusu Kabulü

15.03.2024

Sayın Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR

Danışmanlığını yürüttüğünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasin KOÇAK'ın "Katarakt Operasyonunda Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Görme ve Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez önerisi Enstitü Yönetim Kurulunun 12.03.2024 tarih ve 2024/08 sayılı toplantısında görüşülerek İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin 9(1) maddesine göre kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Hafize UZUN
Enstitü Müdürü

Belge Doğrulama Kodu :BSAZ57R1B Pin Kodu :09691

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=7570&eD=BSAZ57R1B&eS=40221>

ATLAS VAÖİ KAMPÜSÜ ANADOLU CAD. NO: 40

34408 KAĞITHANE İSTANBUL

info@atlas.edu.tr

444 34 39 / 0212 761 87 61 (FAX)

Kep Adresi: istanbulatlasuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ceren ZEYTÜNLÜ
Unvanı: Uzman Yardımcısı



atlas.edu.tr

EK 3: ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.05.2024-41970



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-22686390-050.99-41970
Konu : 22.04.2024 Tarih ve 04/39 Sayılı Etik
Kurul Kararı

03.05.2024

Sayın Prof. Dr. İkbâl Çavdar

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Hemşire Yasın Koçak ile birlikte planladığınız '**Katarakt Operasyonunda Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Görme Ve Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**' isimli araştırmanız kurulumuzun 22.04.2024 tarihli ve 04 sayılı toplantısında etik yönden uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Ayhan BİLİR
Kurul Başkanı

Belge Doğrulama Kodu :BS5ZR1510
ATLAS VADI KAMPÜSÜ ANADOLU CAD. NO:40
34405 KAGITHANE İSTANBUL
info@atlas.edu.tr
444 34 39 / 0212 401 67 61 (FAX)



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=7570&eD=BS5ZR1510&eS=41970>

Kep Adresi: istanbulatlasuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Burcu ONAL
Unvanı: Sekreter



atlas.edu.tr

EK 4: KURUM İZİNİ

Evrak Kayıt Tarihi ve Sayısı: 25.12.2024-56981

Evrak Tarihi: 23.12.2024



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-263369220
Konu : Yasin KOÇAK'ın Çalışması Hk.

İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü)

İlgi : 22.10.2024 tarihli ve 41972894-100.001.001-E.53214 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Üniversitenizin Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Yasin KOÇAK'ın "*Katarakt Operasyonunda Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Görme ve Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*" başlıklı bilimsel çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 13.12.2024 tarih ve 2024/18 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Opr. Dr. Zülfü KILIÇ
Müdür a.
Başkan

Ek: Hastane Görüşü Uygun

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 3678439F-0C58-44C0-8D86-88038F6FD4FD

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbördirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122

Telefon No: 02126383000

e-Posta: ist.saglingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Semra DEMİRKAYA

Ebe

Telefon No: 02126383399 - 3015



EK 5: ONAM FORMU

Şayın katılımcı, İstanbul Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hemşirelik Programı öğrencisiyim (Yasin Koçak). Danışmanım Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR ile birlikte yüksek lisans tez çalışması planladık. “**Katarakt Operasyonunda Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Görme Ve Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesini**” belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacak ve tedavi sürecinizi aksatmayacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilir veya istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanırken isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Sayın Yasin Koçak tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukardaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim). Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu onam kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı/zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Ad-Soyad:

İmza:

EK 6: KULLANILAN ÖLÇEKLER

HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİ VE HASTALIK DURUMUNU BELİRLEME FORMU

SORU FORMU:

...../2024

Sayın katılımcı, bu çalışmada sizlerin katarakt ameliyatı sonrası yaşadığınız güçlükleri ve gereksinimleri belirlemeyi amaçlıyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu veriler çalışma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacak ve Kimlik bilgileriniz saklı tutulacaktır. Bu çalışmada yer aldığınız için sonsuz teşekkür ederiz.

Anket No:

1) Adınız Soyadınız:

2) Yaşınız:

3) Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek

4) Mesleğiniz:

5) Eğitim Durumunuz:

a) Okuma yazma bilmiyor

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Üniversite

f) Diğer.....

6) Telefon Numarası:

7) Ev Adresi:

8) Sistemik bir hastalığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

(8.soruya cevap evet ise 9. soruyu da cevaplayınız)

9) Sistemik hastalığınız/hastalıklarınızı açıklayınız:

.....

10) Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

a) Evet b) Hayır

(10.soruya cevap evet ise 11. soruyu da cevaplayınız)

11)Sürekli kullandığınız ilaçların adını, dozunu ve kullanma zamanını yazınız.

- | | |
|----|----|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

12)Sigara kullanıyor musunuz?

a)Evet.....b)Hayır

13)Görme probleminiz yürümenize engel oluyor mu?

a)Evet.....b)Hayır

(13.soruya cevabınız evet ise 14.soruyu da cevaplayınız)

14)Görmeye yardımcı herhangi bir araç kullanıyor musunuz?

a)Evet.....b)Hayır

15)Ailenizde katarakt ~~katarakt~~ problemine sahip olan bireyler var mı?

a)Evet.....b)Hayır

16)Görme probleminiz yüzünde düşme vb. herhangi bir kaza geçirdiniz mi?

a)Evet.....b)Hayır

17)Görme probleminiz nedeniyle günlük aktiviteleriniz sırasında başkalarından yardım alırmısınız?

a)Evet.....b)Hayır

18)Daha önce katarakt ameliyatı oldunuz mu?

a)Evet.....b)Hayır

19)Katarakt ameliyatını hangi gözünüzden olacaksınız?

a)Sağ.....b)Sol

20)Geçireceğiniz katarakt operasyonu ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?

a)Evet.....b)Hayır

(20.soruya cevabınız evet ise 21.soruyu da cevaplayınız)

21)Katarakt operasyonu ile ilgili bu bilgilendirme size hangi yolla yapıldı?

a)Sözel

b)Broşür

c)Diğer:.....

22- Katarakt ameliyatı hakkında verilen bilgiyi yeterli buldunuz mu?

a)Evet.....b) Hayır

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

WHOQOL-BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği)

WHOQOL-BREF

YÖNERGE: Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır. Lütfen kurallarınızı beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. **Yaşamınızın son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor. Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1 G1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

(1)Çok kötü (2)Biraz kötü (3)Ne iyi, ne kötü (4)Oldukça iyi (5)Çok iyi

2 G4 Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3 F1.4 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

4 F11.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

5 F4.1 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

6 F24.2 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

7 F5.3 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

8 F16.1 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

9 F22.1 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri **ne ölçüde tam olarak** yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10 F2.1 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

11 F7.1 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

12 F18.1 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

13 F20.1 Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşıyorsunuz?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

14 F21.1 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyumcu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15 F9.1 Bedensel hareketlilik(etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

(1)Çok kötü (2)Biraz kötü (3)Ne iyi, ne kötü (4)Oldukça iyi (5)Çok iyi

16 F13.3 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

17 F10.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

18 F12.4 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

19 F6.3 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

20 F13.3 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

21 F15.3 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

22 F14.4 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

23 F17.3 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

24 F19.3 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

25 F23.3 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

(1)Hiç hoşnut değil (2)Çok az hoşnut (3)Ne hoşnut, ne değil (4)Epeyce hoşnut (5)Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkla hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26 F8.1 Ne sıklıkla hüznü, ümitsizlik, bunalı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

(1)Hiç bir zaman (2)Nadiren (3)Ara sıra (4)Çoğunlukla (5)Her zaman

U.27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

(1)Hiç (2)Çok az (3)Orta derecede (4)Çokça (5)Aşırı derecede

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

Yardımlarınız için teşekkürler.....

1. BÖLÜM - GENEL SAĞLIK ve GÖRME

1. Genel olarak, tüm sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Şu anda her iki gözünüzle baktığınızda, eğer kullanıyorsanız gözlük ya da kontakt lenslerinizle de olsa, görmenizin, mükemmel, iyi, orta, kötü, veya çok kötü olduğunu mu söylersiniz yoksa tamamen kör müsünüz?

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

3. Ne sıklıkla görmeniz ile ilgili endişe duyuyorsunuz?

Hiçbir zaman	1
Nadiren	2
Bazen	3
Çoğu zaman	4
Her zaman	5

4. Gözünüzde ve çevresinde ne kadar acı ya da rahatsızlık hissi, örneğin yanma, kaşıntı, veya sızlama oluyor?

Hiç	1
Hafif	2
Orta	3
Şiddetli, veya	4
Çok şiddetli	5

2. BÖLÜM - FAALİYETLERLE İLGİLİ ZORLUKLAR

Bundan sonraki sorular, belirli faaliyetleri yaparken, eğer varsa gözlük ya da kontakt lenslerinizi takıyor olsanız da, ne kadar zorluk çektiğinizle ilgilidir.

5. Başlıklar dışındaki gazete yazılarını okumak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5

Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden
bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

6. Yemek pişirme, dikiş dikme, evdeki tamirat işleri ya da el aletlerini kullanma gibi yakından iyi görmenizi gerektirecek işleri veya boş zaman uğraşlarınızı yapmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden
bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

7. Görmeniz nedeniyle, kalabalık bir raftan aradığınız bir şeyi bulmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

8. Sokak isimlerini ya da mağaza tabelalarını okumak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden
bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

9. Görmeniz nedeniyle loş ışıktaki ya da geceleri , basamak, merdiven veya kaldırımlardan aşağı inmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden
bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

10. Görmeniz nedeniyle, yürürken çevrenizdeki şeyleri fark etmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor 3

Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

11. Görmeniz nedeniyle, söylediğiniz sözlerle insanların nasıl tepki verdiklerini görebilmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

12. Görmeniz nedeniyle, kendi giysilerinizi seçmek ve birbirine uydurmak, sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

13. Görmeniz nedeniyle, insanlarla evlerinde, arkadaş toplantılarında ya da lokantada görüşmek, sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

14. Görmeniz nedeniyle, sinema, tiyatro ya da spor karşılaşmalarını seyretmeye gitmek, sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

15. Şimdi size araba kullanmakla ilgili sorular soracağım. Şu anda, arada bir de olsa hiç araba kullanıyor musunuz?

Evet 1 Soru 15c'ye gidiniz

Hayır 2

15a. EĞER HAYIRSA SOR:

Hiç mi araba kullanmadınız yoksa araba kullanmayı mı bıraktınız?

Hiç kullanmadım	1	3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz
Bıraktım	2	

15b. EĞER ARABA KULLANMAYI BIRAKTIYSA:

Bırakışınız, temelde görmenize mi, başka nedenlere mi yoksa hem görmenize hem başka nedenlere mi bağlıydı?

Temelde görmeme bağlı	1	3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz
Temelde başka nedenlere bağlı	2	3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz
Hem görme hem başka nedenlere bağlı	3	3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz

15c. EĞER ŞU ANDA ARABA KULLANIYORSA:

Alıştığınız yerlerde gündüz araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4

16. Geceleri araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

16a. Zor durumlarda, örneğin, kötü hava koşullarında, yoğun saatlerde, otoyolda ya da şehir içi trafiğinde araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

3. BÖLÜM : GÖRME SORUNLARININ SONUÇLARI

Aşağıdaki sorular, yaptığınız şeylerin görmenizden nasıl etkilenmiş olabileceği hakkındadır. Her bir durumun, sizin için, her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren, veya hiçbir zaman doğru olup olmadığını söyler misiniz ?

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren zaman	Hiçbir
17. Görmeniz nedeniyle, <u>hedeflediğinizden daha azını mı başarıyorsunuz?</u>	1	2	3	4	5

18. Görmeniz nedeniyle iş ya da başka etkinlik için harcayabileceğiniz süre <u>daha mı az?</u>	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

19. <u>Gözlerinizde veya çevresindeki</u> ağrı ya da rahatsızlık hissi, <u>örneğin, yanma, kaşınma, veya ağrı,</u> sizi yapmak istediğinizden, ne kadar alıkoyuyor?.....	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Aşağıdaki her bir ifade sizin için, kesinlikle doğru, çoğunlukla doğru, çoğunlukla yanlış veya kesinlikle yanlış mı yoksa kararsız mısınız, söyler misiniz?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Kararsızım yanlış	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle
20. Görmem nedeniyle, <u>çoğu zaman evden dışarı çıkamıyorum</u>	1	2	3	4	5
21. Görmem nedeniyle, <u>çoğu zaman kendimi sinirli hissediyorum</u> ...	1	2	3	4	5
22. Görmem nedeniyle, <u>yaptığım işlere daha az hakim olabiliyorum</u> ...	1	2	3	4	5
23. Görmem nedeniyle, <u>başka insanların söylediklerine daha fazla bel bağlamak zorundayım</u>	1	2	3	4	5
24. Görmem nedeniyle, <u>başkalarının yardımına çok fazla ihtiyaç duyuyorum</u>	1	2	3	4	5
25. Görmem nedeniyle, <u>kendimi ya da başkalarını utandıracak şeyler yapmaktan</u> endişe duyuyorum....	1	2	3	4	5

EK 3: Seçmeli İlave 13 Soru Eki

ALT-ÖLÇEK: GENEL SAĞLIK

A1. “Sıfır”ın ölüm kadar kötü ve 10’nun mümkün olan en iyi sağlık durumu olduğu bir ölçekte genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En Kötü En İyi

ALT-ÖLÇEK: GENEL GÖRME

A2. “Sıfır”ın, körlük ya da körlük kadar, olabilecek en kötü görme ve 10’nun mümkün olan en iyi görme anlamına geldiği bir ölçekte, görmenizi nasıl değerlendirirsiniz (eğer kullanıyorsanız, gözlük ya da kontak lenslerinizle)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En Kötü En İyi

ALT-ÖLÇEK: YAKIN GÖRME

A3. Gözlüklerinizle telefon rehberini, ilaç şişesi üzerindeki ya da resmi evraklardaki küçük yazıları okumak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

A4. Görmeniz nedeniyle, aldığınız fiş veya faturaların doğruluğunu anlamak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

A5. Görmeniz nedeniyle, traş olma, saçınıza şekil verme, veya makyaj yapma gibi işleri yapmak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2

Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

ALT ÖLÇEK: UZAK GÖRME

A6. Görmeniz nedeniyle tanıdığınız kişileri bir odanın karşı tarafındayken seçmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

A7. Görmeniz nedeniyle, yapmaktan hoşlandığınız aktif sporları, veya diğer açık hava etkinliklerini yapmak (hafif koşu, yürüyüş, futbol oynamak, bisiklete binmek gibi) sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

A8. Görmeniz nedeniyle, televizyon programlarını keyif alarak seyretmek sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

ALT-ÖLÇEK: SOSYAL FONKSİYON

A9. Görmeniz nedeniyle, evinizde ailenizi ve arkadaşlarınızı ağırlamak sizin için ne kadar zor?

Hiç zor değil	1
Biraz zor	2
Orta derecede zor	3
Çok zor	4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım	5
Bunu yapmayı görme dışındaki başka nedenlerden bıraktım veya bu konuyla ilgilenmiyorum	6

ALT-ÖLÇEK: ARABA KULLANMA

A10. [Bu madde, "zor durumlarda araba kullanma", madde 16a olarak, 25 soruluk temel serinin bir parçası olarak dahil edilmiştir.]

ALT-ÖLÇEK: ROL KISITLANMASI

A11. Aşağıdaki sorular, görmenize bağlı olarak yapabileceğiniz şeylerle ilgilidir. Her bir durum sizin için çoğunlukla, bazen, nadiren veya hiçbir zaman mı geçerli?

Her zaman Çoğunlukla Bazen Nadiren Hiçbir zaman

a. Görmeniz nedeniyle, başkalarından daha fazla mı yardım alıyorsunuz?.....

1 2 3 4 5

b. Görmeniz nedeniyle, yapabileceğiniz işlerin çeşitleri azalıyor mu?...

1 2 3 4 5

ALT ÖLÇEKLER: ESENLİK/SIKINTI (#A12) ve BAĞIMLILIK (#A13)

Bundan sonraki sorular görme durumunuzla nasıl başa çıktığınızla ilgilidir. Aşağıdaki her bir ifade sizin için, kesinlikle doğru, çoğunlukla doğru, çoğunlukla yanlış ya da kesinlikle yanlış mı yoksa kararsız mısınız, söyler misiniz?

Kesinlikle Çoğunlukla Kararsızım Çoğunlukla Kesinlikle
doğru doğru yanlış yanlış

A12. Görmem nedeniyle, sıklıkla aşırı huzursuzum

1 2 3 4 5

A13. Görmem nedeniyle, evimden dışarı yalnız başıma çıkamıyorum

1 2 3 4 5

EK 7: ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

116 ileti dizisinden 10.

**YASİN KOÇAK**
Alio: erhanese

20 Mar 2025 13:31

↩ ⓘ

Merhaba hocam; ben Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Bölümü yüksek lisans öğrencisi Yasin Koçak , tez danışmanım Prof. Dr. İlbal Çavdar ile birlikte tezimde sizin "WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği " isimli ölçeğinizi kullanmak istiyorum . Gereğini arz ederim.

**Erhan Eser**
Alio: ben

22 Mar 2025 16:44

↩ ⓘ

Sayın kullanıcı (Prof. Dr. İlbal Çavdar, Yasin Koçak)

Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 'ün Türkçe sürümünü, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmaya planladığınız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanız ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "[Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz](#)". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) yaş, eğitim ve gelir durumu / sosyal sınıf gibi sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1,q2,q3....q26, q27 biçiminde giriniz.

Not: WHOQOL dahil DSÖ ölçüm araçlarının kullanıcılarından herhangi bir ücret talep edilmemektedir.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser
WHOQOL Türkiye merkezi
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

Tel: 0 236 233 8586,
Faks: 0236 233 14 66

erhanese@gmail.com

(konu yok)

External

Gelen Kutusu x



YASIN KOÇAK

Merhaba hocam; ben Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrah
danışmanım Prof. Dr. İlbal Çavdar ile birlikte tezimde sizin “NEI VFQ-25,
ederim.

2



Erhan Eser

Alici: ben

SayınYasın Koçak,

Söz konusu VFQ-25 Türkçe sadece geçerliliğini biz yaptık.

Bizim iznimiz yeterli olursa bizim açımızdan ölçeği etik kurul onayı alacak olmanız şartıyla akademik amaçlarla kullanma
başarılar dileriz

Prof. Dr. Erhan Eser



8.ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yasin KOÇAK

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Lise	Kaman Anadolu Sağlık Meslek Lisesi/Hemşirelik	2016
Lisans	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi /Hemşirelik	2021
Yüksek Lisans	İstanbul Atlas Üniversitesi/ Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği	Devam ediyor

İş :
Deneyimi

Unvan	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018-Devam

Yayınları