

**KATARAKT CERRAHİSİ YAPILACAK HASTALARDA  
1. ve 2. GÖZ CERRAHİLERİ ÖNCESİ,  
HASTALARIN ENDİŞE DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Saliha ABACIOĞLU**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANA BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Tuncay KÜSBECİ**

**Tez No:2009-012**

**T.C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KATARAKT CERRAHİSİ YAPILACAK HASTALARDA  
1.ve 2. GÖZ CERRAHİLERİ ÖNCESİ,  
HASTALARIN ENDİŞE DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Saliha ABACIOĞLU

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Tuncay KÜSBECİ

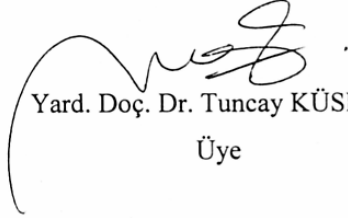
Tez No:2009-012

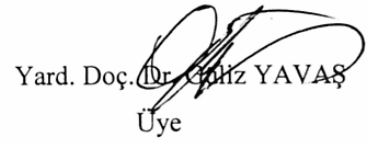
2009- AFYON

## KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21.05.2009

  
Yard. Doç. Dr. Tuncay KÜSBECİ  
Üye

  
Yard. Doç. Dr. Güliz YAVAŞ  
Üye

Yard. Doç. Ömer ÖZBULUT



Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Saliha ABACIOĞLU'un "Katarakt Cerrahisi Yapılacak Hastalarda 1. Göz ve 2. Göz Cerrahileri Öncesi, Hastaların Endişe Düzeylerinin Araştırılması" başlıklı tez çalışması 21/05/2009 günü saat 15:00'da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

  
Doç. Dr. Yavuz DEMİR  
Enstitü Müdürü

**ÖNSÖZ**

1. Göz ve 2. göz katarakt cerrahisi öncesi, hastaların endişe düzeylerinin araştırılmasına yönelik olan bu çalışmanın yeterli ve faydalı olması temennisiyle...

Araştırmamın her aşamasında bana göstermiş olduğu sabır, anlayış, katkıları ve rehberliği için danışman hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Tuncay Küsbeci'ye; araştırma süresince benden yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen AKÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Göz Servisi ve Göz Polikliniği çalışanlarına, araştırmamıza destek veren S.D.Ü Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana bilim dalı başkanı Prof. Dr. Yavuz Bardak'a, eğitime desteğini esirgemeyen Isparta İl Sağlık Müdür Yardımcısı sayın Dr. Hakan Dağlı'ya, Uzm. Dr. Handan Duman'a, değerli yüksek lisans hocalarıma, öğrenim hayatım boyunca beni sürekli destekleyen, ideallerime ulaşmam için beni her zaman teşvik eden değerli aileme, bütün arkadaşlarıma, meslektaşlarıma saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Saliha ABACIOĞLU

Afyonkarahisar-2009

**İÇİNDEKİLER**

|  |      |
|--|------|
| ÖNSÖZ .....  | IV   |
| İÇİNDEKİLER .....  | V    |
| SİMGELER VE KISALTMALAR.....   | VIII |
| ŞEKİLLER DİZİNİ.....   | IX   |
| TABLolar DİZİNİ .....  | X    |
| ÖZET .....   | XIII |
| SUMMARY .....  | XV   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....   | 1    |
| 1.1. Katarakt .....  | 4    |
| 1.1.2. Lens .....  | 5    |
| 1.1.3. Katarakt Semptomları ve Katarakt Tanısında Kullanılan Testler ..... | 9    |
| 1.1.4. Katarakt Gelişim Mekanizmaları .....                                | 11   |
| 1.1.5. Katarakt Çeşitleri .....  | 11   |
| 1.1.6. Kataraktın Tedavisi .....   | 19   |
| 1.1.7. Katarakt Cerrahisinin Tarihçesi .....                               | 20   |
| 1.1.8. Katarakt Cerrahisi Tipleri .....                                    | 22   |
| 1.2. Anksiyete .....   | 22   |
| 1.2.1. Tarihçe .....   | 23   |
| 1.2.2. Anksiyete Belirtileri .....   | 25   |
| 1.2.3. Anksiyete Tipleri.....  | 26   |
| 1.2.4. Preoperatif Anksiyete ve Nedenleri .....                            | 26   |
| 1.2.5. Preoperatif Yaklaşım ve Yardım.....                                 | 28   |
| 2. GEREÇ VE YÖNTEM .....   | 30   |
| 2.1. Araştırmanın Türü .....   | 30   |
| 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....                              | 30   |
| 2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem .....                                 | 30   |
| 2.4. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler .....                      | 31   |
| 2.5. Veri Değerlendirilmesi.....   | 32   |
| 3. BULGULAR.....   | 33   |

|  |    |
|--|----|
| 3.1. Olguların Sosyodemografik Özelliklerini Tanıtıcı Bulgular.....  | 33 |
| 3.2. Çalışma ve Kontrol Grubunun Durumluk ve Süreklilik Anksiyetesinin Karşılaştırılması .....   | 36 |
| 3.3. 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların (Çalışma Grubu) Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....  | 36 |
| 3.4. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Cinsiyet Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....   | 37 |
| 3.5. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Yaş Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....  | 39 |
| 3.6. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Hastaların, Medeni Duruma Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....  | 40 |
| 3.7. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....   | 41 |
| 3.8. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Meslek Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....   | 43 |
| 3.9. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....  | 44 |
| 3.10. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Yaşadığı Yer Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....   | 45 |
| 3.11. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Kimlerle Yaşadığına Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....  | 46 |
| 3.12. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Katarakt Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması... ..   | 48 |
| 3.13. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Katarakt Hakkında Edindikleri Bilginin Kaynağına Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması ..   | 49 |
| 3.14. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Ailesinde Katarakt Ameliyatı Olma Öyküsüne Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması ..  | 50 |
| 3.15. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Ameliyat Öncesi Sağlık Görevlilerinden Ameliyat Anksiyetesini Azaltmaya Yönelik Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması... .. | 52 |

|   |    |
|---|----|
| 3.16. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Ameliyat Öncesi Sağlık Görevlilerinden Ameliyatları Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması..... | 53 |
| 3.17. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Sigara Kullanma Durumuna Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....   | 55 |
| 3.18. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Sistemik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması  | 56 |
| 4. TARTIŞMA .....   | 58 |
| 5. SONUÇ .....  | 66 |
| KAYNAKLAR .....   | 68 |
| EKLER.....  | 78 |
| EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....  | 78 |
| EK 2. AKÜ Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Kliniğinde; Katarakt Cerrahisi Yapılacak Hastalarda 1.ve 2. Göz Cerrahileri Öncesi, Hastaların Endişe Düzeylerinin Araştırılmasına Yönelik Anket Formu ..... | 80 |
| EK 3. AKÜ Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Kliniğine; Muayane Olmak İçin Gelen, Göz Hastaların Endişe Düzeylerini Tespit Etmeye Yönelik Anket Formu. ....   | 82 |
| EK 4. STAI FORM TX-1 .....  | 84 |
| EK 5. STAI FORM TX-2 .....  | 85 |

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

|             |   |
|-------------|---|
| <b>ASKK</b> | : Arka Supkapsüler Katarakt             |
| <b>ATP</b>  | : Adenotrifosfat                        |
| <b>Ca</b>   | : Kalsiyum                              |
| <b>DNA</b>  | : Deoksiribonükleik Asit                |
| <b>DM</b>   | : Diabetes Mellitus                     |
| <b>EKKE</b> | : Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu |
| <b>İKKE</b> | : İntrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu  |
| <b>K</b>    | : Potasyum                              |
| <b>k Da</b> | : Kilo Dalton                           |
| <b>Mg</b>   | : Magnezyum                             |
| <b>mm</b>   | : Milimetre                             |
| <b>MÖ</b>   | : Milattan Önce                         |
| <b>MS</b>   | : Milattan Sonra                        |
| <b>Na</b>   | : Sodyum                                |
| <b>nm</b>   | : Nanometre                             |
| <b>rad</b>  | : Radyasyon                             |
| <b>UV</b>   | : Ultraviole                            |
| <b>yy</b>   | : Yüzyıl                                |
| <b>WHO</b>  | : Dünya Sağlık Örgütü                   |



**ŞEKİLLER DİZİNİ**

**Şekil 1.** Kataraktlı Güz..... 5

## TABLOLAR DİZİNİ

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 3.1.1.</b> Çalışma Grubu ve Kontrol Grubundaki Olguların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....  | 34 |
| <b>Tablo 3.1.2.</b> 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....                                  | 35 |
| <b>Tablo 3.3.</b> 1.Göz ve 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....          | 37 |
| <b>Tablo 3.4.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                 | 37 |
| <b>Tablo 3.4.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                 | 38 |
| <b>Tablo 3.4.3.</b> 1.Göz ve 2. Göz Grubundaki Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                          | 38 |
| <b>Tablo 3.5.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Yaş Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                      | 39 |
| <b>Tablo 3.5.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Yaş Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                      | 39 |
| <b>Tablo 3.5.3.</b> 1. Göz ve 2. Göz Grubundaki Hastaların Yaş Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                              | 40 |
| <b>Tablo 3.6.1.</b> 1.Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Medeni Duruma Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                      | 40 |
| <b>Tablo 3.6.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Medeni Duruma Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                     | 41 |
| <b>Tablo 3.7.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması | 42 |
| <b>Tablo 3.7.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                   | 42 |
| <b>Tablo 3.8.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Meslek Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                      | 43 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 3.8.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Meslek Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....  | 44 |
| <b>Tablo 3.9.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....   | 44 |
| <b>Tablo 3.9.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....   | 45 |
| <b>Tablo 3.10.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Yaşadığı Yer Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....   | 46 |
| <b>Tablo 3.10.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Yaşadığı Yer Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....   | 46 |
| <b>Tablo 3.11.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Kimlerle Yaşadığına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....   | 47 |
| <b>Tablo 3.11.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Kimlerle Yaşadığına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....   | 47 |
| <b>Tablo 3.12.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Katarakt Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....                      | 48 |
| <b>Tablo 3.12.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Katarakt Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....                      | 48 |
| <b>Tablo 3.12.3.</b> 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Cerrahisi Planlanan Hastaların Daha Önceden Katarakt Hakkında Bilgi Sahibi Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....     | 49 |
| <b>Tablo 3.13.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Katarakt Hakkında Edindikleri Bilginin Kaynağına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....                  | 50 |
| <b>Tablo 3.13.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Katarakt Hakkında Edindikleri Bilginin Kaynağına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....                  | 50 |
| <b>Tablo 3.14.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Ailesinde Katarakt Ameliyatı Olma Öyküsüne Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması..... | 51 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Tablo 3.14.2.</b> 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Ailesinde Katarakt Ameliyatı Olma Öyküsüne Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                  | 51 |
| <b>Tablo 3.15.1.</b> 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                             | 52 |
| <b>Tablo 3.15.2.</b> 2.Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                              | 53 |
| <b>Tablo 3.15.3.</b> Ameliyat Anksiyetesini Azaltmaya Yönelik Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Cerrahisi Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması ..... | 53 |
| <b>Tablo 3.16.1.</b> Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyatları Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                   | 54 |
| <b>Tablo 3.16.2.</b> Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyatları Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre 2. Göz katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....                   | 54 |
| <b>Tablo 3.16.3</b> Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyatları Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Operasyonu Olacak Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....           | 55 |
| <b>Tablo 3.17.1.</b> Sigara Kullanma Durumuna Göre 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....   | 55 |
| <b>Tablo 3.17.2.</b> Sigara Kullanma Durumuna Göre 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....   | 56 |
| <b>Tablo 3.18.1.</b> Sistemik Hastalık Öyküsü Olma Durumuna Göre 1.Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanları Karşılaştırılması..   | 56 |
| <b>Tablo 3.18.2.</b> Sistemik Hastalık Öyküsü Olma Durumuna Göre 2.Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanları Karşılaştırılması..   | 57 |
| <b>Tablo 3.18.3.</b> Sistemik Hastalık Öyküsü Olma Durumuna Göre 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Operasyonu Olacak Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması .....                                     | 57 |

**ÖZET**

Bu çalışma, göz kliniğinde 1.göz ve 2. göz katarakt operasyonu olacak olan hastaların ameliyat öncesi endişe düzeyleri ve göz polikliniğine muayene için başvuran hastaların endişe düzeylerinin araştırılması amacıyla planlanmıştır.

Araştırma AKÜ Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerekli izinler alındıktan sonra yapılmıştır. Çalışma prospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma kesitsel tipte planlanmış ve şubat 2008- aralık 2008 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini AKÜ Tıp Fakültesi Göz Kliniğinde ilk kez ve ikinci kez katarakt ameliyatı olacak hastalar ile göz polikliniğine muayene amaçlı başvuran hastalar oluşturmuştur. Örneklem grubunu, ameliyatı planlanan 14 yaş üstü, cerrahi girişim uygulanması planlanan, soruları yanıtlayabilecek düzeyde yeterliliğe sahip olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, 1. göz katarakt cerrahisi için 50, 2. göz katarakt cerrahisi için 50 hasta, toplam 100 hasta oluşturmuştur. Kontrol Grubunu ise göz polikliniğine başvuran, 14 yaş üstü, soruları yanıtlayabilecek düzeyde yeterliliğe sahip olan, refraksiyon muayenesi olan ve herhangi bir göz ameliyatı planlanmayan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 100 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak; demografik verileri içeren bilgi formu, Durumluk Anksiyete (STAI-I) ve Sürekli Anksiyete (STAI-II) kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri elektronik ortama aktarılarak SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 13.0 paket programı ile yapıldı. Demografik veriler ki-kare testi, aynı gruptaki değerlerin karşılaştırılması paired *t*-testi, gruplar arası karşılaştırmalar ise çoklu gruplarda ANOVA, 2'li gruplarda Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edildi.

Araştırmamızda çalışma ve kontrol grubunun durumluk anksiyetesi karşılaştırıldığında çalışma grubunun durumluk anksiyete puanı yüksek bulundu. Her iki grubun süreklilik anksiyetesi yüksek olarak bulundu. 1. göz katarakt ameliyatı olacak hasta grubunun anksiyete puanı, 2. göz ameliyat olacak hasta grubuna göre

yüksek bulundu. 1. göz katarakt cerrahisi olacak ve psikolojik destek almayan grubun 2. göz katarakt cerrahisi olacak ve psikolojik destek almayan gruba göre durumluk anksiyetesi anlamlı olarak yüksek bulundu. 1. göz katarakt cerrahisi olacak ve sistemik bir hastalığı olan hastaların durumluk anksiyetesi yüksek olarak bulundu. Çalışmamızda; eğitim durumu, mesleki durum, yaşanan yer, kimlerle yaşadığı, yaş durumu, sosyal güvence durumu, ameliyat öncesi ameliyat hakkında bilgi alma durumu, sigara kullanma durumuna göre 1.göz ve 2. göz katarakt cerrahisi olacak hastaların preoperatif anksiyetesine etki etmediği saptandı.

Sonuç olarak, katarakt ameliyatı olacak bireyin, biyopsikososyal yönden tam bir bütün olarak ele alınması, preoperatif anksiyete düzeyinin azaltılması için kapsamlı bir hemşirelik bakım sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Endişe düzeylerini azaltmaya yönelik farklı hemşirelik yaklaşımları özellikle, 1. göz katarakt cerrahisi olacak, kadın, sistemik hastalığı olan ve preoperatif psikolojik destek almamış hastalara daha yoğun şekilde uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Hemşirelik, Katarakt, Katarakt Cerrahisi, Preoperatif Anksiyete.

## SUMMARY

In the present study we proposed to investigate the anxiety level of patients who could undergo cataract operation for the first or second time at eye surgery department and compare their results with the patients who consulted the eye doctor but could not undergo operation.

This prospective study was done in University of Afyonkocatepe School of Medicine Department of Eye Surgery, after getting the required permissions. We planned this paper as a cross sectional research and performed between February 2008- December 2008. In the study group we involved a total number of 100 patients who were voluntary, aged above 14 years and could able to answer the questions; 50 of them will have gone eye operation for the first time and the other 50 for the second time. The control group was choosen from patients older than 14 years, able to answer the questions who did have only refraction error and were not planned for surgery as 100 patients. Data, were gathered using an Interview Form, State Trait Anxiety Inventory (STAI-I and STAI-II). The statistical analyses of the study was done by SPSS 13 program. We used chi-square test for demographic data, the reasons in the same group were compared by paired t test and the parameters between two group by Mann- Whitney-U Test and in multiple groups by ANOVA test. The values of  $p < 0.05$  were accepted to be significiant.

We obtained a much more greater state anxiety point in the study group than control group. The constant anxiety was high in both groups. The anxiety point was higher at patients who would undergo operation for the first time than the patients for second time. There was a statistically significiant difference between state anxiety of patients who would undergo surgery for the first time without psychological support than patients having second surgery without psychological support (having higher levels inthe first surgery group than second operation). The patients who will have the first cataract surgery with systemic illness had higher state anxiety. Education

state, career, living place, the persons with living, age, social security, knowledge about surgery before operation, cigarette smoking had no effect on the preoperative anxiety both for first and second operation.

In conclusion, the patients who will have cataract operation must be evaluated for a complete biopsychosocial condition and to decrease the preoperative anxiety of the patient, an extensive nurse care system must be developed. Different nurse care approachments should be applied especially to the patients who are going to have the first surgery, female, have a systemical disease and have no preoperative psychological support strongly.

**Key Words;** Anxiety, Cataract, Cataract Surgery, Nursing, Preoperative Anxiety.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişimi boyunca insan çok çeşitli engellemelerle karşılaşır ve çeşitli çatışmalar yaşar; hastalıklar da bunlardan biridir. Hastalık çoğu kişinin yaşamında en yaygın ve erken deneyimlerinden biridir (1). Hastalık, bireyin homeostatik dengesinin bozulmasına ve buna bağlı olarak çok sayıda fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Böyle bir değişim karşısında farklı tepkiler gösteren bireylerde, hastalık, hastaneye yatma, ameliyat olma gibi durumlar, kendi kendine yeterli olma ve sağlığa karşı tehlike olarak algılanan olumsuz deneyimlerin yaşandığı geçici bir dönem olarak değerlendirilmektedir (2). Hastalık kavramı hem objektif, hem de subjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler durumları hakkında farklı görüşlere sahip olabilir, farklı tepkiler gösterebilirler (1) .

Hasta olmak ve hastaneye yatmak bireylerin yaşamını birçok yönden etkiler, kaygı ve endişelerini artırır. Ameliyat için hastaneye yatma ise orta derecede bir stres uyaranıdır. Tüm ameliyatlarda, hasta ve ailesi için olumsuz bir yaşam deneyimidir. Cerrahi girişimler kişinin benlik saygısını ve beden algısını tehlikeye sokan, sakatlık gibi zarar verici bir uygulamayı ya da vücut bütünlüğünden kayıpları içerebilirler (3). Ameliyat olmak üzere hastaneye gelen hasta kendisi için yabancı ve değişik bir çevre içine girmektedir. Çevre değişimi ve ameliyatın taşıdığı belirsizlik hastanın kaygı duymasına yol açmaktadır (4).

Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinden en önemlisi; bilinmeyen bir şeyle karşılaşma korkusudur. Bu dönemde anksiyete yaratabilecek diğer faktörler ise hastanın ameliyat hakkında çevresinden duydukları, teşhis, ameliyat sonrası ağrı çekme beklentisi, organ kaybı veya sakat kalma endişesi, ameliyat izi, ölüm tehlikesi, anestezi tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi veya aktivitelerden uzak kalma korkusu şeklinde sıralanabilir (3).

Kaygı “Bedensel düzeyde dengeyi bozacak tehlikelere karşı tepki ya da bozulan dengeyi yeniden düzenleme çabalarının başarısızlığa uğraması sonucu ortaya çıkabilecek bir durum” olarak tanımlanmaktadır. Özellikle bireyin kendisini tehlikede hissettiği durumlarda yaşanır (4).

Surman, cerrahinin psikolojik anlamını tanımlarken cerrahi işlemin iki yönüne vurgu yapmıştır:

- a. Cerrahi, ağrı ve acının azaltılmasına yönelik kararlı bir yaklaşımdır.
- b. Cerrahide beklentilerde artış ve bağımlılıkla karakterize bir transferans ilişkisi vardır.

Cerrahi uygulanacak olan hasta, ağrı ve acıdan kurtuluş umudu taşımasının yanısıra, işlemin kendisinden kaynaklanacak yeni ağrı ve acıların, eğer anesteziye bilincini yitirecekse yaşayacağı bilinmezliğin korkusu içindedir (5).

Ameliyat hasta için ağrı, bağımsızlığın kaybı, beden imajında değişim anlamlarını taşır. Birey bedensel ve yaşamsal düzenine yönelen bu tehdit karşısında kaygı duyar. Swindale çalışmasında ameliyat olmak üzere hastaneye yatan hastaların kaygı düzeylerinin diğer hastalardan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Yapılan araştırmalar, bu bulgular ile uyumlu olarak ameliyat olacak hastaların orta düzeyden panik derecesine varabilen kaygı yaşadıklarını ortaya koymuştur (4).

Kaygı; hastaların gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan planlı ameliyat öncesi bakım ve ekip hizmeti ile en aza indirilebilir. Ameliyat öncesi bakımın amacı, hastayı fiziksel ve ruhsal yönden ameliyata hazırlamaktır. Hastane ortamında hasta ile olan yakın birlikteliği nedeniyle bu bakımı sağlayacak en uygun kişi hemşiredir. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, psikolojik, fizyolojik hazırlığı ve hasta eğitimini kapsar. Bu dönemde hastaların kaygı yaşamasına neden olabilecek etmenlerin dikkate alınması bakımı daha etkin kılacaktır (4).

Esas olarak görsel bir dünyada yaşarız ve görme en önemli duyularımızdan biridir. Gözler, insanoğlunun dünya güzelliklerini duyumsamasını ve bu

güzelliklerden zevk almasını sağlayan (6), bedenin dünyaya açılan pencereleri olarak tanımlanabilir (6,7). Görme fonksiyonumuz önemli derecede azaldığında, görmenin günlük yaşam aktivitelerimiz üzerindeki etkileri ortaya çıkar (6). Görme, biyolojik ritmi sürdürmede ve çevresel uyarınları tam olarak algılayabilmede en etkili durumdur (8).

Kristalin lens intrauterin dönemde veya yaşamın devamı sırasında dejeneratif değişiklikler gösterebilir. Bu olaylar sonucunda lensin saydamlığını kaybetmesi ve lenste yoğunlaşma (opasite) ortaya çıkması katarakt olarak adlandırılır. Kataraktların bir kısmı durağanken, bazıları ilerleyerek görmeyi etkiler (9). Katarakt az gelişmiş ülkelerde körlüğün birinci nedenidir. Değişik hastalıklar veya anomalilerle birlikte olanlar dışında yaşlılık kataraktı senilitenin bir belirtisi olarak ortaya çıkar. 60 yaş civarında % 60- 100 oranında görülür. Dünyada en çok uygulanan ameliyat katarakt cerrahisidir (9).

Bu çalışma ile katarakt tanısı ile göz hastalıkları kliniğine yatan ve katarakt operasyonu planlanan hastaların endişe düzeylerinin araştırılması, göz hastalıkları polikliniğinde refraksiyon amaçlı muayene olan hastaların endişe düzeyleri ile karşılaştırılması ve 2. kez katarakt cerrahisi olacak hastalarda ise daha önce katarakt operasyonu geçirmiş olmanın endişe düzeyleri üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

### 1.1. Katarakt

Göz ortalama 23 mm çapında bir küre şeklinde olup, dıştan içe sırasıyla sert tabaka (sklera), damar tabaka (uvea) ve sinir tabaka (retina) olmak üzere üç katı vardır. Bu üç katmanın önde oluşturduğu bazı önemli yapılar ise kornea, lens, iris, pupil, ön kamaradır. Lens 60'lı yaşlardan sonra saydamlığını kaybetmekte yani opaklaşmaktadır. Lens irisin arkasında yer alır ve gelen ışığın gözün sinir tabakasındaki alıcı hücreler üzerinde odaklanmasını sağlar. Lensin kesifleşmesi ve ışık geçirgenliğinin azalması sonucunda alıcı hücrelere görüntü yeteri kadar ulaşmayacak ve böylece görme azalacaktır (10).

Katarakt terimi şelale ya da demir parmaklık anlamına gelen Latince "cataracta" ve Yunanca "katarraktes" kelimelerinden türetilmiştir (11). Yunanca şelale anlamına gelen katarakt terimi ilk defa MS. 1018 yılında Constantinus Africanus adlı bir keşiş ve adı bilinmeyen bir Arap Oküllist tarafından kullanılmıştır (12). Katarakt ister küçük ve lokal bir opasite olsun, isterse lense tamamen kesif hale getirsin, lensin herhangi bir opasitesine verilen isimdir (11).

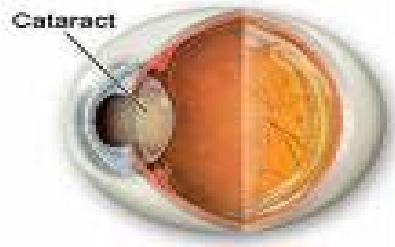
Katarakt dünya genelinde körlüğün önde gelen sebeplerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) rakamlarına göre 1990'lı yıllarda 45 milyon kör insanın %43'ünde körlük nedeni olarak katarakt saptanmıştır. Körlük iyi gören gözde 10/200 den (3/60) az görme olarak tanımlanmıştır. Her yıl 5- 10 milyon kişi arasında yeni katarakt olgusuna rastlanmaktadır. Katarakt gelişiminde en önemli faktör yaş olmakla birlikte, ırk, yüksek irtifa, diyabet, beslenme alışkanlığı, ilaç kullanımı, kardiyovasküler hastalıklar, uzun süreli güneş ışığı hastalığın gelişiminde rol oynamaktadır (11). Körlüğün en sık rastlanılan nedeninin katarakt olduğu göz önünde tutulacak olursa bu hastalığın tedavisinde tek çözüm yolu olan katarakt cerrahisinin nedeni büyük öneme sahip olduğu daha iyi anlaşılacaktır (13).

En sık görülen katarakt tipi olan yaşa bağlı veya senil katarakt nedeni tam olarak bilinmemekle beraber epidemiyolojik çalışmalar sonunda çeşitli risk faktörleri ortaya konulmuştur. Dünya genelinde yaşlı popülasyon artış göstermektedir. 1980-2020 süreci içinde gelişmiş ülkeler için yaşlı popülasyonda meydana gelecek artış

miktarı %86 olarak tahmin edilirken bu rakam gelişmekte olan ülkeler için %386 olarak belirlenmiştir. Bu temele dayanarak, WHO'nun tahminleri 2020 yılında 60 yaş ve üstü 53 milyon kör olacağı yönündedir. Günümüzde katarakt cerrahisi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık bütçesinin önemli bir kısmını oluşturmaya devam edecektir (13).

Günümüzde henüz katarakt gelişimini engelleyecek veya bulanıklaşan lense tekrar saydamlaştırarak tedavi yöntemi bulunamamıştır. Kataraktın tedavisi, opaklaşmış lense cerrahi olarak çıkarılması ve yerine yapay göz içi merceği takılmasıdır (13).

Göz doktorlarının en sık uyguladığı cerrahi girişimlerden biri olan katarakt cerrahisinde, saydamlığını kaybetmiş lense materyali alınır ve gelen ışınları tekrardan foveaya odaklamak için göz içi lense konulması hedeflenir. Modern katarakt cerrahisinde hastaların erken görsel rehabilitasyonu önem kazanmıştır. Uzak ve yakın için farklı odakları olan lenslerin gelişimi, hastaların yardımcı bir cihaza gerek duymadan en iyi görme keskinliğine ulaşma istekleri, katarakt cerrahisine kırma kusurlarını da düzeltme görevini yüklemiştir (12).



**Şekil 1.** Kataraktlı Göz

### 1.1.2. Lense

Kristalin lense; ışığı kırmak, saydamlığı devam ettirmek, akomodasyon yapmak gibi görevleri olan saydam ve bikonveks bir yapıdır (14). Lense bikonveks, damarsız, sinirsiz, renksiz, şeffaf yetişkinde yaklaşık 4- 5 mm kalınlığında 9 mm çapında bir dokudur (15).

Lens irisin arkasında, vitreusun önünde ön hiyaloid membran tarafından oluşturulan patellar fossaya yerleşmiş, arka yüzünün konveksitesinin daha fazla olduğu bikonveks bir optik yapıdır (12,14). Korneadan sonra gözün en kırıcı ortamıdır. İnsan vücudunda gelişimini doğumdan ölüme kadar devam ettiren tek yapıdır (13,16).

Lensin ön ve arka yüzünün çepeçevre birleştiği bölgeye ekvator denir. Zonüler aracılığı ile ekvator bölgesinden silyer cisme tutunmuştur. Ekvatoryal zonulalar uyum işlevinde uzalıp kısalarak görev yapar. Ön ve arka zonül lifleri ise lens ekvatorunun 1- 2 mm ön ve arkasına, lens içine 2 mikron girerek yapışırlar. Ön liflerin yapışması arka liflere göre 1 mm daha öndedir. Bu ön ve arka liflerin görevi ise lense destek olmak ve hümör aköz sıvısında tutunmaktır (13).

Lensin doğumda 6- 6.5 mm olan ekvatoryal çapı, genç yetişkinlerde 9 mm'ye, 3- 3.5 mm olan ön arka uzunluğu ise 4- 5 mm'ye ulaşır. Sonraki dönemlerde ekvatoryal çap stabilize olup, ön arka aksta kalınlaşma başlar. Bu artış özellikle 10 yaşından sonra korteksin kalınlaşmasıyla lineer özellik kazanır ve lensin ön arka uzunluğu 5 mm'ye kadar ulaşır (13,14). Lensin kurvatür yarıçapı da buna uygun olarak azalır. Yüzey kurvatürün bu reaktif etkisi indeks değişikliğiyle baskılanır ve miyopinin oluşması beklenirken yaşla birlikte hipermetropiye doğru kayış olur (13).

Histolojik olarak lens 3 yapıdan oluşur; kapsül, lens epiteli ve lens fibrilleri

**Lens Kapsülü:** Lens kapsülü elastik, saydam bir bazal membrandır. Tip 4 kollajenden oluşmuştur (12,16). Tüm lens liflerini kaplar ve uyum esnasında lense şeklini verir (12). Ön kapsül erişkinde 14 mikron kalınlığındadır. Arka kapsül santrali erişkinde 4 mikron kalınlığındadır. Ekvatorda ise kapsül kalınlığı 17 mikrondur (13). Vücuttaki diğer bazal zarlardan farklı olarak sürekli kalınlaşır ve insan vücudunun en kalın bazal zarıdır (14). Lens kapsülü kapiller damarlardan daha geçirgen bir yapıya sahiptir. Ufak molekülleri ve 70 k Da büyüklüğüne kadar olan proteinleri geçirir. Bu özelliği sayesinde lens metabolizması için gerekli su ve elektrolitlerin alışverişini sağlar (13).

Lens epiteli: Ön kapsül altındaki tek katlı epitel tabakasıdır. Metabolik olarak aktiftir ve ATP üretirler. Mitotik aktivite, sadece preekvatoryal bölgede vardır. Geri kalan epitelyum hücreleri bölünmezler, transport ve kapsül yapımında rol alır (17).

Lens fibrilleri: Lens ekvatorunda yerleşmiş hücrelerden gelişen yeni lens lifleri sayesinde ömür boyu hacimsel gelişme gösterir. Epitel hücreleri lens lifleri ile iç içe geçer. Bu lifler uzun ve yassı ince yapılar olarak görülürler. Kapsül altı epitelyum hücrelerinden ileri derecede differansiye olmuşlardır. Bunlar zamanla çekirdeklerini ve diğer organellerini kaybeder ve aşırı uzayarak 7- 10 mm uzunluk, 8-10 mikron genişlik ve 2 mikron kalınlığa erişirler. Bu hücreler kristalin denilen bir grup protein ile doludur. Germinatif bölgenin lens lifi üretimi azalarak da olsa, bütün yaşam boyu devam eder. Lens hacminin aynı oranda artmaması su kaybıyla sağlanır. Bu nedenle yaşlıların lensi gençlere göre daha serttir. Lens liflerinin en gençleri yüzeyde, en yaşlıları merkezdedir (17).

Lens vücuttaki diğer tüm dokulardan daha yüksek oranda protein içermektedir. Ağırlığının %65- 66'sını su, %33- 35'ini protein, %1'ini ise aminoasit, lipid, karbonhidrat, elektrolitler ve peptidler oluşturur. Potasyum diğer dokulara göre lenste çok daha fazla bulunmaktadır (13,18).

Lens 400- 1000 nm'lik elektromanyetik enerjinin tümüne geçirgendir. Lens ultraviyole radyasyonu ile karşı karşıyadır. 295 nm dalga boyu altındaki ışınlar kornea tarafından emilirken 295- 400 nm arasındaki ultraviyole ışınlarının tamamına yakını lens tarafından absorbe edilmektedir. Lens içeriğinin fotooksidasyonunun düzenlenmesinde çeşitli antioksidanlar yer almaktadır. Bu ise karmaşık bazı biyokimyasal mekanizmalar ile gerçekleşmektedir. Lensin saydamlığı büyük ölçüde lens hücrelerinin makromoleküler komponentlerinin çok düzenli dizilim göstermeleri ve ışığı dağıtan komponentlerdeki kırıcılık indeksi farklarının çok küçük olmasından kaynaklanır. Protein metabolizması, hücre bölünmesi, hücrel farklılaşma ve hücrel homeostazın idamesi lensin saydamlığının devamını destekler. Elektrolit dengesinin düzenlenmesi lensin normal su oranının korunmasında kritik bir rol oynar. Lens metabolizması esas olarak epitelde gerçekleşir, hücrelerarası ara birleşim

noktaları aracılığıyla da derin katmanlarda yer alan hücrelerin dış katmanlardaki hücrelerle ilişkisi sağlanır (13,18).

Lensteki enerji üretimi hemen tamamen glukoz metabolizmasına bağlıdır. Glukoz ve diğer bazı şekerler lense basit difüzyon ve kolaylaştırılmış difüzyon ile girerler. Elde edilen enerjisinin %70'i anaerobik glikolizden elde edilir. Krebs siklusu ile oluşan aerobik metabolizma epitelyumla sınırlıdır. Glikoliz düzeyi heksokinaz miktarı ile sınırlıdır. Yaşlanma ile heksokinaz azalır ve enerji üretiminde azalmaya neden olur. Bunun sonucunda elektrolit metabolizmasının kontrolü de güçleşir. Glikoliz sonucu oluşan laktik asitin büyük kısmı da Krebs siklusunda kullanılmaktadır. Krebs siklusu ile lensteki toplam glüközün sadece %3'ü metabolize edilir. Lensin toplam enerji ihtiyacının %20'si bu yolla sağlanır. Açığa çıkan karbondioksit ise basit difüzyon ile aköze geçer (13).

Enerji üretiminde kullanılan diğer bir yol ise heksosmonofosfat yoludur. Bu yolla üretilen ATP miktarı az olmakla beraber sonuçta oluşan nikotinamid adenin dinükleotid fosfat (NADPH) sorbitol yolu ve oksidasyonun önlenmesinde önemli bir enzim olan glutatyon redüktazın sentezinde kullanılır (13,18).

Glüközün metabolize edilmesinde kullanılan bir başka yol da sorbitol yolu olup %5 oranında gerçekleşir. Bu yolla glukoz önce aldoz redüktaz enzimi ile sorbitole sonra da polyol dehidrogenaz aracılığı ile dışarı diffüze olabilen fruktoza dönüştürülür. Sorbitolün, difüzyonunun düşüklüğü nedeniyle, lensin ozmotik etki ile lensin su çekerek şişmesi sonucunda özellikle diabetik katarakt gelişiminde önemli rolü olduğu bilinmektedir (13,18).

Erişkin insan lensinin %65- 66'sını su oluşturur. Bunun %80'i kapsülde bulunur. Nükleusa doğru gidildikçe oran düşer. Hücre içi suyun regülasyonu büyük ölçüde sodyum ve potasyum gibi monovalan katyonlara bağlıdır. Na - K dengesi lens epitelindeki aktif bir katyon transport mekanizması ile sağlanmaktadır. Na pompası en önemli transport mekanizmasıdır. Lenste de hücre membranı K<sup>+</sup>'a karşı Na<sup>+</sup>'dan daha geçirgendir. Lenste Ca ve Mg da denge içinde bulunurlar (13,18).



Proteinler lens ağırlığının %33-35'ini oluşturur. Proteinler esas olarak çözünebilen kristalin ve çözünemeyen proteinler olarak iki kısımdır. Çözünebilen kristalin proteinler 3 gruptur. Bunlar alfa, beta ve gamma fraksiyonlardır. Alfa kristalin en büyük molekül yapısına sahip olup doğumdan önce oluşur, yaşam boyunca mevcuttur ve embriyonik lens proteini olarak bilinir, çözünemeyen proteinler ile yakın ilişki içindedirler. Yaşlandıkça alfa kristalin miktarı azalır, çözünemeyen proteinler artar. Gamma kristalin en düşük oranda bulunur ve soğuk kataraktının oluşmasında rol oynar (13,18).

Lenste bulunan lipidlerin büyük bölümünü kolesterol, fosfolipitler ve glikosfingolipidler oluşturur. İnsan lens hücre membranında bulunan esas fosfolipid sfingomiyelindir. Kolesterol ve sfingomiyelin birlikteliği lens hücre membranını stabil hale getirir (13,18).

Oksidatif lens hasarını önlemeye yarar. Katalaz ve süperoksit dismutaz gibi detoksifikasyon enzimlerinin yanı sıra glutatyon bu kademelerde önemli görevlere sahiptir. Bu mekanizmaların bozulması katarakt gelişiminde önemli rol oynar (13,18).

### **1.1.3. Katarakt Semptomları ve Katarakt Tanısında Kullanılan Testler**

En belirgin şikayet görmenin azalmasıdır (19). Arka kortikal ve arka subkapsüler kataraktlarda kesafet küçük de olsa nodal noktaya yakınlık nedeni ile uzak ve yakın görme çok azalır. Kamaşma sık bir şikayet olup özellikle araba kullanırken sorun yaratabilir (20).

Kataraktlar; basamaklı, ağrısız, ilerleyen görme kaybı oluşturur ve çoğu hasta bu görme problemlerinden habersizdir. Asimetrik kataraktlar sonucu azalmış görme, sadece daha az etkilenen göz kapatıldığı zaman belli olabilir. Bu bazen akut görüş kaybının yanlış anlaşılmasıyla sonuçlanır. Hastalar semptomlarını çoğunlukla, bulutlu veya sisli görme, bulanık görme veya gözün önünden bir şeyler uçuşmuş gibi vizyon şeklinde tanımlarlar (6,19).

Lensteki sarı-kahverengi pigment artışı nedeniyle renk algılaması da etkilenir. Aydınlik ortamlar kataraktların algılanmasını etkiler (9).

Lens nükleus yoğunluğunun artması, gözlük reçetelerinde sık değişiklikler gerektirebilecek miyopluk ile sonuçlanır. Diğer yandan, nükleer kataraktlar hastayı daha miyop yaptığından, yaşı hastalar bazen okuma gözlüklerine gereksinim duymayabilirler. Bu fenomen, ikinci görüş olarak adlandırılır. Bir gözdeki çift görme (monoküler diplopia) kataraktla bağlantılı refraktif hatanın bir belirtisidir. 60 yaşından daha genç hastalarda görülen kataraktlar, altta yatan bir sistemik veya lokalize göz hastalığını düşündürür. Çocuklardaki kataraktlar, acil olarak göz tembelliğini en aza indirecek değerlendirmeleri ve diğer bağlantılı düzensizlikleri elimine etmeyi gerektirir (9). Sebebi her ne olursa olsun çocukluk çağı kataraktlarının tedavisi cerrahidir ve cerrahi sonrası takibin ilkeleri hemen hemen aynıdır. Yalnız, gerek hastanın ilk gelişi, gerekse takibi esnasındaki önemli bir husus, tek taraflı olgularda sağlıklı olduğu düşünölen gözün muayenesinin ihmal edilmemesidir. Summers ve arkadaşlarının 97 çocuk hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, 40 hastanın fakik gözünde görme azlığı % 21, nistagmus % 19, katarakt % 15, iris heterokromisi % 9, miyopi % 6, mikroftalmus % 6, pupiller miyozis % 2, konjenital glokom % 2, optik sinir anormalliği % 2, aniridi % 1 ve korneal opasite % 1 gibi en azından bir anormallik olduğunu tesbit etmişlerdir (21).

Katarakt tanısında kullanılan testler;

- Görme keskinliği,
- Biomikroskopi
- Refraksiyon ve retinoskopi
- Direkt oftalmaskopi
- Ultrasonografi (20).

#### 1.1.4. Katarakt Gelişim Mekanizmaları

1977 yılında yapılan bir çalışmada 65 yaş üstündeki popülasyonun %70'inde lens değişiklikleri saptanmış ve bunların %18'inde katarakt tesbit edilmiştir. 75- 85 yaşları arasında ise lens değişiklikleri insidansı %902 in üzerinde olup, bunların yarısından fazlası klinik olarak katarakt kabul edilmiştir. Konjenital kataraktlara ise 10000 canlı doğumda 1, 6 oranında rastlanır.

Katarakt gelişiminde lensin yapısında belirgin bozulmalar ortaya çıkar. Lensin saydamlığının çoğu hücresel düzenleme ile ilişkili olduğundan yapısal olarak zarar gören böyle bir dokuda saydamlık değerlendirmesi kolaydır. Lens saydamlığı protein yapının düzeni ve ilişkilerine bağımlı olduğundan bu yapılardaki küçük değişiklikler bile kesifleşmelere yol açabilir. Bu tip kesifleşmelere yol açabilecek değişiklikler, proteinlerde kümeleşme, doku hidrasyonu bozuklukları, hücre membranlarında yıkım olayları ve hücre iskeletindeki değişikliklerdir. Hepsi olmasa da bu değişikliklerin çoğu yaşlanma ve katarakt gelişimi esnasında meydana gelir (22).

#### 1.1.5. Katarakt Çeşitleri

- Anatomik Lokalizasyonuna Göre:
  - Kortikal,
  - Nükleer,
  - Ön / Arka Subkapsüler,
  - Mix,
  - Diğer (13,18).
- Etyolojiye Göre:

*Senil Katarakt:* En sık görülen katarakt tipi olarak dünya çapında önde gelen bir sağlık problemidir. Yaşın ilerlemesiyle gelişen ve sık rastlanan fiziksel problemlerden biri olan senil katarakt, cinsiyet ve ekonomik düzey farkı gözetmeksizin, diğer fiziksel sorunlarla ya da onlardan bağımsız olarak ortaya çıkar (13,18).

Senil katarakt gelişiminde rol oynayan risk faktörleri:

**Yaş:** Yaşlanma, katarakt gelişimde en önemli risk faktörlerinden birisidir ve yaşlı insanlar arasında bu durum ortaktır (23, 24). 70 yaşında katarakt gelişme riski 50 yaşındaki riske göre yaklaşık 13 kat fazladır (13,18). Yaşlanmayla birlikte lens saydamlığının bir kısmı kaybolur. Saydamlık azalmasının görme keskinliğini etkilemesiyle katarakt meydana gelir (22). Görme keskinliğinin azalması kişinin yaşam kalitesinin azalmasına sebep olur (19). Henüz bu problemin ortaya çıkışını engellemek, geciktirmek ya da geri döndürmek konusunda yeterli bilgi bulunmamasına rağmen tedavisinde çok hızlı gelişmeler kaydedilmektedir. Tüm dünyada ve ülkemizde, tedavi edilebilir körlüğün en önemli nedenlerinden biri olan kataraktın cerrahisinde amaç, tüm yaşam kalitesini sonucu itibariyle etkileyecek olan görme keskinliği ve dolayısıyla da görme fonksiyonunu geliştirmektir (25).

**Cinsiyet:** Yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazla tesbit edilmiştir. Bu artış belkide kadınların kortikal katarakt gelişimine göre erkeklere nazaran daha yatkın olması ile açıklanabilir (13,18).

**İrk:** Beyazlara göre siyahlarda kortikal ve nükleer katarakt daha sık görülmektedir (13,18).

**Diabetes Mellitus:** Kontrolsüz diabetiklerde kolayca katarakt gelişebilir. Küçük yüzeysel vakuoller şeklinde başlayan opasiteler kortekse yayılır (22). Epidemiyolojik araştırmalarda uzun dönem diabet hastalarında katarakt gelişiminin bariz olarak arttığı görülmüştür. 70 yaşından önce katarakt gelişiminde bu artış oranı daha yüksek tesbit edilirken, 70 yaşından sonra oranda bir azalma gözlenmektedir (13,18).

**Aile Hikayesi:** İki vaka-kontrol çalışmasında aile hikayesinin katarakt riskinde artışa yol açtığı tesbit edilmiştir (13,18).

**İlaçlar:** Yapılan klinik ve laboratuvar çalışmaları göstermiştir ki bazı ilaçlar katarakt gelişimde rol oynamaktadır. Bu ilaçlardan bazıları kortikosteroidler,

fenotiazinler, miyotik kolinerjikler, kanser ilaçları, fotosensitif ilaçlar, diüretikler, trankilizanlar, gut mediatörleridir (13,18).

Beslenme: Lens, çeşitli antioksidan enzimler ve vitaminler yardımı ile kendini oksidatif strese karşı korur. Senil katarakt gelişiminde beslenme alışkanlıklarının etkili olduğu ve bu durumun özellikle serum antioksidan düzeyleri ile ilişkisinin bulunduğu iddia edilmiştir (26). Büyük bir vaka-kontrol çalışmasında antioksidan özelliği bulunan riboflavin, vitamin C, E ve karotenoidlerin alınmasının, kortikal, nükleer ve mix katarakt gelişimini önlediği saptanmıştır. Niasin, tiamin ve demirin de koruyucu olduğu tesbit edilmiştir (13,18).

İyonize Radyasyon: Katarakt gelişimindeki rolü uzun yıllardır bilinmektedir. Katarakt oluşturabilecek doz oldukça değişkendir. Eşik değerin toplam 1000 rad olduğu ve bir seferlik 200 rad'lık bir dozun bile katarakt geliştirebileceği belirtilmektedir. Katarakt geliştirme riski açısından tek bir yüksek dozun additif olarak verilen çok daha yüksek dozlardan daha etkili olduğu konusunda fikir birliği mevcuttur. Katarakt oluşumunda etkili olduğu yollar ise oksidatif hasar sonucu serbest radikaller oluşumu, membran permeabilite değişiklikleri ve hücresel DNA'ya direkt hasardır (25).

Mikrodalga Radyasyonu: Mikrodalga fırınların kullanım alanına girmesi ile güncellik kazanmıştır. Katarakta ise termal etkinin yol açtığı düşünülmektedir. Dünyadaki doğal mikrodalga radyasyon miktarının 1000 katı telekomünikasyon sistemleri gibi çeşitli yapay kaynaklar tarafından üretilmektedir. Mikrodalga kataraktı deneysel olarak elde edilmiş ve insanlarda yüksek doza maruz kalma sonucunda gelişen olgulara ait rapor bildirilmiş olmakla birlikte; düşük seviyelerdeki mikrodalga'nın birikme etkisi ile katarakt riskini artırıp artırmadığı henüz bilinmemektedir (27).

Sigara İçme: Sigara içiciliği ile nükleer katarakta artış olduğu düşünülmektedir. Kortikal katarakta ise böyle bir artış tespit edilmemiştir (13,18). Günde 20 ve daha fazla sigara içenlerde katarakt riski 2 kat fazla bulunmuştur. Aynı

çalışmada sigara içimi ile en fazla ilişkili olan katarakt tipleri nükleer ve arka subkapsüler katarakt olarak tespit edilmiştir (28).

Diğer risk faktörleri: Myopi, sistemik hipertansiyon, kronik diare, renal yetersizlik.

Senil kataraktın arkasındaki patogenezi, karmaşık olup henüz tam olarak bilinmemektedir. Bu karmaşık çeşitli fizyolojik hadiseler arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak meydana gelir. Lensin kalınlığı ve ağırlığı yaşla beraber artarken akomodatif gücü azalmaktadır (13,18). Nükleer sklerozda santral nükleus sıkışıp sertleşmekte ve kortikal bölüm konsantrik Şekil almaktadır. Bu multiple mekanizma lensin saydamlığının giderek kaybına katkıda bulunmaktadır. Lens epitelinde yaşa bağlı olarak değişim meydana gelmekte özellikle lens epitel hücrelerinin yoğunluğunda azalma ve lens fibrillerinin anormal değişime uğramaktadır (13,18). Ek olarak yaşa bağlı olarak lens epitel tabakası ve korteksi yoluyla lens nükleus hücrelerine giriş yapan su, besinler ve antioksidanların ayrıca suda çözünür düşük moleköl ağırlıklı metabolitlerin bu hücrelere girişinde azalma olur. Bu nedenle yaşa bağlı olarak meydana gelen ilerleyici oksidatif hasar, senil katarakt gelişimine yol açmaktadır. Oksidatif maddelerin üretiminde artma ve antioksidan vitaminlerin azalması katarakt patogeneziinde önemlidir (13,18).

Diğer mekanizma ise suda çözünür olan düşük moleköl ağırlıklı sitoplazmik lens proteinlerinin suda çözünür yüksek moleköl ağırlıklı agregatlara ve suda çözünmeyen membran proteinlerine dönüşmesidir. Bu patolojik dönüşüm lensin saydamlığında azalmaya, işığın dağılmasına ve lensin refraktif indeksinin birdenbire değişimine sebep olmaktadır (13,18).

Senil katarakt temel olarak 3 kısımda incelenir.

- ❖ Nükleer
- ❖ Kortikal
- ❖ Arka subkapsüler

Senil kataraktlar lens opasitesinin yerleştığı tabakalara göre iki ana bölümde incelenirler; nükleer ve kortikal. Bu sınıflama daha çok kataraktların erken dönemi için daha doğru olmaktadır. Çünkü; katarakt ilerlediğinde bu ayrıma ait saf özellikler ayrımlanamaz. Yani senil ve ilerlemiş kataraktlarda nükleus, korteks ve subkapsüler kesafetler kaçınılmaz ve bir arada olmaktadır (15).

Nükleer Kataraktlar: Yaşla birlikte lens nükleusunun sklerozu, sertleşmesi ve renginin koyulaşması söz konusudur. Nükleer kataraktlar lensteki fizyolojik sklerotik değişikliklerin bir sonucudur. Normal yaşlılarda lenste oluşan fizyolojik değişikliklere rağmen görme keskinliği 20/20 seviyelerindedir (29). Nükleer katarakta lensin yoğunluğu ve kırma indeksi artar. Psödomiyopi gelişir. Başlangıç evrelerde konkav camlarla düzeltilebilen görme keskinliği, sklerotik değişikliklerin artması ile giderek azalır. Bu sklerotik değişim çok yavaş olur. 5- 10 seneyi bulabilir. Bazı hastalar özellikle uzaktaki cisimlerde optik distorsiyondan şikayetçi olurlar. Özellikle yüksek aksial myoplarda uzak görme keskinliği psödomiyopiye bağlı olarak kısa sürede iyi kalabilir (15).

Nükleer katarakta bağlı değişiklikler en iyi yarıklı lamba biomikroskopisinde, dar ışık-direk aydınlatma ile izlenir. Biyomikroskopik olarak kesit alındığında diffüz lens opasitesinin sadece lens nükleusunu tuttuğu gözlenir. Ancak takip eden dönemde biyomikroskopik muayene ile nükleustaki bu yavaş değişim fark edilmez (15).

Başlangıç dönemde ve santral nükleustaki küçük opasitelerde monooküler diplopi şikayeti ve ileri dönemlerde renk tonu ayrımlarında güçlük gözlenebilir (15).

Skleroz bazen sadece fotal nükleustadır. Bu nedenle birbirinden koyu bir alanda ayrılmış iki nükleus gözlenir. Bu tip nükleer katarakt iki odaklı lens olarak adlandırılabilir (15).

Nükleer kataraktlar lens yapısal proteinlerinin fizyokimyasal değişikliklere uğraması ile ilişkilidir. Oksidasyon, nonenzimatik glikozilasyon, proteolizis,

deamidasyon, fosforilasyon ve karbamilasyona bağı olarak yüksek moleköl ağırlıklı proteinlerin (1,000 nm) formasyonu ve agregasyonu gözlemlenir. Bu yüksek moleköl ağırlıklı proteinlerin arayüzde agregasyonu ışığın gelişine engel olur ve nükleer katarakttaki ışık saçılmasına (scattering) neden olur. Nükleer lens proteinlerinin kimyasal modifikasyonu lens renginin önce sarıya daha sonra kahverengiye ilerlemiş vakalarda da siyaha dönüşmesine (katarakta nigra) neden olur (30). A (alfa) kristalin proteininin bir moleköl şaperon olarak agregasyonu önleyerek katarakt gelişimini önlediği düşünülmektedir (31). Yakın zamanda yapılan çalışmalar faz seperasyon inhibitörlerinin nükleusun şeffaflığını korumasında görev aldıklarını düşündürmektedir. Bu inhibitörlerin kaybının nükleer katarakt formasyonuna neden olabileceği düşünülmektedir (32).

Kortikal kataraktlar: 3 ana katarakt tipinin en yaygınıdır (33). Kortikal tabaka erişkin bir insanda ön ve arka yüzde toplam 2 mm lik bir kalınlığa sahiptir. Kortikal tabaka metabolik olarak aktiftir. Nükleusa göre daha az kompakttır. Bu sebeple galaktozemi (34) ve diabette (35) elektrolit dengesizliğine bağı aşırı hidrasyona daha yatkındır ve lensin hidrasyonu artar. Lens sıvıyı humor aközden absorbe eder. Bu lens protein moleküllerinde ve aminoasit komponentlerindeki yıkıma veya lens kapsülündeki permeabilite atımına bağı olarak ortaya çıkar (15). Erken bulgular lenste vakuollerin izlenmesi ya da lens liflerindeki ayrılımadır. Biyomikroskopik olarak ileri dönemlerde periferik kama şeklinde opasiteler ve lens içinde lameller ayrılmalar dikkati çeker. Yarıklar pupilla alanına geldiğinde fokal aydınlatma ile beyaz gri renkli radial opasiteler izlenir. Sonuçta korteks bulanıklaşır, takiben proteinler koagüle olur ve opasiteler şekillenir. Böylelikle değışik kortikal katarakt tipleri ortaya çıkar (15).

Kortikal opasiteler lensin alt yarısında, özellikle de nasal kadranda, daha erken ortaya çıkarlar. Bunun kesin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Fakat güneş ışığındaki UV ışınların gözün supraorbital yapıları tarafından korunan lensin üst yarısına ulaşamayışı neticesinde özellikle alt kadranda ortaya çıktığı düşünülmektedir (36). Neticede bu opasiteler diğerkadranlarda periferde ortaya çıkarlar. Bu tip kataraktta santral lens geç tutulduğundan hastalar uzak görmelerinin



iyi olduğunu söylerler. Kortikal kataraktlar en iyi retroilluminasyon ile gözlemlenirler (15).

Arka Subkapsüler Katarakt: Diğerlerine göre daha nadir görülür (37,38). Sıklıkla diğer tiplerle beraberdir. Retroiluminasyonla kolaylıkla görülebilir. Sıklıkla lokalizasyon santraldedir. Fundoskopiyi engelleyebilir. Erken evrelerde glare (39) ve yakına bakarken objelere odaklanma zorluğu gibi subjektif semptomlardan hasta şikayetçi olur. Akomodasyon sırasında myosisten dolayı santaralde lokalize olan arka subkapsüler katarakt, üzerinden geçen ışığın saçılmasına ve makula üzerine odaklanan görüntünün engellenmesine neden olur. Bu nedenle yakın görme daha çok bozulur (15).

Bu katarakt direk iluminasyonla dar ve geniş ışık altında kolayca görülebilir ve karakteristik olarak granüler tarzda posterior kapsülün hemen yüzeyinde görülür. Bu teknikte uzun süre tutulan ışıktan dolayı hasta glareden ötürü rahatsız olur. Bu nedenle retroiluminasyonla kolayca opasitenin sınırları açığa çıkarılabilir ve opasiteler gölge şeklinde veya posterior kapsülün santralinde ada şeklinde görülür (40). Erken evrelerde toz benzeri olan bu yapılar direkt iluminasyonla görülemez ayrıca retroiluminasyonla da zorlukla görülebilir. Katarakt ilerledikçe bu toz benzeri yapılar ileryerek gölge yaparlar ve retroilluminasyonla kolaylıkla görünür hale gelirler ve ileri evrede kalsifiye plak haline gelirler. Bu plak sıkı yapışıklığı nedeniyle cerrahi esnasında vakum yaparken arka kapsülün rüptüre olmasına neden olabilir. Sıklıkla cerrahiden sonra kalan küçük kalıntılar kendiliğinden absorbe olup vizyonu engellemezler aksi takdirde laser yapılır (15).

Arka subkapsüler kataraktın (ASKK) posterior kapsül ve korteks arasındaki potansiyel boşluğa hücresel debris birikmesi veya kapsül epitel hücrelerinin migrasyonundan ötürü oluştuğu düşünülür (41).

ASSK'nın radyasyon ve steroid alımı sonucu oluşabileceği gibi, DM, yüksek myopi, retinal degenerasyonlar (retinitis pigmentosa) sonucuda oluşabilir (42,43) ve gyrate atrofiyle beraber görülebilir (44).

**Mix Katarakt:** Genellikle katarakt tek tip olarak başlar ve en sonunda degeneratif hadisenin ilerlemesiyle mix hale gelir. Bu nedenle mix katarakt varsa katarakt ilerlemiş durumdadır ve hastalarda görme azlığı daha fazla olup yakın zamanda cerrahiye ihtiyaç vardır (15).

**Presenil Katarakt:** Bu katarakt 55 yaşının altında görülüp sıklıkla arka subkapsüler olmakla birlikte nükleer veya kortikalde olabilir. Arka katarakt hızlı ilerleyip bir yıl içinde tamamıyla arka kapsülü örter. Ek olarak lens epitel hücrelerinde göze çarpan değişimin ardından ödem ve en sonunda dekompanasyon meydana gelir. Bazen nükleus tutulmasa da en sonunda opaklaşır. Lens korteksi başlangıçta tutulmayabilir fakat en sonunda spoke opasiteler gelişir ve hızla ilerler.

Bu kataraktın sebebi bilinmemektedir. Fakat bazı çalışmalar galaktoz metabolizmasındaki metabolik bir enzimin eksikliğinin sebep olabileceğini ileri sürmektedir. Bu enzimin aldoz redüktaz olduğu ve galaktiol denen maddenin lens de birikip kronik bir osmotik strese sebep olduğunu ileri sürmüşlerdir (45). Bu hastaların cerrahisi iyi yapılmalıdır (46).

**Konjenital katarakt:** Konjenital, katarakt doğumda ya da yaşamın ilk birkaç haftasında gelişen bir hastalıktır. Bebek birkaç haftalık oluncaya kadar tanı alması, yenidoğanın günün büyük bir kısmını uyuyarak geçirmesi ve pupillerinin çok küçük olması nedeni ile oldukça güçtür (47). Çocukluk çağı kataraktları pek çok seride çocuklardaki körlüğün baş sebebi olarak gösterilmektedirler. Kendi içinde değerlendirildiği zaman ise travmatik durumları bir tarafa bıraktığımızda en büyük kategoriyi konjenital kataraktlar oluşturmaktadır. Konjenital kataraktların üçte biri kalıtımla, üçte biri başka hastalık durumlarına eşlik etmekte ve kalan üçte birinde etyoloji tespit edilememektedir (21).

**Travmatik katarakt:** Göz travmaları çoğunlukla çocuklarda evde, yetişkinlerde işyerinde meydana gelmektedir. Travmatik katarakt, oküler travmanın erken ya da geç gelişen bir komplikasyonudur (48). Katarakt sıklıkla künt veya penetran travmayla oluşabileceği gibi daha az sıklıkla elektrik, radyasyon, aşırı sıcak ya da soğuk şoku ve kimyasal travmaya bağlı olarak da oluşabilir (49).

*Göz içi hastalıklarla ilişkili katarakt:* Üveit/inflamasyon, glokom, retina dekolmanı, retinal dejenerasyon (retinitis pigmentosa, gyrate atrophy), persistan hiperplastik primer vitreus, aniridi, Peters anomalisi, sklerokornea, mikrofthalmus, Norrie hastalığı, retinoblastoma, retrolental fibroplazi, yüksek myopi, retinal anoksi (Buerger hastalığı, Takayasu arteriti), anterior segment nekrozu (13,18).

*Sistemik hastalıklarla ilişkili katarakt:*

- Metabolik hastalıklar: Diabet; galaktosemi; hipoparatiroidizm/hipokalsemi; Lowe, Albright, Wilson, Fabry ve Refsum hastalıkları; homosistinüri
- Renal hastalıklar: Lowe ve Alport hastalıkları
- Cilt hastalıkları: Konjenital ektodermal displazi; Werner ve Rothmund-Thomson sendromu; atopik dermatit
- Bağ ve iskelet dokusu hastalıkları: myotonic distrofi; Conradi and Marfan Sendromları; bone displazi; lens dislokasyonu
- Santral sinir sistemi: Marinesco-Sjögren sendromu, bilateral akustik nöroma (nörofibromatozis tip 2) (13,18).

#### **1.1.6. Kataraktın Tedavisi**

Kataraktın tedavisi cerrahidir (17). Katarakt ameliyatının sayısı birçok ülkede gittikçe artmaktadır (50). Halen katarakt gelişiminin tıbbi tedavi yöntemi bilinmemektedir. Glikozun sorbitole dönüşünü engelleyen aldoz reduktaz inhibitörleri hayvanlarda diabete bağlı katarakt oluşumunu önleyebilmektedir. Sorbitol düşürücü ajanlar, aspirin, glutatyon yükseltici ajanlar, C ve E vitamini gibi antioksidanlar kataraktı önleyebilme etkileri yönünden araştırılmaktadır (17). Tüm dünyada ve ülkemizde, tedavi edilebilir körlüğün en önemli nedenlerinden biri olan kataraktın cerrahisinde amaç, tüm yaşam kalitesini sonucu itibariyle etkileyecek olan görme keskinliği ve dolayısıyla da görme fonksiyonunu geliştirmektir (18). Teknoloji ve cerrahi tekniklerdeki ilerlemeler, katarakt cerrahisinde de büyük değişimlere, pratik çözümlere kavuşmasına neden oldu (51). Katarakt ameliyatı genellikle olumlu sonuç verir. Katarakt ameliyatı uygulanan gözlerin %90'ında görme keskinliği artar (52).

### 1.1.7. Katarakt Cerrahisinin Tarihçesi

Katarakt cerrahisine ait en eski yazılı kanıt M.Ö. 5000 yılına ait Hint yazıtlarıdır (13). Duke-Elder'e göre; katarakt cerrahisi ile ilgili ilk otantik kayıtlara, Hristiyan döneminden çok önce eski Hindu tıbbında rastlanır. Bu son derece ileri toplumda, Cataract ilk çağlarda gözün içine inen ve istenmeyen bir su akışı olarak algılanmış ve tedavi bu fikre göre geliştirilmiş ve bu nedenle akan suyun yönünü değiştirmek amaçlanarak MİL ÇEKME ameliyatı geliştirilmiştir. Bu görüş Avrupa'da ancak 18.yy ilk yarısından sonra kabul edilmiştir. Bu öğretinin en büyük temsilcisi, anatomik disseksiyon, inhalasyon anestezisi ve aseptik cerrahi uygulayan Susruta idi (13,53). Eski Babil, Mısır ve Grek tıbbında kataraktın cerrahi tedavisine ait bir kayda rastlanmamaktadır. Ancak Kos ve Samos gibi Yunan adalarında bu cerrahide kullanıldığı düşünülen bronz gereçlere rastlanmıştır. Hipokratın yazılarında "kataraktın tedavisi yoktur" ibaresi vardır. Susruta öğretisinin İskenderiye'ye Büyük İskender'in Hint seferinden sonra ulaşmış olması olasıdır (9).

Batı dünyasında, Celsus'un yazıları kataraktın patolojisi ve tedavisi ile ilgili detaylı bilgi veren ilk yazılı kaynaktır. Bu bilgiler çok az modifikasyonlar yapılarak XVIII. yüzyıla kadar öğretilmiştir. Katarakt terimi, gözün önüne akan sıvı anlamına gelen Arapça bir kısaltmanın ortaçağ Latincesine çevrilmesi sonucu ortaya çıkmıştır. Bu ismi almadan önce katarakt; Latince suffisio, Yunanca hypochyma idi. Her iki kelime de Arapça adıyla benzer anlamlara geliyordu (13).

Katarakt, Celsus'a göre tedavisi mümkün olmayan körlük olarak düşündüğü glokomun tersine tedavi edilebilir bir körlük sebebiydi. Bu durumun pupil ve lens arasında birikerek görsel ruhları engelleyen sıvının salınması sonucunda düzeleceğini düşünüyordu. Ameliyatta sivri uçlu bir iğne ile ön kamaraya girilerek suffisionun pupil alanından uzaklaştırılmasına çalışıyordu (13).

Duke- Elder'ın belirttiği gibi, Arap cerrah Ammar (996- 1020) yumuşak kataraktları intralentiküler olarak uyguladığı bir tüp aracılığı ile aspire ediyordu (13).

Lensin tam olarak anatomik yerini tespit etmek 1600'lerde mümkün olmuştur (11). 1668 yılında Hollanda'lı Syvius tarafından ilk defa korneal kesi yapılarak katarakt göz dışına alınmıştır (17). Modern katarakt cerrahisinin babası kabul edilebilecek isim Fransa'dan Jacques Daviel (1696-1762) dir(13). 1752'de Fransa'da Jacques Daviel gözün alt yarısında limbustan yaptığı insizyonla, ön kamaraya girerek lensi göz dışına çıkarmıştır (11,31). Daviel'in tekniği aslında planlanmış bir katarakt ekstraksiyonudur (13).

1753'de Londra'dan Samuel Sharp, intrakapsüler katarakt cerrahisi konseptini ilk olarak belirleyen cerrah oldu (13,54). Kataraktlı lensin glob dışına alınması esnasında gereken basıncı başparmağı yardımıyla uygulamıştır (13). 1867'de Williams ilk kez korneal sütür kullanmıştır. 1902'de de Barraquer ilk kez lensi vakumla çıkarmıştır (11,54).

Göz içine lens yerleştirme fikri ilk olarak MÖ 2. yüzyıla dayanırsa da, I. Dünya Savaşı sırasında İngiliz savaş pilotlarında travma sonrası göze giren pleksiglass maddesinin herhangi bir reaksiyon vermediği gözlenmiş ve aynı maddeden yapılmış göz içi lensler tasarlanmıştır. 1949'da Ridley afak bir gözde pupilin arkasına akrilik bir lens yerleştirerek oftalmolojide bir çığır açmıştır. 1954'te Stropelli ön kamara lensini denemiştir (11,54).

Günümüz katarakt cerrahisinde altın standart olan Fakoemülsifikasyon yöntemi; 1967'de Charles D. Kelman tarafından uygulanmıştır. 1977'de arka kamara lensi, 1980'de viskoelastik maddeler, 1984'de katlanabilir lens, 1989'da sütürsüz insizyon tekniği, 1990'da continuous curvilinear capsulorhexis tekniği geliştirildikten sonra, üst düzey katarakt cerrahisi yapılmakta olup, baş döndürücü bir hızla gelişmeler devam etmektedir (17).

Şu an kullanılan primer katarakt cerrahi yöntemleri; intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (İKKE), ekstrakapsüler katarakt ekstraksiyonu (EKKE) ve fakoemülsifikasyondur (12) .

### 1.1.8. Katarakt Cerrahisi Tipleri

İntrakapsüler katarakt ekstraksiyonu: Lensin kapsülüyle beraber tümünün çıkarılması işlemidir (11,54).

Ekstra kapsüler katarakt ekstraksiyonu: Arka kapsül ve ön vitreus yüzü bozulmadan lensin kesif kısmı çıkarılır. Ön kapsülotomi, nükleusun doğurtulması ve korteksin temizlenmesi işlemlerini içerir (11,54).

Fakoemülsifikasyon: İlk kez 1967'de, Kelman tarafından uygulanan bu yöntemde, nükleus doğurtulması yerine ön kamarada ultrasonik uçla parçalanarak aspire edilmiş, ancak ileri derecede endotel hücre kaybı olduğu görülmüştür. Daha sonraları kapsüloreksis yöntemi ve viskoelastiklerin kullanımı ile kapsül içinde aynı işlem daha güvenli olarak yapılmıştır. Göz içine girmek için, kesi türü olarak skleral tünel ya da şeffaf korneal kesi uygulanabilir. Çeşitli nükleus parçalama yöntemleri tarif edilmiştir. Küçük kesi kullanıldığında yara yeri kapatılmasında sütür kullanımı cerrahın tercihinine bağlıdır (11,54). Kısa operasyon süresi, daha az ön kamara reaksiyonu, küçük kesi nedeni ile daha az astigmatizma, erken vizüel sonuç ve erken rehabilitasyon fakoemülsifikasyon tekniğini günümüzdeki kullanımını haklı olarak artırmıştır. Ultrasonik tekniklerin kullanıldığı fakoemülsifikasyon yöntemiyle katarakt cerrahisi tüm dünyada yaygınlaşmakta ise de; planlanmış ekstra kapsüler katarakt ekstraksiyonu güncelliğini hala korumaktadır. Gelecekteki yeni tekniklerin günümüz son cerrahi yöntemlerinin yerini alacağından emin olabiliriz (11,54).

Pars plana lensektomi ve fakofragmantasyon: Göz içine düşmüş bir lensin varlığında veya vitreoretinal cerrahi gereken kataraktlı bir gözde sklera üzerinden, pars planadan girilerek yapılan lensektomidir (11,54).

## 1.2. Anksiyete

Anksiyete, bilinmeyen bir tehlikeye karşı bilinçaltında oluşan yoğun bir huzursuzluk durumudur (55). Anksiyete tanım olarak sıkıntı ve üzüntü hissidir (56). Anksiyete

(kaygı); korku, gerginlik, endişe gibi subjektif olarak hissedilen bir duygudur ve şahsiyetin bütünlüğünün tehdit edildiği herhangi bir durumda ortaya çıkar ( 57-59). Anksiyete, şahsiyetin genel strese karşı mücadelesinin bir ifadesi olarak kabul edilir. Anksiyete, hem psikolojik hem de fizyolojik parametreleri olan bir emosyondur (59). Anksiyete çoğu zaman bilinç-dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunaltıdır. Anksiyete evrensel, subjektif ve gözlemlenebilen bir deneyimdir (60).

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygu durumudur (61).

Anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçen biyolojik uyum düzeneğiyle oluşturulur ve tüm bu uyum sağlayıcı özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürülebilmesi için var olması gerekli duygudur. Ancak sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. İşte bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkar ( 62-64).

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin genel bir amacı vardır. Başlangıçta bu amaç insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı korumaya yönelik iken, çağımızda anksiyete canlılığın, yaşamla mücadele etmenin, yeni şeyler keşfetme ve yaratabilmenin, rekabet ortamında daha olumlu işler yapabilmenin ve kendini kabul ettirebilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır (64).

### **1.2.1. Tarihçe**

Anksiyete sözcüğü, darlık ve sıkışma anlamına gelen hindogermik “angh” kökünden türetilmiştir (62,63).

Anlamı değişik dillerde benzerlik göstermektedir. “anchein” (boğulmak, nefes düzensizliği) gibi ( 63, 65, 66).

Çiçero, öznel anksiyete yaşantısının süresi ve yoğunluğunda söz edip, geçici patlama tarzında olan anksiyeteyi tanımlarken “angor” terimini, daha hafif ve süreğen olanı anlatmak için “anxietas” terimini kullanmıştır. Orta çağda anksiyete kavramı tanrı korkusuyla ilgili olarak yorumlanmış, hastalık boyutunda ele alınmamıştır ( 62, 63, 65).

Varoluşçu akımın ileri sürdüğü ve anksiyetenin özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan hiçlik ve varolmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğu ve bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olduğu şeklindeki yaklaşımı bu konuya farklı bir bakış açısı getirmiştir ( 63,65).

Anksiyete kavramının ilk kullanıcısının 1844 yılında “The Concept of Anxietiy (anksiyetenin genel kavramı)” isimli kitabı ile Kierkegaard olduğu görülür. Anksiyeteye ilişkin betimlemelere antik metinlerde bile rastlanmaktadır. Hipokratın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve “amaçsız anksiyete” (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir. Psikiyatrinin rüştünü ilan ettiği 18. yüzyıldan sonrada anksiyeteye ilişkin oldukça ciddi tanımlara ve açıklamalar rastlanmaktadır (66).

1869’da Beard, “fizyolojik yetersizliklerin psikolojik bozukluklara yol açtığı” görüşünden yola çıkarak “nevrasteni” terimini ortaya atmış ve bunun tüm anksiyete bozukluklarını içerdiğini kabul etmiştir. Hecker ise 1893’te nevrastenik hastalarının çoğunun anksiyete ataklarından yakındığına dikkat çekmiştir. Öznel anksiyete yaşantısı olmaksızın somatik anksiyete belirtilerinin ön planda olabileceği görüşü 1908 yılında Stekel’in “rezidüel anksiyete” kavramını ortaya koymasına neden olmuştur. Nitekim bu yaklaşım ileriki yıllarda Beltman tarafından da “korkusuz panik bozukluğu” adıyla tekrar gündeme gelmiştir (62, 63, 65).



### 1.2.2. Anksiyete Belirtileri

- Bilişsel belirtiler
- Duygusal belirtiler
- Davranışsal belirtiler
- Fizyolojik belirtiler olarak 4 alana ayrılmıştır (62, 63, 65) .

Bilişsel Belirtiler: Aklın sisli bulanık olması, çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklılık hali, kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, önemli şeyleri hatırlayamama, düşünceyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksamalar, bloklar, objektif güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğü, kontrolü yitirme duygusu, başa çıkamama korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, bilişsel sapmalar (62,63,65,67,68).

Duygusal Belirtiler: Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik (55, 62, 63, 65, 67, 68).

Davranışsal Belirtiler: Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz dona kalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğu (55, 59, 62, 63, 65, 67, 68).

Fizyolojik Belirtiler: Bunlar genelde organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Çarpıntı, kalp hızında artma, arteriyel kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, gerçek bayılma, yüz kızarması, aritmi, derin soluma, nefes darlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme, bronşiyal spazm, kaslarda gerginlik, reflekslerde artma, yorgunluk hissi, çabuk yorulma, ağrılar, karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, bulantı, kusma, ishal, yutma güçlüğü, hava yutma, ağızda kuruma ya da sulanma, iştah değişiklikleri, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, cinsel isteksizlik, erken boşalma, sık idrara çıkma, yaygın terleme, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması gibi belirtilerdir (55, 59, 62, 63, 65, 67, 68).

### 1.2.3. Anksiyete Tipleri

Normal Anksiyete: İnsanda doğuştan itibaren var olan ve belirli düzeye kadar sağlıklı, yaşanması gereken bir duygu durumudur (62, 63, 65). Bir olayla ilişkili olarak; kişinin kendi kontrolü dışında kısa süreli hoşnutsuzluk, mutsuzluk veya korku ile karakterize bir deneyim olarak izlenebilir. Bunun yanı sıra çok yoğun stres altındaki sağlıklı bireylerde gözlenen artmış kas gerginliği, önemsiz ağrıların büyük rahatsızlık yaratması, irritabilite, üzüntü şeklinde ve fizyolojik koşullarda beklenen düzeyde bir yanıt olarak gözlenebileceği gibi belirli bir uyarana karşı, süresi ve şiddeti bakımından uygun olamayan endişe, korku şeklinde de gözlenebilir (67).

Patolojik Anksiyete: Organizmanın yetersiz, münasip olamayan, orantısız, diğer bir deyişle uygunsuz cevabı sonucu yaşanan, bireyin gelişimini inhibe eden, ikili ilişkilere zarar veren, vejetatif vücut fonksiyonlarını bozan, hoş olamayan bir duygu durum olarak tanımlanabilir (62, 63, 65, 67).

### 1.2.4. Preoperatif Anksiyete ve Nedenleri

Genel hastane hastalarında anksiyete belirtilerinin görülme oranı %10-30 olarak bildirilmektedir. Cerrahi kliniklerde gözlenen anksiyete iki açıdan önem taşımaktadır:

- Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (69,70). Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü göz önüne alındığında, bu bulgular anksiyete tedavisinin cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini göstermektedir (61).
- Anksiyeteyi yatıştırmak için kullanılan ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anestezi maddelerle etkileşime girebilirler. İlaçların kesilmesi de anksiyete belirtilerinde alevlenmeye neden olabilir (61).

Cerrahi müdahale geçirecek hastalarda anksiyete, hastanede yatmaya ve ameliyata (belirli sınırlarda) normal bir tepki olarak kabul edilir. Aynı durumlarda aşırı tepki olarak patolojik anksiyete de görülebilir. Her iki durumda da anksiyete fiziksel bir hastalığın bulgularını taklit edebilir ve alevlendirebilir (71).

Ameliyat öncesi üç tür korku dikkati çeker:

- Ölüm korkusu,
- Vücudun hasar göreceği korkusu,
- Anestezi kaygısı (denetimini kaybedeceği ve uyanamama korkusu) (71).

Hasta preoperatif anksiyeteden; olması yakın işlemle ilgili belirsizlikten, daha önce anestezi ve cerrahi deneyiminden, yakın çevre, aile ve arkadaşlarının söylediklerinden etkilenir. Hasta kendini hoşnutsuz hisseder ve bu his hastaların cerrahiden kaçmasına neden olur (72).

Preoperatif anksiyete nedenleri;

- Beden bütünlüğünün tehdidi endişesi,
- Yabancıdan korku,
- Ayrılma endişesi,
- Sevgi ve ilgi kaybı endişesi,
- Fonksiyon kaybına bağlı endişeler,
- Bedenini başkalarına teslim etme endişeleri,
- Suçluluk duyguları,
- Ağrı korkusu (73).

Durumluk ve süreklilik anksiyetesi: Cerrahi birimlerde anksiyete ölçümlerinde genellikle Spielberg Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI) kullanılmıştır. Auerbach ve Spielberg. Sürekli anksiyetenin hastanede yatma süresince aynı kaldığını, ancak durumluk anksiyetenin ameliyat yaklaştıkça arttığını bulmuşlardır (74). Anksiyete (kaygı); korku, gerginlik, endişe gibi subjektif olarak hissedilen bir duygudur ve şahsiyetin bütünlüğünün tehdit edildiği herhangi bir durumda ortaya

çıkar. Özellikle akut ise bulantı, kusma, diyare, idrar sıkışıklığı gibi çeşitli fizyolojik ve davranışsal bozukluklara neden olabilir (67). Tehlikeli koşulların oluşturduğu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı bir kaygı oluşturur, buna “durumluk anksiyete” denir. Bazı kişiler ise sürekli olarak huzursuzluk yaşarlar. Genelde mutsuzdurlar. Doğrudan doğruya çevreden gelen etkenlere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Öz değerlerin tehdit edildiğinin zannedilmesi ya da içinde bulunulan durumun stresli olarak yorumlanması sonucu birey kaygı duyar. Buna da “sürekli kaygı” denir (67,75).

### **1.2.5. Preoperatif Yaklaşım ve Yardım**

Hastalığa ve ameliyata gösterilen emosyonel davranışsal tepkiler hastalığa göre çeşitlilik gösterir. Bu emosyonel reaksiyonların başında anksiyete reaksiyonu gelmektedir. Anksiyete, çaresizlikten doğar ve hastanın kontrolünü kaybettiği duygusu ile ilgilidir. Preoperatif dönemde empatik, kavrayıcı ve destekleyici yaklaşım, hastanın kontrol duygusunu yeniden kazanmasını sağlayabilir. Bu ilişkide iletişim, uygun ilişki biçimi ve bilgilendirme en önemli aşamadır. Bu noktada hemşirenin hastaya zaman ayırması ve soru sorabileceği bir ortam yaratarak, korku ve endişelerini ifade etmesini sağlaması hastaya yardımcı olacaktır (76, 77- 80).

Ameliyata ilişkin gerçek beklentileri olan, yeterli bilgi almış, katılımcı tutum gösteren, ameliyat öncesi anksiyete düzeyi normal sınırlar içinde olan hastaların ameliyat sonrası uyum sağlamaları daha iyi olmaktadır (64,81). Ameliyat öncesi ileri düzeyde anksiyetesi olan hastalar gibi, kaygısız, ilgisiz görünen hastalar da psikiyatrik olarak riskli bireylerdir (82). Cerrahi prognozu etkileyebilecek faktörler, hastanın bilgilendirildikten sonra ameliyat için onayının alınması ve hastanın eğitimidir. Eğitim; hastaya ameliyattan sonra kendini nasıl hissedebileceğinin, uyandığında nasıl bir ortamda olacağını (hastaya uyanma odası önceden gösterilebilir), hangi fonksiyonlarını ne kadar süreyle kaybedebileceğinin, ameliyat sonrası dönemde vücudunda bulunabilecek tüp ve drenlerin anlamının, olası ameliyat sonrası ağrı ile nasıl başedebileceğinin öğretilmesidir (83).

Planlanmış bir ameliyata hazırlıkta ameliyat öncesi akşamı ve sabahı hazırlıkların sorumluluğu hemşireye aittir. Ameliyat öncesi dönemde iyi hazırlanamayan hasta, ameliyat stresine uyum gösteremez, buna bağlı olarak da komplikasyonlar gelişebilir. İyi bir hemşirelik bakımı hastanın hissettiği yüksek düzeyde anksiyeteyi minimuma indirmede oldukça etkilidir. Ameliyat öncesi bilgilendirme ve psikolojik hazırlık:

- Anksiyeteyi gidermeye,
- Ameliyatta daha az anestetik madde kullanımına,
- Stres hormonlarının daha az salınmasına,
- Ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburculuğa yardımcı olur (3).

Görme fonksiyonunun yitirilme olasılığı korku yaratan bir durum olduğundan, göz ameliyatı olacak hastalar çok endişelidir. Bu nedenle göz ameliyatından önce, hastanın psikolojik hazırlığı çok önemlidir (6) .

Hasta ile sürekli ilişki halinde olması nedeniyle hemşire, hastanede çalışan diğer sağlık elemanları arasındaki bağlantıyı sağlayan bir köprü rolünü üstlenmiş durumdadır. Birçok hasta, doktordan verdiği bilgileri tekrarlamasını istemekten çekinir ve çok defa anlatılanların hepsini anlayamayacak ve soru sormayacak kadar heyecanlıdır. Bu nedenle çoğu zaman hemşireden açıklama isterler. Öğrenmek istedikleri her şey doğru ve hastanın anlayabileceği bir şekilde anlatılmalıdır (3).

Bilgilendirmede temel amaç, hastanın hastalığına ve tedaviye uyumu ve işbirliğinin sağlanmasının yanı sıra, daha ileri ruhsal sorunların ortaya çıkmasını önleyebilmektir. Bilgilendirme, gereksiz ayrıntıları gündeme getirerek yeni kaygı odakları gelişmesine yol açmamalıdır. İşlem öncesi bilgilendirme ve hastanın onayını almanın, hastanın psikolojik hazırlığı, tedaviye aktif katılımını ve işbirliğinin sağlanması yanında medikolegal, etik ve hümanistik boyutlar açısından ortaya çıkabilecek sorunları çözebilecektir. Dolayısıyla ameliyat olacak her hastadan alınması gerekli olan yazılı izin, hasta ve sağlık personeli için yasal güvencedir. Ayrıca, hastalığı ve yapılacak işlemler hakkında bilgi edinmek hastanın hakkıdır ve izin alınmadan önce gerekli açıklamalar yapılmış olmalıdır (3).

## **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma, Göz Hastalıkları Anabilim dalında katarakt cerrahisi uygulanacak hastaların; 1. göz ve 2. göz katarakt cerrahisi öncesi anksiyete seviyelerinin karşılaştırılmasına yönelik bir çalışmadır. Kontrol grubu olarak da göz hastalıkları polikliniğine muayene olmak için başvuran hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışma prospektif olarak gerçekleştirilmiş olup, kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmada veriler; göz hastalıkları kliniğinde katarakt cerrahisi uygulanması planlanan hastalara ve kontrol grubu hastalarına sosyodemografik bilgileri içeren anket formu ve Spielberg'in Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri uygulanarak elde edildi.

### **2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Göz Hastalıkları Anabilimdalı'nda gerekli etik onay alındıktan sonra yapıldı. Çalışmaya katılan tüm hastaların bilgilendirilmiş onamları alındı.

Araştırma Şubat 2008-Aralık 2008 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### **2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniğinde katarakt cerrahisi uygulanacak hastalar ve göz hastalıkları polikliniğine muayene olmak için başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Örnekleme grubunu, ameliyatı planlanan 14 yaş üstü, cerrahi girişim uygulanması planlanan, soruları yanıtlayabilecek düzeyde yeterliliğe sahip olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, 1. göz katarakt cerrahisi için 50, 2. göz katarakt cerrahisi için 50 hasta oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise göz polikliniğine başvuran, 14 yaş üstü, soruları yanıtlayabilecek düzeyde yeterliliğe sahip olan, refraksiyon muayenesi olan ve herhangi bir göz ameliyatı planlanmayan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 100 hasta oluşturmuştur.

#### **2.4. Veri Toplamada Kullanılan Araç ve Gereçler**

Veri toplama aracı olarak;

1. Bilgi Formu (Ek 2, Ek 3)
2. Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (Ek 4, Ek 5).

##### **Bilgi formu (Ek: 2, 3)**

Hastaların sosyodemografik özelliklerini ve hastalıklarına ait bilgileri belirlemek amacıyla literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirildi. Bilgi formu çalışma grubunda bulunan hastalar için 24, kontrol grubunda bulunan hastalar için 17 sorudan oluşmaktadır. Formu hastalar bizzat kendileri yanıtlayarak doldurmuşlardır.

##### **Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri**

Durumluk ve sürekli kaygı envanteri (STAI); 14 yaşından yukarısı olan gençler ve yetişkinlerde kaygıyı saptamak ve önleyebilmek için geliştirilen bir değerlendirme anketidir (2-4,56-58,67, 84-89). Spielberger ve arkadaşları tarafından “durumluk” ve “sürekli kaygı” seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilmiştir (2-4,56-58,67,84-91). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından üniversite ve lise öğrencilerine uygulanarak gerçekleştirilmiş bir testtir (2-4,56-58,67,84-89).

Hastanın durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyini ölçmek için kullanılan kaygı envanteri 20'si durumluk, 20'si de süreklilik kaygıyı ölçmeye yönelik toplam 40 maddeden oluşan kağıt kalem ölçeğidir. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, Hiç (1), Biraz (2), Çok (3), Tamamıyla (4) şeklindedir. Yine aynı ölçekte 10 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bunlar; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 maddelerdir. Durumluk kaygı düzeyi değerlendirilirken doğrudan veya tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları hesaplanmış, doğrudan ifadelerin toplam puanından, ters ifadelerin toplam puanları çıkartılmıştır. Bulunan değere durumluk kaygı ölçeği için önceden saptanmış ve değişmeyen 50 sabit değeri eklenerek her hastanın durumluk kaygı puanı hesaplanmıştır (2, 56, 67)

Sürekli kaygı ölçeğinde ise dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri; Hemen hiçbir zaman(1), Bazen (2), Çok zaman(3) ve Hemen her zaman (4) şeklinde puanlanmıştır. Sürekli kaygı ölçeğinde de tersine dönmüş ifadeler vardır ve bu ifadeler 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu maddeleri oluşturmaktadır. Hastaların sürekli kaygı düzeyleri değerlendirilirken yine doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları hesaplanmış, daha sonra doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkartılmıştır. Elde edilen değere süreklilik kaygı ölçeği için değişmeyen 35 sabit değeri eklenerek süreklilik kaygı puanları hesaplanmıştır (2, 56, 67) .

Her bir ölçek 20 ifadeden oluştuğu için ölçeklerden elde edilen puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. (2, 56, 67).

## **2.5. Veri Değerlendirilmesi**

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri elektronik ortama aktarılarak SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 13. 0 paket programı ile yapıldı. Demografik veriler ki-kare testi, aynı gruptaki değerlerin karşılaştırılması paired *t*-testi, gruplar arası karşılaştırmalar ise çoklu gruplarda ANOVA, 2'li gruplarda Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edildi.



### 3. BULGULAR

Bu bölümde Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Kliniğinde Katarakt ameliyatı planlanan hastaların preoperatif anksiyete ve göz polikliniğine muayene olmak için başvuran hastaların anksiyete bulguları araştırılmıştır.

#### 3.1. Olguların Sosyodemografik Özelliklerini Tanıtıcı Bulgular

Çalışma grubunda, ilk kez katarakt ameliyatı olacak 50 hasta ve ikinci kez katarakt cerrahisi uygulanacak 50 hasta olmak üzere toplam 100 hasta, kontrol grubunda göz polikliniğine muayene olmak için başvuran 100 hasta araştırmaya dahil edildi. Çalışma grubuna ve kontrol grubuna katılan bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki dağılımı, sosyal güvence durumu, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı, sigara kullanma durumu, sistemik bir hastalığa sahip olma durumuna göre sayı, yüzdeler ve dağılımı ve istatistiksel değerleri Tablo 3.1.1.'de görülmektedir. Demografik veriler açısından çalışma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Çalışma grubunda, 1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların; yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek dağılımı, sosyal güvence durumu, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı, sigara kullanma, sistemik bir hastalığa sahip olma, katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumları, katarakt hakkında bilgi sahibi olan hastaların bilgiyi nereden edindikleri, hastanın ailesinde katarakt ameliyatı olma öyküsü, katarakt ameliyatı öncesinde preoperatif anksiyetenin azaltılmasına yönelik sağlık görevlilerinden psikolojik destek alma durumu ve sistemik bir hastalığa sahip olma durumuna göre sayı, yüzdeler ve dağılımı ve istatistiksel değerleri Tablo 3.1.2.'de görülmektedir. 1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastalar arasında, katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumuna ( $p=0,01$ ) ve katarakt hakkında edinilen bilginin kaynağına göre ( $p=0,02$ ) istatistiksel farklılık tespit edilirken diğer özellikler açısından farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 3.1.1.** Çalışma Grubu ve Kontrol Grubundaki Olguların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

| Demografik Özellikler     |                     | Çalışma grubu |    | Kontrol grubu |    | p    |
|---------------------------|---------------------|---------------|----|---------------|----|------|
|                           |                     | n             | %  | n             | %  |      |
| Cinsiyet                  | Kadın               | 55            | 55 | 57            | 57 | 0,88 |
|                           | Erkek               | 45            | 45 | 43            | 43 |      |
| Yaş                       | 50 yaş ve üstü      | 83            | 83 | 72            | 72 | 0,09 |
|                           | 50 yaş altı         | 17            | 17 | 28            | 28 |      |
| Medeni durum              | Evli                | 82            | 82 | 82            | 82 | 0,34 |
|                           | Bekar               | 1             | 1  | 4             | 4  |      |
|                           | Dul                 | 17            | 17 | 13            | 13 |      |
|                           | Boşanmış            | 0             | 0  | 1             | 1  |      |
| Eğitim düzeyi             | Okur yazar değil    | 36            | 36 | 19            | 19 | 0,09 |
|                           | Okur yazar          | 6             | 6  | 3             | 3  |      |
|                           | İlkokul             | 36            | 36 | 48            | 48 |      |
|                           | Ortaokul            | 8             | 8  | 11            | 11 |      |
|                           | Lise                | 8             | 8  | 9             | 9  |      |
|                           | Üniversite          | 6             | 6  | 10            | 10 |      |
| Meslek dağılımı           | Memur               | 2             | 2  | 2             | 2  | 0,38 |
|                           | İşçi                | 1             | 1  | 6             | 6  |      |
|                           | Çalışmıyor          | 52            | 52 | 53            | 53 |      |
|                           | Emekli              | 33            | 33 | 27            | 27 |      |
|                           | Serbest çalışıyor   | 12            | 12 | 12            | 12 |      |
| Sosyal Güvence durumu     | Emekli Sandığı      | 26            | 26 | 27            | 27 | 0,97 |
|                           | Bağkur              | 31            | 31 | 31            | 31 |      |
|                           | SSK                 | 37            | 37 | 37            | 37 |      |
|                           | Yeşil Kart          | 5             | 5  | 3             | 3  |      |
|                           | Sosyal              | 1             | 1  | 1             | 1  |      |
| Yaşadığı Yer              | Köy                 | 24            | 24 | 13            | 13 | 0,06 |
|                           | Kasaba              | 24            | 24 | 20            | 20 |      |
|                           | İlçe                | 21            | 21 | 19            | 19 |      |
|                           | İl                  | 31            | 31 | 48            | 48 |      |
| Kimlerle Yaşadığı         | Yalnız              | 14            | 14 | 6             | 6  | 0,09 |
|                           | Ailesi ile birlikte | 86            | 86 | 94            | 94 |      |
| Sigara kullanma durumu    | Evet                | 21            | 21 | 24            | 24 | 0,78 |
|                           | Hayır               | 79            | 79 | 76            | 76 |      |
| Sistemik Hastalık varlığı | Evet                | 59            | 59 | 52            | 52 | 0,39 |
|                           | Hayır               | 41            | 41 | 48            | 48 |      |

**Tablo 3.1.2.** 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

| Demografik Özellikler                            |                     | 1.Göz |       | 2.Göz |       | p    |
|--|---------------------|-------|-------|-------|-------|------|
|  |                     | n     | %     | n     | %     |      |
| Cinsiyet   | Kadın               | 26    | 52    | 29    | 58    | 0,68 |
|  | Erkek               | 24    | 48    | 21    | 42    |      |
| Yaş  | 50 yaş ve üstü      | 43    | 86    | 40    | 80    | 0,59 |
|  | 50 yaş altı         | 7     | 14    | 10    | 20    |      |
| Medeni durum                                     | Evli                | 43    | 86    | 39    | 78    | 0,42 |
|  | Bekar               | 0     | 0     | 1     | 2     |      |
|  | Dul                 | 7     | 14    | 10    | 20    |      |
|  | Boşanmış            | 0     | 0     | 0     | 0     |      |
| Eğitim düzeyi                                    | Okur yazar değil    | 20    | 40    | 16    | 32    | 0,84 |
|  | Okur yazar          | 2     | 4     | 4     | 8     |      |
|  | İlkokul             | 16    | 32    | 20    | 40    |      |
|  | Ortaokul            | 4     | 8     | 4     | 8     |      |
|  | Lise                | 5     | 10    | 3     | 6     |      |
|  | Üniversite          | 3     | 6     | 3     | 6     |      |
| Meslek dağılımı                                  | Memur               | 1     | 2     | 1     | 2     | 0,61 |
|  | İşçi                | 1     | 2     | 0     | 0     |      |
|  | Çalışmıyor          | 24    | 48    | 28    | 56    |      |
|  | Emekli              | 16    | 32    | 17    | 34    |      |
|  | Serbest çalışıyor   | 8     | 16    | 4     | 8     |      |
| Sosyal Güvence durumu                            | Emekli Sandığı      | 10    | 20    | 16    | 32    | 0,05 |
|  | Bağ kur             | 17    | 34    | 12    | 24    |      |
|  | SSK                 | 21    | 42    | 16    | 32    |      |
|  | Yeşil Kart          | 2     | 4     | 5     | 10    |      |
|  | Sosyal güvence      | 0     | 0     | 1     | 2     |      |
| Yaşadığı yer                                     | Köy                 | 15    | 30    | 9     | 18    | 0,36 |
|  | Kasaba              | 12    | 24    | 12    | 24    |      |
|  | İlçe                | 9     | 18    | 12    | 24    |      |
|  | İl                  | 14    | 28    | 17    | 34    |      |
| Kimlerle yaşadığı                                | Yalnız              | 6     | 12    | 8     | 16    | 0,77 |
|  | Ailesi ile birlikte | 44    | 88    | 42    | 84    |      |
| Katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumu       | Evet                | 16    | 32    | 34    | 68    | 0,01 |
|  | Hayır               | 34    | 68    | 16    | 32    |      |
| Katarakt hakkında bilgi kaynağı                  | Sağlık kuruluşu     | 5     | 31.25 | 28    | 82.35 | 0,02 |
|  | Kitle İletişim      | 8     | 50    | 5     | 14.70 |      |
|  | Arkadaş Çevresi     | 3     | 18.75 | 1     | 2.94  |      |
| Ailede katarakt op. olma öyküsü                  | Evet                | 11    | 22    | 12    | 24    | 0,81 |
|  | Hayır               | 39    | 78    | 38    | 76    |      |
| Sigara kullanma durumu                           | Evet                | 11    | 22    | 10    | 20    | 0,80 |
|  | Hayır               | 39    | 78    | 40    | 80    |      |
| Sistemik Hastalık varlığı                        | Evet                | 24    | 48    | 35    | 70    | 0,10 |
|  | Hayır               | 26    | 52    | 15    | 30    |      |
| Preop. Sağ. Görev. psikolojik destek alma Durumu | Evet                | 13    | 26    | 9     | 18    | 0,46 |
|  | Hayır               | 37    | 74    | 41    | 82    |      |
| Ameliyat hakkında bilgi almadurumu               | Evet                | 22    | 44    | 27    | 54    | 0,42 |
|  | Hayır               | 28    | 56    | 23    | 46    |      |

### 3.2. Çalışma ve Kontrol Grubunun Durumluk ve Süreklilik Anksiyetesinin Karşılaştırılması

Çalışma ve kontrol grubu arasında durumluk anksiyetesi yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark mevcutken ( $p=0,02$ ), süreklilik anksiyeteleri arasında fark yoktu ( $p=0,84$ ). Çalışma grubunun durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, anlamlı sonuç elde edildi ( $p=0,01$ ). Kontrol grubunun durumluk ve süreklilik anksiyeteleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edildi ( $p=0,01$ ) (Tablo 3. 2.).

**Tablo 3.2.** Çalışma ve Kontrol Grubu Arasında Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Durumluk ve Süreklilik Anksiyetesi | Çalışma grubu | Kontrol grubu | p*          |
|------------------------------------|---------------|---------------|-------------|
| STAI-I (Ort. ± SS)                 | 45,56±5,6     | 43,65±6,3     | <b>0,02</b> |
| STAI-II (Ort. ± SS)                | 49,75±5,7     | 50,10±6,2     | 0,84        |
| p**                                | <b>0,01</b>   | <b>0,01</b>   |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

### 3.3. 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların (Çalışma Grubu) Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı planlanan hastaların durumluk anksiyete puanı karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,08$ ). Süreklilik anksiyetesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark anlamsızdı ( $p=0,34$ ). 1. Göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyetesi karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç saptanmazken ( $p=0,48$ ), 2. Göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edildi ( $p=0,01$ ) (Tablo 3. 3. 1.).

**Tablo 3.3.** 1.Göz ve 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Durumluk ve Süreklilik Anksiyetesi | 1. Göz (Ort.±SS ) | 2.Göz (Ort.± SS) | p*   |
|------------------------------------|-------------------|------------------|------|
| STAI-I                             | 47,12±5,0         | 44,00±5,7        | 0,08 |
| STAI-II                            | 48,96±4,5         | 50,52±6,6        | 0,34 |
| p**                                | 0,48              | <b>0,01</b>      |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık , \* Paired t- testi , \*\* Mann Whitney U testi.

### 3.4. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Cinsiyet Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların cinsiyet durumuna göre durumluk ve süreklilik anksiyete puanı karşılaştırıldığında; kadın ve erkek hasta grubu için anlamlı bir sonuç elde edilmedi (p=0,18, p=0,13). Kadın ve erkeklerin durumluk anksiyete puanı karşılaştırıldığında; anlamlı bir sonuç elde edilmedi (p=0,34). Kadın ve erkeklerin süreklilik anksiyete puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç elde edilmedi (p=0,22) (Tablo 3.4.1).

**Tablo 3.4.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Cinsiyet | n  | STAI-I (Ort.±SS ) | STAI-II (Ort.±SS ) | p*   |
|----------|----|-------------------|--------------------|------|
| Kadın    | 26 | 47,80±5,3         | 49,76±5,1          | 0,18 |
| Erkek    | 24 | 46,37±4,5         | 48,08±3,7          | 0,13 |
| p**      |    | 0,34              | 0,22               |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık , \* Paired t- testi , \*\* Mann Whitney U testi.

2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların cinsiyet durumuna göre durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında; kadın ve erkek hasta grubu için anlamlı bir sonuç saptandı (p=0,01, p=0,03). Erkek ve kadın hasta grubunun durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç elde edilmezken (p=0,54), süreklilik anksiyete puanları için de anlamlı bir sonuç elde edilmedi (p=0,47) (Tablo 3.4.2).

**Tablo 3.4.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Cinsiyet     | n  | STAI-I<br>(Ort.±SS) | STAI-II<br>(Ort.±SS) | p *         |
|--------------|----|---------------------|----------------------|-------------|
| <b>Kadın</b> | 29 | 43,58±6,0           | 51,27±7,5            | <b>0,01</b> |
| <b>Erkek</b> | 21 | 44,57±5,3           | 49,47±5,1            | <b>0,03</b> |
| <b>p**</b>   |    | 0,54                | 0,47                 |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak kadın hasta grubunun durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edildi (p= 0,01), 1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak erkek hasta grubunun durumluk anksiyete puanı karşılaştırıldığında, anlamlı bir sonuç elde edilmedi (p=0,20). 1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak kadın hasta grubunun süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı (p=0,66). 1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak erkek hasta grubunun süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı (p= 0,39) (Tablo 3.4.3).

**Tablo 3.4.3.** 1.Göz ve 2. Göz Grubundaki Hastaların Cinsiyet Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Cinsiyet                 | 1.göz<br>Kadın | 2.göz<br>Kadın | p **        | 1.göz<br>Erkek | 2.göz<br>Erkek | p**  |
|--------------------------|----------------|----------------|-------------|----------------|----------------|------|
| <b>STAI-I (Ort.±SS)</b>  | 47,80±5,3      | 43,58±6,0      | <b>0,01</b> | 46,37±4,5      | 44,57±5,3      | 0,20 |
| <b>STAI-II (Ort.±SS)</b> | 49,76±5,1      | 51,27±7,5      | 0,66        | 48,08±3,7      | 48,08±3,7      | 0,39 |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \*\* Mann Whitney U testi.

### 3.5. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Yaş Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların yaş durumuna göre durumluk ve süreklilik anksiyetesi karşılaştırıldığında; 50 yaş ve üstü hasta grubu için istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilirken ( $p=0,02$ ), 50 yaş altı hasta grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmedi ( $p=0,76$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,76$ ,  $p=0,30$ ) (Tablo 3.5.1.).

**Tablo 3.5.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Yaş Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Yaş Durumu     | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II(Ort.±SS) | p*          |
|----------------|----|------------------|------------------|-------------|
| 50 yaş ve üstü | 46 | 46.00±4.7        | 49.23±4.6        | <b>0.02</b> |
| 50 yaş altı    | 7  | 46.28±7.8        | 47.28±3.6        | 0.76        |
| p**            |    | 0,76             | 0,30             |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların yaş durumuna göre durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, 50 yaş ve üstü hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilirken ( $p=0,01$ ), 50 yaş altı hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmedi ( $p=0,08$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında ise anlamlı bir sonuç elde edilmedi ( $p=0,54$ ,  $p=0,28$ ) (Tablo 3.5.2.).

**Tablo 3.5.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Yaş Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Yaş Durumu     | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|----------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| 50 yaş ve üstü | 40 | 44,20±5,9        | 51,90±7,2         | <b>0,01</b> |
| 50 yaş altı    | 10 | 43,20±4,6        | 48,60±6,2         | 0,08        |
| p**            |    | 0,54             | 0,28              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak 50 yaş ve üstü hasta grubunun durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında ( $p=0,27$ ) ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,15$ ). 1. Göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak 50 yaş altı hasta grubunun durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında ( $p=0,26$ ) ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında ( $p=0,58$ ) anlamlı bir sonuç saptanmadı (Tablo 3.5.3.).

**Tablo 3.5.3.** 1. Göz ve 2. Göz Grubundaki Hastaların Yaş Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Yaş Durumu        | 1. göz 50 yaş ve üstü | 2. göz 50 yaş ve üstü | p**  | 1. göz 50 yaş altı | 2. göz 50 yaş altı | p**  |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|------|--------------------|--------------------|------|
| STAI-I (Ort.±SS)  | 46,00±4,7             | 44,20±5,9             | 0,27 | 46,28±7,8          | 43,20±4,6          | 0,26 |
| STAI-II (Ort.±SS) | 49,23±4,6             | 51,90±7,2             | 0,15 | 47,28±3,6          | 48,60±6,2          | 0,58 |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesini, STAI –II: Süreklilik Anksiyetesini, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \*\* Mann Whitney U testi.

### 3.6. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Hastaların, Medeni Duruma Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların medeni durumuna göre durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, evli hasta grubu ve dul hasta grubu için istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,11$ ,  $p=0,22$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,42$ ,  $p=0,84$ ) (Tablo 3.6.1.).

**Tablo 3.6.1.** 1.Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Medeni Duruma Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Medeni durum | n  | STAI-I (Ort.±SS ) | STAI-II(Ort.±SS ) | p*   |
|--------------|----|-------------------|-------------------|------|
| Evli         | 43 | 47,34±5,2         | 48,90±4,2         | 0,11 |
| Bekar        | 0  | -                 | -                 | -    |
| Dul          | 7  | 45,71±2,4         | 49,28±6,9         | 0,22 |
| Boşanmış     | 0  | -                 | -                 | -    |
| p**          |    | 0,42              | 0,84              |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t -testi, \*\* ANOVA.



2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların medeni durumuna göre durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, evli hasta grubu ve dul hasta grubu için istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilirken ( $p=0,01$ ,  $p=0,01$ ), bekar hasta sayısı yetersiz olduğundan istatistiksel analiz yapılamadı. Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,88$ ,  $p=0,79$ ) (Tablo 3.6.2.).

**Tablo 3.6.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Medeni Duruma Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Medeni durum    | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|-----------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| <b>Evli</b>     | 39 | 43,79±5,6        | 50,38±6,5         | <b>0,01</b> |
| <b>Bekar</b>    | 1  | 44               | 47                | -           |
| <b>Dul</b>      | 10 | 44,80±6,5        | 51,40±7,3         | <b>0,01</b> |
| <b>Bosanmış</b> | -  | -                | -                 | -           |
| <b>p**</b>      |    | 0,88             | 0,79              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t* -testi, \*\* ANOVA.

### 3.7. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların eğitim durumuna göre durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, okur yazar olmayan hasta grubunda istatistiksel anlamlılık saptanırken ( $p=0,01$ ), okur yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan hasta grubunda istatistiksel farklılık saptanmadı ( $p=0,37$ ,  $p=0,56$ ,  $p=0,52$ ,  $p=0,61$ ). Grupların kendi arasında durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç saptanmazken ( $p=0,75$ ), süreklilik anksiyete puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptandı ( $p=0,04$ ) (Tablo 3.7.1).

**Tablo 3.7.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Eğitim Durumu    | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p *         |
|------------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| Okur yazar değil | 20 | 46,3±4,9         | 49,8±3,9          | <b>0,01</b> |
| Okur yazar       | 2  | 49,0±4,2         | 55,0±9,8          | 0,37        |
| İlkokul          | 16 | 47,8±4,6         | 46,8±3,9          | 0,56        |
| Ortaokul         | 4  | 48,7±4,0         | 52,2±5,7          | 0,52        |
| Lise             | 5  | 47,8±4,3         | 46,8±2,1          | 0,61        |
| Üniversite       | 3  | 44,0±10,8        | 49,6±4,7          | 0,30        |
| <b>p**</b>       |    | 0,75             | <b>0,04</b>       |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t*-testi, \*\* ANOVA.

2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların eğitim durumuna göre durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, okur yazar olmayan, ilkökul, ortaokul, üniversite mezunu olan hasta grubunda istatistiksel anlamlılık saptanırken (p=0,04, p=0,02, 0,03, 0,01), okur yazar ve lise mezunu olan hasta grubunda istatistiksel farklılık saptanmadı (p=0,10, p=0,18). Grupların kendi arasında durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç saptanmazken (p=0,54), süreklilik anksiyete puanı karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı (p=0,69) (Tablo 3.7.2.).

**Tablo 3.7.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Eğitim Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Eğitim Durumu    | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II(Ort.±SS) | p *         |
|------------------|----|------------------|------------------|-------------|
| Okur yazar değil | 16 | 44,5±5,7         | 51,6±6,8         | <b>0,04</b> |
| Okur yazar       | 4  | 45,2±4,9         | 52,5±7,5         | 0,10        |
| İlkokul          | 20 | 44,2±5,8         | 49,4±7,5         | <b>0,02</b> |
| Ortaokul         | 4  | 38,7±8,4         | 52,2±1,7         | <b>0,03</b> |
| Lise             | 3  | 43,0±0,0         | 46,0±2,6         | 0,18        |
| Üniversite       | 3  | 46,0±4,3         | 51,6±3,2         | <b>0,01</b> |
| <b>p**</b>       |    | 0,54             | 0,69             |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t*-testi, \*\* ANOVA.

### 3.8. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Meslek Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Meslek durumuna göre 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, serbest meslek grubunda bulunan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanırken ( $p=0,01$ ), emekli, çalışmayan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,49$ ,  $p=0,46$ ), memur ve işçi olan hasta grubunda ise hasta sayısının yetersiz olması nedeni ile istatistiksel analiz yapılamadı. Meslek gruplarının kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,44$ ,  $p=0,47$ ) (Tablo 3.8.1.).

**Tablo 3.8.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Meslek Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Meslek     | n  | STAI- I (Ort.±SS) | STAI- II (Ort.±SS) | p*          |
|------------|----|-------------------|--------------------|-------------|
| Memur      | 1  | 48                | 47                 | -           |
| Serbest    | 8  | 44,62±6,3         | 50,62±6,0          | <b>0,01</b> |
| İşçi       | 1  | 53                | 57                 | -           |
| Emekli     | 16 | 46,93±3,2         | 48,06±4,5          | 0,49        |
| Çalışmıyor | 24 | 47,79±5,4         | 48,83±4,1          | 0,46        |
| p**        |    | 0,44              | 0,47               |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t*-testi, \*\* ANOVA.

Meslek durumuna göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, emekli ve çalışmayan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanırken ( $p=0,01$ ,  $p=0,01$ ) serbest meslek grubunda bulunan hastaların anksiyete puanlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,12$ ). Memur olan hasta grubunda ise hasta sayısının yetersiz olması nedeni ile istatistiksel analiz yapılamadı. Meslek gruplarının kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,32$ ,  $p=0,50$ ) (Tablo 3.8.2.).

**Tablo 3.8.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Meslek Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Meslek     | n  | STAI- I (Ort.±SS) | STAI- II (Ort.±SS) | p*          |
|------------|----|-------------------|--------------------|-------------|
| Memur      | 1  | 47                | 54                 | -           |
| Serbest    | 4  | 39,50±7,9         | 50,00±5,2          | 0,12        |
| İşçi       | 0  | -                 | -                  | -           |
| Emekli     | 17 | 45,17±4,4         | 48,64±5,1          | <b>0,01</b> |
| Çalışmıyor | 28 | 43,82±6,0         | 51,60±7,5          | <b>0,01</b> |
| p**        |    | 0,32              | 0,50               |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık , \* Paired *t* -testi, \*\* ANOVA.

### 3.9. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyal güvence durumuna göre 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, emekli sandığı, bağkur, yeşil kart, SSK'lı hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı (p=0,36, p=0,21, p=0,08, p=0,38). Sosyal güvence durumuna göre grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı (p=0,48, p=0,70) (Tablo 3.9.1.).

**Tablo 3.9.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Sosyal Güvence  | n  | STAI-I(Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*   |
|-----------------|----|-----------------|-------------------|------|
| Emekli Sandığı  | 10 | 47,4±2,0        | 48,6±5,5          | 0,36 |
| Bağ kur         | 17 | 46,7±6,1        | 48,6±2,3          | 0,21 |
| Yeşil Kart      | 21 | 46,7±5,1        | 49,6±5,5          | 0,08 |
| SSK             | 2  | 52,5±2,1        | 46,0±4,2          | 0,38 |
| Sosyal güv. yok | 0  | -               | -                 | -    |
| p**             |    | 0,48            | 0,70              |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık , \* Paired *t* -testi, \*\* ANOVA.

Sosyal güvence durumuna göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, emekli sandığı, bağkur, yeşil kart, SSK'lı hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ( $p=0,01$ ,  $p=0,01$ ,  $p=0,03$ ,  $p=0,03$ ). Sosyal güvencesi olmayan hasta grubunda yeterli hasta sayısı olmadığından istatistiksel analiz yapılamadı. Sosyal güvence durumuna göre grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,36$ ,  $p=0,08$ ) (Tablo 3.9.2.).

**Tablo 3.9.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Sosyal Güvence  | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p *         |
|-----------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| Emekli Sandığı  | 16 | 43,7±4,2         | 47,6±5,2          | <b>0,01</b> |
| Bağ kur         | 12 | 45,4±7,2         | 53,5±4,8          | <b>0,01</b> |
| Yeşil Kart      | 16 | 44,5±5,4         | 50,3±7,1          | <b>0,03</b> |
| SSK             | 5  | 41,4±6,6         | 50,8±9,5          | <b>0,03</b> |
| Sosyal güv. yok | 1  | 35.0             | 61.0              |             |
| p**             |    | 0,36             | 0,08              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t* -testi, \*\* ANOVA.

### 3.10. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Yaşadığı Yer Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Yaşadığı yer durumuna göre 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, köy, kasaba, ilçe ve ilde ikamet eden hasta gruplarında, istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,36$ ,  $p=0,21$ ,  $p=0,08$ ,  $p=0,38$ ). Yaşanılan yer durumuna göre hasta gruplarının kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,35$ ,  $p=0,84$ ) (Tablo 3.10.1).

**Tablo 3.10.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Yaşadığı Yer Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Yaşadığı Yer | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*   |
|--------------|----|------------------|-------------------|------|
| Köy          | 15 | 46,26±6,6        | 48,80±3,9         | 0,15 |
| Kasaba       | 12 | 45,91±4,7        | 48,16±4,1         | 0,26 |
| İlçe         | 9  | 49,55±3,9        | 50,00±6,7         | 0,87 |
| İl           | 14 | 47,50±3,5        | 49,14±4,2         | 0,28 |
| p**          |    | 0,35             | 0,84              |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t* -testi, \*\* ANOVA.

Yaşadığı yer durumuna göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, köy, ilçe ve ilde ikamet eden hasta gruplarında, istatistiksel olarak anlamlılık saptanırken, (p=0,04, p=0,04, p=0,01) kasabada ikamet eden hasta grubunda istatistiksel anlamlılık saptanmadı (p=0,07). Yaşanılan yer durumuna göre hasta gruplarının kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı (p=0,29, p=0,36) (Tablo 3.10.2).

**Tablo 3.10.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Yaşadığı Yer Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Yaşadığı Yer | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|--------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| Köy          | 9  | 41,44±6,3        | 54,11±10,4        | <b>0,04</b> |
| Kasaba       | 12 | 45,58±4,0        | 49,50±5,5         | 0,07        |
| İlçe         | 12 | 45,41±4,1        | 49,91±3,4         | <b>0,04</b> |
| İl           | 17 | 43,23±7,0        | 49,76±6,4         | <b>0,01</b> |
| p**          |    | 0,29             | 0,36              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t* -testi, \*\* ANOVA.

### 3.11. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Kimlerle Yaşadığına Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların kimlerle yaşadığına göre durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında; yalnız yaşayan ve ailesi ile birlikte

yaşayan hasta gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,18$ ,  $p=0,12$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel anlamlılık saptanmadı ( $p=0,62$ ,  $p=0,33$ ) (Tablo 3.11.1).

**Tablo 3.11.1.** 1.Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Kimlerle Yaşadığına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Kiminle Yaşıyor | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*   |
|-----------------|----|------------------|-------------------|------|
| Yalnız          | 6  | 46,16±2,3        | 50,66±6,4         | 0,18 |
| Ailesi ile      | 44 | 47,25±5,2        | 48,72±4,7         | 0,12 |
| Huzur evi       | 0  | -                | -                 | -    |
| p**             |    | 0,62             | 0,33              |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t* -testi, \*\* ANOVA.

2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların kimlerle yaşadığı duruma göre, durumluk ve süreklilik anksiyete puanı karşılaştırıldığında, yalnız yaşayan ve ailesi ile birlikte yaşayan hasta grubunda istatistiksel anlamlılık saptandı ( $p=0,03$ ,  $p=0,01$ ). Huzur evinde yaşayan hasta grubunda ise hasta sayısı yetersiz olduğundan, istatistiksel analiz yapılamadı. Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında ise istatistiksel anlamlılık saptanmadı ( $p=0,87$ ,  $p=0,92$ ) (Tablo 3.11.2.).

**Tablo 3.11.2.** 2.Göz Katarakt Ameliyatı Olacak Hastaların Kimlerle Yaşadığına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Kiminle Yaşıyor | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|-----------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| Yalnız          | 7  | 43,85±5,5        | 50,71±8,1         | <b>0,03</b> |
| Ailesi ile      | 42 | 43,95±5,8        | 50,54±6,5         | <b>0,01</b> |
| Huzur evi       | 1  | 47               | 48                | -           |
| p**             |    | 0,87             | 0,92              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t* -testi, \*\* ANOVA.

### 3.12. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların Katarakt Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, bilgi sahibi olan ve olmayan hasta gruplarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,13$ ,  $p=0,17$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,26$ ,  $p=0,17$ ) (Tablo 3.12.1.).

**Tablo 3.12.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Katarakt Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Bilgi Sahibi Olma Durumu | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*   |
|--------------------------|----|------------------|-------------------|------|
| Evet                     | 16 | 45,75±5,1        | 48,18±3,9         | 0,13 |
| Hayır                    | 34 | 47,76±4,8        | 49,32±4,8         | 0,17 |
| p**                      |    | 0,26             | 0,56              |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

Katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, bilgi sahibi olan ve olmayan hasta gruplarında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ( $p=0,01$ ,  $p=0,03$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,82$ ,  $p=0,61$ ) (Tablo 3.12.2.).

**Tablo 3.12.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Katarakt Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Bilgi Sahibi Olma Durumu | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|--------------------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| Evet                     | 34 | 43,88±5,1        | 50,91±6,9         | <b>0,01</b> |
| Hayır                    | 16 | 44,25±6,9        | 49,68±5,9         | <b>0,03</b> |
| p**                      |    | 0,82             | 0,61              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.



Daha önceden katarakt hakkında bilgi sahibi olma durumu göre 1.göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında bilgi sahibi olan gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,56$ ). 1.göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak bilgi sahibi olmayan gruplar arasında durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,26$ ). 1.göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında bilgi sahibi olan gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,14$ ). 1.göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak bilgi sahibi olmayan gruplar arasında süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,73$ ).

**Tablo 3.12.3.** 1.Göz ve 2. Göz Katarakt Cerrahisi Planlanan Hastaların Daha Önceden Katarakt Hakkında Bilgi Sahibi Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Katarakt hakkında bilgi sahibi olma | 1.göz evet | 2.göz evet | p*   | 1.göz hayır | 2.göz hayır | p*   |
|-------------------------------------|------------|------------|------|-------------|-------------|------|
| STAI-I (Ort.±SS )                   | 45,75±5,1  | 43,88±5,1  | 0,56 | 47,76±4,8   | 44,25±6,9   | 0,26 |
| STAI-II (Ort.±SS )                  | 48,18±3,9  | 50,91±6,9  | 0,14 | 49,32±4,8   | 49,68±5,9   | 0,73 |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \*\* Mann Whitney U testi.

### 3.13. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Katarakt Hakkında Edindikleri Bilginin Kaynağına Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Edinilen bilginin kaynağına göre 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, sağlık kuruluşu, kitle iletişim araçları ve arkadaş çevresinden bilgi edinen hasta grubunda istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p=0,19$ ,  $p=0,37$ ,  $p=0,54$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p=0,18$ ,  $p=0,41$ ) (Tablo 3.13.1.).

**Tablo 3.13.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Katarakt Hakkında Edindikleri Bilginin Kaynağına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Bilginin Kaynağı        | n | STAI-I    | STAI-II   | p*   |
|-------------------------|---|-----------|-----------|------|
| Sağlık Kuruluşu         | 5 | 48,20±3,1 | 50,00±3,6 | 0,19 |
| Kitle İletişim Araçları | 8 | 44,87±6,2 | 47,62±4,4 | 0,37 |
| Arkadaş Çevresi         | 3 | 44,00±4,5 | 46,66±2,0 | 0,54 |
| <b>p**</b>              |   | 0,18      | 0,41      |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t*-testi, \*\* ANOVA.

Edinilen bilginin kaynağına göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, sağlık kuruluşundan bilgi edinen hasta grubunda istatistiksel olarak fark saptanırken ( $p=0,01$ ), kitle iletişim araçlarından bilgi edinen hasta grubunda istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p=0,15$ ). Arkadaş çevresinden bilgi edinen hasta grubunda hasta sayısı yetersiz olduğundan istatistiksel analiz yapılamadı. Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p=0,83$ ,  $p=0,54$ ) (Tablo 3.13.2.).

**Tablo 3.13.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Katarakt Hakkında Edindikleri Bilginin Kaynağına Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Bilginin Kaynağı        | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II(Ort.±SS) | p*          |
|-------------------------|----|------------------|------------------|-------------|
| Sağlık Kuruluşu         | 28 | 44,25±4,2        | 51,25±7,4        | <b>0,01</b> |
| Kitle İletişim Araçları | 5  | 41,20±9,2        | 49,60±4,1        | 0,15        |
| Arkadaş Çevresi         | 1  | 47,00            | 48,0             | -           |
| <b>p**</b>              |    | 0,83             | 0,54             |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired *t*-testi, \*\* ANOVA.

### 3.14. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Ailesinde Katarakt Ameliyatı Olma Öyküsüne Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Ailesinde katarakt ameliyatı olma öyküsüne göre 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların, durumluk ve süreklilik anksiyete puanlarını karşılaştırıldığında, ailesinde

katarakt ameliyatı olan hasta grubunda istatistiksel olarak fark saptanmazken ( $p=0,89$ ), ailesinde katarakt ameliyatı olmayan hasta grubunda istatistiksel farklılık saptandı ( $p=0,02$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmadı ( $p=0,46$ ,  $p=0,38$ ) (Tablo 3.14.1.).

**Tablo 3.14.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Ailesinde Katarakt Ameliyatı Olma Öyküsüne Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Ailede Op. Durumu | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|-------------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| Var               | 11 | 47,36±6,2        | 47,63±3,6         | 0,89        |
| Yok               | 39 | 47,05±4,7        | 49,33±4,7         | <b>0,02</b> |
| p**               |    | 0,46             | 0,38              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

Ailesinde katarakt ameliyatı olma öyküsüne göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların, durumluk ve süreklilik anksiyete puanlarını karşılaştırıldığında, ailesinde katarakt ameliyatı olan hasta grubunda istatistiksel olarak fark saptanmazken ( $p=0,11$ ), ailesinde katarakt ameliyatı olmayan hasta grubunda istatistiksel farklılık saptandı ( $p=0,01$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,78$ ,  $p=0,18$ ) (Tablo 3.14.2.).

**Tablo 3.14.2.** 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Ailesinde Katarakt Ameliyatı Olma Öyküsüne Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Ailede Op. Durumu | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|-------------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| Var               | 12 | 44,00±3,9        | 48,75±7,6         | 0,11        |
| Yok               | 38 | 44,00±6,2        | 51,07±6,2         | <b>0,01</b> |
| p**               |    | 0,78             | 0,18              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

### 3.15. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Ameliyat Öncesi Sağlık Görevlilerinden Ameliyat Anksiyetesini Azaltmaya Yönelik Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Ameliyat öncesi sağlık görevlilerinden ameliyat anksiyetesini gidermeye yönelik psikolojik destek alma durumuna göre 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların, durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, psikolojik destek alan ve almayan hasta grubunda istatistiksel anlamlılık saptanmadı ( $p=0,40$ ,  $p=0,07$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,69$ ,  $p=0,80$ ) (Tablo 3.15.1.).

**Tablo 3.15.1.** 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Psikolojik Destek Alma Durumu | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*   |
|-------------------------------|----|------------------|-------------------|------|
| Evet                          | 13 | 46,46±6,2        | 48,23±2,8         | 0,40 |
| Hayır                         | 37 | 47,35±4,5        | 49,21±5,0         | 0,07 |
| p**                           |    | 0,69             | 0,80              |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

Ameliyat öncesi sağlık görevlilerinden ameliyat anksiyetesini gidermeye yönelik psikolojik destek alma durumuna göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların, durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, psikolojik destek alan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmazken ( $p=0,08$ ), psikolojik destek almayan hasta grubunda istatistiksel anlamlılık saptandı ( $p=0,01$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,69$ ,  $p=0,80$ ) (Tablo 3.15.2.).

**Tablo 3.15.2.** 2.Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Ameliyat Öncesi Dönemde Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Psikolojik Destek Alma Durumu | n | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II(Ort.±SS) | p*          |
|-------------------------------|---|------------------|------------------|-------------|
| Evet                          | 9 | 45,88±2,9        | 50,22±6,3        | 0,08        |
| Hayır                         | 4 | 43,58±6,1        | 50,58±6,7        | <b>0,01</b> |
| p**                           |   | 0,30             | 0,94             |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

Ameliyat anksiyetesini azaltmaya yönelik psikolojik destek alma durumuna göre 1. göz ve 2. göz katarakt cerrahisi planlanan hastaların durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında, 1. göz katarakt ameliyatı olacak ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak, psikolojik destek alan grupta istatistiksel olarak anlamlılık saptanmazken (p=0,71), psikolojik destek almayan 1. göz ve 2. göz hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,04). Süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında 1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak ve psikolojik destek alan ve almayan hasta gruplarında istatistiksel olarak fark saptanmadı (p=42, p=0,28) (Tablo 3.15.3).

**Tablo 3.15.3.** Ameliyat Anksiyetesini Azaltmaya Yönelik Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Cerrahisi Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Durumluk ve Süreklilik Anksiyetesi | 1. Göz Evet | 2. Göz Evet | p ** | 1. Göz Hayır | 2. Göz Hayır | p**         |
|------------------------------------|-------------|-------------|------|--------------|--------------|-------------|
| STAI-I (Ort.±SS )                  | 46,46±6,2   | 45,88±2,9   | 0,71 | 47,35±4,5    | 43,58±6,1    | <b>0,04</b> |
| STAI-II (Ort.±SS )                 | 48,23±2,8   | 50,22±6,3   | 0,42 | 49,21±5,0    | 50,58±6,7    | 0,28        |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \*\* Mann Whitney U testi.

### 3.16. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Ameliyat Öncesi Sağlık Görevlilerinden Ameliyatları Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Ameliyat öncesi dönemde ameliyatları hakkında bilgi alma durumuna göre 1. Göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları

karşılaştırıldığında, bilgi alan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmazken ( $p=0,76$ ), almayan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ( $p=0,02$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,62$ ,  $p=0,23$ ) (Tablo 3.16.1.).

**Tablo 3.16.1.** Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyatları Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Bilgi Alma Durumu | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|-------------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| <b>Evet</b>       | 22 | 47,40±5,3        | 47,81±3,3         | 0,76        |
| <b>Hayır</b>      | 28 | 46,89±4,7        | 49,85±5,2         | <b>0,02</b> |
| <b>p**</b>        |    | 0,62             | 0,23              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

Ameliyat öncesi dönemde ameliyatları hakkında bilgi alma durumuna göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, bilgi alan ve almayan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ( $p=0,01$ ,  $p=0,01$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,73$ ,  $p=0,98$ ) (Tablo 3.16.2.).

**Tablo 3.16.2.** Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyatları Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre 2. Göz katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Bilgi Alma Durumu | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|-------------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| <b>Evet</b>       | 27 | 43,81±5,2        | 50,48±6,5         | <b>0,01</b> |
| <b>Hayır</b>      | 23 | 44,21±6,3        | 50,56±6,8         | <b>0,01</b> |
| <b>p**</b>        |    | 0,73             | 0,98              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

Ameliyat öncesi dönemde ameliyatları hakkında bilgi alma durumuna göre 1. göz ve 2. göz katarakt operasyonu olacak hastaların durumluk anksiyete puanları

karşılaştırıldığında, bilgi alan ve almayan hasta grubunda istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p=0,10$ ,  $p=0,49$ ). Bilgi alan ve almayan hasta grubunun süreklilik anksiyete puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,14$ ,  $p=0,63$ ) (Tablo 3.16.3).

**Tablo 3.16.3** Ameliyat Öncesi Dönemde Ameliyatları Hakkında Bilgi Alma Durumuna Göre 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Operasyonu Olacak Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Ameliyat hakkında bilgi alma durumu | 1. Göz Evet | 2. Göz Evet | p ** | 1. Göz Hayır | 2. Göz Hayır | p**  |
|-------------------------------------|-------------|-------------|------|--------------|--------------|------|
| STAI-I (Ort.±SS)                    | 47,40±5,3   | 43,81±5,2   | 0,10 | 46,89±4,7    | 44,21±6,3    | 0,49 |
| STAI-II (Ort.±SS)                   | 47,81±3,3   | 50,48±6,5   | 0,14 | 49,85±5,2    | 50,56±6,8    | 0,63 |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \*\* Mann Whitney U testi.

### 3.17. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Sigara Kullanma Durumuna Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Sigara kullanma durumuna göre 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, sigara kullanan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmazken ( $p=0,69$ ), kullanmayan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ( $p=0,02$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,89$ ,  $p=0,05$ ) (Tablo 3.17.1.).

**Tablo 3.17.1.** Sigara Kullanma Durumuna Göre 1. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Sigara Kullanma Durumu | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|------------------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| Evet                   | 11 | 47,36±3,9        | 46,81±3,6         | 0,69        |
| Hayır                  | 39 | 47,05±5,3        | 49,56±4,6         | <b>0,02</b> |
| p**                    |    | 0,89             | 0,05              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

Sigara kullanma durumuna göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, sigara kullanan hasta grubunda ve kullanmayan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ( $p=0,01$ ,  $p=0,01$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç saptanmadı ( $p=0,59$ ,  $p=0,54$ ) (Tablo 3.17.2.).

**Tablo 3.17.2.** Sigara Kullanma Durumuna Göre 2. Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Sigara Kullanma Durumu | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*          |
|------------------------|----|------------------|-------------------|-------------|
| <b>Evet</b>            | 10 | 43,30±6,0        | 51,40±6,3         | <b>0,01</b> |
| <b>Hayır</b>           | 40 | 44,17±5,7        | 50,30±6,7         | <b>0,01</b> |
| <b>p**</b>             |    | 0,59             | 0,54              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.

### 3.18. Çalışma Grubunda Bulunan Hastaların, Sistemik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre, Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Sistemik bir hastalığa sahip olma durumuna göre 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, sistemik bir hastalığa sahip olan ve olmayan hasta grubunda istatistiksel olarak fark saptanmadı ( $p=0,23$ ,  $p=0,12$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,61$ ,  $p=0,70$ ) (Tablo 3.18.1).

**Tablo 3.18.1.** Sistemik Hastalık Öyküsü Olma Durumuna Göre 1.Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Sistemik Hastalığa Sahip Olma | n  | STAI-I (Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p*   |
|-------------------------------|----|------------------|-------------------|------|
| <b>Evet</b>                   | 24 | 47,83±4,2        | 49,12±4,5         | 0,23 |
| <b>Hayır</b>                  | 26 | 46,46±5,6        | 48,80±4,6         | 0,12 |
| <b>p**</b>                    |    | 0,61             | 0,70              |      |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık, \* Paired t- testi, \*\* Mann Whitney U testi.



Sistemik bir hastalığa sahip olma durumuna göre 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk ve süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında, sistemik bir hastalığa sahip olan hasta grubunda istatistiksel anlamlılık saptanırken, ( $p=0,01$ ), sahip olmayan hasta grubunda istatistiksel anlamlılık saptanmadı ( $p=0,08$ ). Grupların kendi arasında durumluk, süreklilik anksiyete puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,19$ ,  $p=0,96$ ) ( Tablo 3.18.2).

**Tablo 3.18.2.** Sistemik Hastalık Öyküsü Olma Durumuna Göre 2.Göz Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Sistemik Hastalığa Sahip Olma | n  | STAI-I(Ort.±SS) | STAI-II (Ort.±SS) | p**         |
|-------------------------------|----|-----------------|-------------------|-------------|
| <b>Evet</b>                   | 35 | 43,28±6,2       | 50,94±6,1         | <b>0,01</b> |
| <b>Hayır</b>                  | 15 | 45,66±3,9       | 49,53±7,7         | 0,08        |
| <b>p**</b>                    |    | 0,19            | 0,96              |             |

STAI-I: Durumluk Anksiyetesi, STAI-II: Süreklilik Anksiyetesi, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık , \* Paired *t*- testi , \*\* Mann Whitney U testi.

Sistemik bir hastalığa sahip olma durumuna göre 1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak hasta grubunun durumluk anksiyete puanları karşılaştırıldığında, sistemik hastalığa sahip olan grupta istatistiksel olarak anlamlılık saptanırken, ( $p=0,04$ ) sahip olmayan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,97$ ). Süreklilik anksiyete puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p=0,11$ ,  $p=0,84$ ) (Tablo 3.18.3).

**Tablo 3.18.3.** Sistemik Hastalık Öyküsü Olma Durumuna Göre 1. Göz ve 2. Göz Katarakt Operasyonu Olacak Hastaların Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

| Sistemik Hastalık Öyküsü  | 1. Göz Evet | 2. Göz Evet | p ** | 1. Göz Hayır | 2. Göz Hayır | p**  |
|---------------------------|-------------|-------------|------|--------------|--------------|------|
| <b>STAI-I (Ort.±SS )</b>  | 47,83±4,2   | 43,28±6,2   | 0,04 | 46,46±5,6    | 45,66±3,9    | 0,97 |
| <b>STAI-II (Ort.±SS )</b> | 49,12±4,5   | 50,94±6,1   | 0,11 | 48,80±4,6    | 49,53±7,7    | 0,84 |

STAI-I: Durumluk Anksiyete, STAI –II: Süreklilik Anksiyete, Ort.± SS: Ortalama ± Standart Sapma, p: istatistiksel anlamlılık , \*\* Mann Whitney U testi

#### 4. TARTIŞMA

Tıbbi hastalık mevcudiyetinin herhangi bir psikiyatrik bozukluk riskini arttırdığı bilinmektedir (92). Hastanede yatan hastaların %30- 60'ında tıbbi hastalıklarla ile ilişkili bir psikiyatrik sendrom gözlenmektedir (93). Jaco, hastanın vücudunun yalnızca bazı kısımlarını tedavi etmenin yeterli olmayacağını, ona bir bütün halinde yaklaşmak gerektiğini ifade etmiştir (94).

Ülkemizde bedensel hastalık nedeni ile yatarak tedavi görenlerin %2.8-24.4'ünde anksiyete bozukluğu bildirilmiştir. Yurt dışındaki bir çalışmada ise bu oran %23'tür. (95). Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete ve depresyon gibi tepkiler, onun hastalıkla baş etme biçimini ve gücünü doğrudan etkilemektedir (96).

Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Hastada, hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olur (97).

Dünyada körlüğün en sık üç nedeni katarakt, trahom ve glokomdur. Trahom ve katarakt özellikle gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkar. Katarakt, çoğunlukla 60 yaş üzeri kişilerde görülür. Günümüz koşullarında oldukça sık uygulana bir cerrahi ile görme yetisi geri kazanılabilmektedir (98). Bu bilgiler doğrultusunda katarakt cerrahisi uygulanacak hastaların preoperatif anksiyete düzeylerinin (durumluk anksiyetesi ve süreklilik anksiyetesi) araştırılmasına yönelik bir çalışma yaptık.

Hastaların preoperatif durumluk anksiyete puanları düzeyi, hafif (20-39), orta (40-59), ağır (60-79), panik (80<) olarak sınıflandırılmıştır (3).

Çalışmamızda, çalışma grubuna alınan katarakt ameliyatı olacak hastaların durumluk anksiyete puanı ortalama (STAI –I değeri)  $45,56 \pm 5,6$  olarak saptandı.

Domar ve ark. STAI ölçeğine göre preoperatif ortalama anksiyete skorunu 45 olarak bildirmişlerdir (99). Aykent ve ark. STAI ölçeğine göre yapmış oldukları çalışmada ise anksiyete puanı ortalama  $41.59 \pm 0.47$  'dir (84). Akkaş yapmış olduğu bir çalışmada küçük ameliyat olacak hasta grubunun durumluk anksiyete puanını  $45.08 \pm 8.28$  olarak bulmuştur (4). Bu çalışmalar ile çalışmamızda elde ettiğimiz ortalama durumluk anksiyete puanı uyumludur.

Mitsonis ve ark. planlı katarakt cerrahisi uygulanacak 65 yaş ve üzeri 278 hastada, Hamilton'un anksiyete ve depresyon derecelendirme skalası ile preoperatif ve postoperatif olarak anksiyeteyi değerlendirerek, 1. göz katarakt cerrahisi uygulanacak hastalarda preoperatif anksiyete düzeyinin 2. göz katarakt cerrahisi uygulanacak hastalardan yüksek olduğunu, preoperatif anksiyetenin katarakt cerrahisi gününde en yüksek düzeye ulaştığını belirlemişlerdir (100). Çalışmamızda da preoperatif anksiyete katarakt cerrahisi uygulanacak grupta kontrol grubuna göre yüksektir. Anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi ile ilgili anketler katarakt cerrahisinin uygulanacağı gün yapılmıştır. Foggitt ise 108 hasta içeren çalışmasında hastaların katarakt cerrahisine ait anksiyete ortalamasının aşırı düzeyde olmadığını, en yüksek anksiyete düzeyinin katarakt için yapılan ön inceleme aşamasında ve her iki gözden aynı anda opere olacak hasta grubunda olduğunu belirlemiştir (101).

1978- 1980 yılları arasında Ankara'da yapılan bir epidemiyolojik araştırmada (hastalık derecesinde olmasa bile) genel nüfustaki anksiyete belirtilerinin sıklığı %10-%30 arasında bulunmuştur. Klasik kitaplarda anksiyete bozukluğunun toplumdaki yaygınlık oranı %4-%6 olarak bildirilmektedir (64). Yapılan bazı çalışmalar katarakt, glokom, maküler dejenerasyon, Behçet Hastalığı gibi görme kaybına neden olan kronik göz hastalıklarına bağlı gelişen görme bozuklukları ile depresyon, anksiyete ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkileri ele almıştır ve yapılan bu çalışmalarda depresyonun bu hasta grubunda istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır (102- 105). Çalışma grubunda ve kontrol grubunda bulunan hastaların STAI- II puanı incelendiğinde; çalışma grubu için STAI-II puanının  $49,75 \pm 5,7$ , kontrol grubu içinde  $50,10 \pm 6,2$  olduğunu görülmektedir. Çalışmamızda hastaların süreklilik anksiyetesinin durumluk anksiyetesine göre istatistiksel olarak yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışma grubunda bulunan hastaların preoperatif anksiyete puanları karşılaştırıldığında 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların anksiyete seviyesi, 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların anksiyete seviyesinden istatistiksel olarak anlamlı çıkmaya da yüksek bulundu. Süreklilik anksiyete puanı karşılaştırıldığında ise; 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların 1. göz katarakt ameliyatı olacak hastalara göre yüksek olduğu görüldü. Gürsoy A. A.'nın çalışmasında daha önce ameliyat deneyimi olan hastaların kaygı puanı, ameliyat deneyimi olmayanlara göre yüksek bulmuştur (4). Brown çalışmasında daha önce ameliyat olan hastalarla olmayanlar arasında fark bulmamıştır (106). Günaydın ve ark'nın çalışmasında ameliyat deneyiminin preoperatif anksiyeteyi etkilemediği saptanmıştır (3). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar da ameliyat deneyiminin preoperatif anksiyeteye etki etmediğini düşündürmektedir.

Birçok çalışmada kadınlarda anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (73,99). Badner ve arkadaşları bu farklılığı, kadınlarda ailelerinden ayrılmaya bağlı anksiyetenin daha yüksek olmasına bağlarken (73), Domar ve arkadaşları kadınların endişelerini erkeklerden daha rahat ifade edebilmelerini etken olarak göstermişlerdir (99). Çalışmamızda cinsiyete bağlı preoperatif anksiyeteye incelendiğinde; ilk kez ameliyat olacak kadın hastaların, ikinci kez ameliyat olacak kadın hastalara göre daha yüksek preoperatif anksiyeteye sahip oldukları görülmektedir. 1.göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak hastaların kadın ve erkeklerin anksiyete seviyesine incelendiğinde cinsiyetin preoperatif anksiyeteye etkisi olmadığı görülmektedir. Ameliyat deneyiminin cinsiyet üzerine etkisini incelendiğinde, 1. göz katarakt cerrahisi olacak kadın hasta grubunun durumluk anksiyetesinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir.

Bazı araştırmacılar yaşın anksiyete derecesini etkilemediğini bildirirken (99,107), Ramsey orta yaş grubunda anksiyete oranını yüksek olduğunu saptamış ve bunu da orta yaşlardaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla oluşuna bağlamıştır (108). Çalışmamızda 50 yaş ve üstü, 50 yaş ve altı yaş gruplarına göre anksiyete seviyeleri incelendiğinde, hem 1.göz katarakt cerrahisi için, hem de 2. göz katarakt cerrahisi için preoperatif anksiyete değerlerinin değişmediği saptandı.

Bulgularımıza göre medeni durum ile ameliyat öncesi anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmasa da, 1. göz katarakt cerrahisi uygulanacak evli hastalarda, diğer hasta grubuna oranla anksiyete puanı yüksek bulundu. 2. göz katarakt cerrahisi uygulanacak hasta grubu incelendiğinde ise dul hasta grubunun istatistiksel olarak anlamlı olmasa da anksiyete puanı yüksek görülmektedir. Ertuğrul B'nin yapmış olduğu çalışmada ise dul hastalarda anksiyete sıklığı, bekar ve evli gruplara göre daha yüksek orandadır (64). Çalışmamız da bu çalışma uyumludur.

Literatürde artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin de arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyete derecesini etkilemediği bildirilmiştir (97,99,109). Günaydın ve ark'nın çalışmasında okuryazar, ilk ve ortaokul mezunu bireylerin anksiyete düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiş, lise ve yüksek okul mezunlarının anksiyete düzeylerinin hafif olduğu belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (3). Çalışmamızda 1. göz katarakt cerrahisi olacak hasta grubunda en düşük durumluk anksiyete değerleri üniversite mezunlarına aitti. Fakat eğitim grupları arasında durumluk anksiyetesi yönünden anlamlı fark yoktu. 2. göz katarakt cerrahisi olacak hasta grubunda ise ortaokul mezunları en düşük durumluk anksiyete değerlerine sahipken eğitim grupları arasında fark yoktu. Durumluk ve süreklilik anksiyetesi karşılaştırıldığında, 1 göz katarakt cerrahisi olacak hasta grubunda okuryazar olmayan, 2. göz katarakt cerrahisi olacak hasta grubunda ise okuryazar olmayan, ilkokul, ortaokul ve üniversite mezunlarında fark bulundu. Bu sonuçlara göre eğitim durumu preoperatif anksiyeteyi etkilemezken daha çok süreklilik anksiyetesi üzerine etkili gözükmektedir.

Ameliyat, önemli bir iş gücü kaybı sebebidir. Küçük ameliyatlarda bile kişinin normal iş temposuna dönmesi haftaları bulabilir; bu durum özellikle beden gücünün ön planda olduğu meslekler için geçerlidir. Bazı ameliyatlar (ampütasyon gibi) iş kaybı ile sonuçlanabilir. Günlük para kazanılan meslekler için ameliyat, kazanç kapısının bir süre kapanması anlamına gelir. Ertuğrul B'nin yapmış olduğu çalışmada ise meslek alt gruplarında preoperatif anksiyete açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmazken, ev hanımlarında ve emekli olan hasta grubunda anksiyete seviyesi düşük çıkmıştır (64). Çalışmamızda meslek alt gruplarında 1. göz ve 2. göz katarakt

cerrahisi öncesi anksiyete puanları açısından anlamlı bir fark yoktu, ancak serbest meslek grubunda bulunan hastaların anksiyete puanının düşük olması dikkati çekmektedir.

Sağlık hizmetleri, özellikle cerrahi hizmetler yüklü miktarda harcama gerektirirler. Genel Sağlık Sigortası sistemine sahip olmayan ülkemizde sosyal güvencesi olan hastalar bile, hastaneye yattıklarında belli harcamalar yapmak zorundadırlar (64). Çalışmamızda 1. göz katarakt cerrahisi olacak hasta grubunda en düşük durumluk anksiyete değerleri yeşil kartlı hastalara aitti. Fakat sosyal güvence açısından, gruplar arasında durumluk anksiyetesi yönünden anlamlı bir fark yoktu. 2. göz katarakt cerrahisi olacak hasta grubunda ise SSK'lı hasta grubu en düşük durumluk anksiyete değerlerine sahipken sosyal güvence grupları arasında fark yoktu. Durumluk ve süreklilik anksiyetesi karşılaştırıldığında, 1 göz katarakt cerrahisi olacak hasta grubunda fark saptanmazken, 2. göz katarakt cerrahisi olacak hasta grubunda ise emekli sandığı, bağkur, yeşil kart ve SSK'lı hasta grubunda fark bulundu. Bu sonuçlara göre sosyal güvence durumu preoperatif anksiyeteyi etkilemezken daha çok süreklilik anksiyetesi üzerine etkili gözükmektedir.

Çalışmamızda yaşanan yer ile preoperatif anksiyete puanları karşılaştırıldığında; 1. göz katarakt cerrahisi ve 2. göz katarakt cerrahisi uygulanacak hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmedi. Bu sonuçlar yaşanan yerin preoperatif anksiyeteye etki etmediğini düşündürmektedir.

Aile ve sosyal destek sistemi hasta için potansiyel stres mediyatörleridir. Sosyal desteğin, tonsillektomi geçiren çocuklarda hastanede kalış ve sonrasında görülen psikolojik reaksiyonları önleyebildiği ve her türlü hastalıkta (cerrahi hastalık dahil) iyileşme sürecine yardımcı olabildiği gösterilmiştir. Ertuğrul B'nin yapmış olduğu çalışmada ise preoperatif anksiyete yalnız yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da düşük bulunmuştur (64). Hastalarımıza aile desteğinin etkisini ölçebilmek amacı ile hastalara yalnız yaşayıp yaşamadığı, ailesi ile birlikte yaşayıp yaşamadığı ve huzurevinde yaşayıp yaşamadığı soruldu. Bu değişkenlerle ameliyat öncesi durumluk anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Hastaların hastalıkları ile ilgili daha önceden bilgi sahibi olma durumu ve bilginin kaynağı araştırıldı. 1. göz katarakt ameliyatı olacak hasta grubunun bilgi sahibi olanların olmayanlara göre durumluk anksiyete seviyesi düşük ancak istatistiksel olarak anlamlı değilken, 2. göz katarakt cerrahisi olacak hastalar için ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha önceden hastalık hakkında edinilen bilgiye göre, bilgi sahibi olanların durumluk anksiyete seviyesi daha düşüktü. Edinilen bilginin kaynağı araştırıldığında ise; 1. göz ve 2. göz hasta grubu için sağlık kuruluşundan bilgi edinen hasta grubunun anksiyete seviyesi istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yüksekti. Vallance ve ark., katarakt cerrahisi ve bilgilendirme üzerine yaptıkları çalışmada cerrahi öncesi iyi bilgilendirme yapılan hastaların cerrahi ile ilgili bir sorun olsa bile daha az anksiyeteye sahip olduklarını, bu bilgilendirme sonucunda gereken ikincil operasyonları daha kolay kabullendiklerini belirtmektedir (110).

Ertuğrul B'nin yapmış olduğu çalışmada özgeçmişinde veya yakınlarında sonuçlarından memnun kalınmayan bir ameliyat öyküsü olanlarda anksiyete sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hastaların geçmişteki olumsuz durumun tekrarlayacağından veya kendilerinde oluşabileceğinden kaygı duymaları, beklenen bir durum olarak yorumlanmıştır (64). Çalışmamızda ailesinde katarakt ameliyatı olan hasta grubu ve olmayan hasta grubu için istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmedi.

Ülkemizde N. Kum'un "Yetişkin Cerrahi Hastalarında Anksiyete ve Korku" adlı çalışmasında, hastaneye ameliyat olmak için yatan hastaların anksiyete ve korkuyu temsil eden davranış ve belirtilerini özellikle ameliyat öncesi gecede açıkça gösterdikleri ve hastalara ameliyata ilişkin bilgi verildiğinde anksiyete belirtilerinde ve ifade ettikleri korkularda önemli oranlarda azalma olduğu gösterilmiştir (111). Ameliyata ilişkin gerçekçi beklentileri olan, yeterli bilgi edinmiş, katılımcı tutum gösteren, ameliyat öncesi kaygı düzeyi normal sınırlar içinde olan hastaların; gerçek ötesi beklentileri olan, ameliyat öncesi kaygıları yüksek, durumlarını ve gerçeği ileri ölçüde inkar eden hastalara kıyasla, ameliyat sonrası uyumları daha iyi olmaktadır (76). Hastaların ameliyat öncesi eğitimi ve bilgilendirilmesi, psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk aşamadır. Bu bilgilendirmenin kaygı, korku ve depresyon

gelişimini azalttığı ve hastanede yatış süresini kısalttığı öne sürülmüştür. Bilgilendirmeden sonra hastanın ameliyata psikolojik hazırlanması aşaması gelir. Psikolojik hazırlamada hastanın emosyonel yaşantısı, içsel endişe, korku ve çatışmalarını ifade edebilmesi sağlanmalıdır. Hasta için önemli olan kaygı kaynakları araştırılmalıdır (85).

Ülkemizde preoperatif eğitim ile ilgili yapılan araştırmalar, ameliyat öncesi hazırlığın günlük çalışma ortamında etkili olarak yapılmadığını göstermektedir (88). Bölükbaş çalışmasında ameliyat olacak hastaların %77'sine ameliyat öncesi ve sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmemiş olduğunu ve hastaların %95'inin bilgi almak istediklerini saptamıştır (112). Acaroğlu ve Aksoy'un yaptıkları çalışmada hastanın sedyede ve bakımını veren hemşire ile ameliyathaneye götürülmesi ve geri getirilmesi, ameliyattan gelen hastaya pozisyon verilmesi gibi hastaya psikolojik destek sağlamada önemli olan bağımsız hemşirelik işlevlerinin istenen düzeyde olmadığı gösterilmiştir (113). Karayurt Ö.'nün yapmış olduğu farklı eğitim programlarının ameliyat öncesi anksiyeteye olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; gruplar arasında durumluk anksiyete seviyesinde paralel bir düşüş saptamıştır (88). Çalışmamızda, ameliyat öncesi psikolojik destek alma durumuna göre durumluk anksiyetesi incelendiğinde 1. göz ve 2. göz katarakt cerrahisi olacak hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. 1.göz ve 2. göz katarakt cerrahisi olacak hastaları ameliyat öncesi psikolojik destek alma durumuna göre kendi arasında karşılaştırıldığında, 1.göz katarakt cerrahisi olacak ve psikolojik destek almayan grubun, 2. göz katarakt cerrahisi olacak ve psikolojik destek almayan gruba göre durumluk anksiyetesi anlamlı olarak yüksekti. Ameliyatları hakkında bilgi alıp almadığı sorgulandığında, her iki grupta da bu durumun preoperatif anksiyete üzerine etkili olmadığı saptandı.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada nikotin bağımlılığında hastaların anksiyete duyarlılığı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Hastaların anksiyete duyarlılıklarının yüksek olması anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Anksiyete bozukluklarında da madde ve nikotin kullanımının sık olduğu bilinmektedir (114). Çalışmamızda sigaranın preoperatif anksiyete üzerine etkisi incelendiğinde anlamlı bir sonuç elde edilmedi.



Sanderson ve Barlow'a göre, toplum genelinde en çok endişe kaynağı olabilen konulardan biri de (aile, para ve iş sorunlarından sonra) kişisel hastalık konularıdır. Değişik tıbbi durumlara ikincil olarak anksiyete bozukluğu görülme oranı %20-%62'dir (64). Diyabet, hipertansiyon gibi eşlik eden kronik hastalıklar tek başlarına anksiyete veya depresyon sebebi olabilirler; ameliyat olacak hasta için ek stresör faktör oluşturmaları beklenen bir durumdur. Ertuğrul B.'nin yapmış olduğu çalışmada ameliyat öncesi anksiyete sıklığı ile ameliyat sebebi olan hastalığının dışında başka bir kronik hastalığa sahip olma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (64). Çalışmamızda ise 1. göz katarakt cerrahisi ve 2. göz katarakt cerrahisi uygulanacak hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmedi. Gruplar kendi arasında sistemik hastalık ve preoperatif anksiyete açısından karşılaştırıldığında sistemik hastalık öyküsü olan ve 1. göz katarakt cerrahisi olacak hastaların durumluk anksiyetesi anlamlı olarak yüksek bulundu.

## 5. SONUÇ

Katarakt cerrahisi olacak çalışma grubundaki hastalarda durumluk anksiyete değerleri kontrol grubuna göre daha yüksektir. Her iki grubun süreklilik anksiyete değerleri durumluk anksiyete değerlerinden yüksektir. Bu değerler katarakt cerrahisi olacak hastaların orta düzeyde preoperatif anksiyeteye sahip olduğunu göstermektedir.

1. göz katarakt ameliyatı olacak hasta grubunun anksiyete değerlerinin 2. gözden ameliyat olacak hasta grubuna göre yüksek olmasına rağmen istatistiksel fark saptanmaması ameliyat deneyiminin preoperatif anksiyete üzerine etkili olmadığını göstermiştir.

1. göz ve 2. göz katarakt ameliyatı olacak kadın ve erkek hastalar arasında preoperatif anksiyete değerleri arasında fark yoktur. 1. göz katarakt ameliyatı olacak kadın hastalar 2. göz katarakt ameliyatı olacak kadın hastalardan daha yüksek preoperatif anksiyeteye sahiptir.

1. göz katarakt cerrahisi olacak ve psikolojik destek almayan grubun 2. göz katarakt cerrahisi olacak ve psikolojik destek almayan gruba göre durumluk anksiyetesi daha yüksektir.

1. göz katarakt cerrahisi olacak ve sistemik bir hastalığı olan hastaların durumluk anksiyetesi daha yüksektir.

Çalışmamızda; eğitim durumu, mesleki durum, yaşanılan yer, kimlerle yaşadığı, yaş durumu, sosyal güvence durumu, ameliyat öncesi ameliyat hakkında bilgi alma durumu, sigara kullanma durumuna göre 1.göz ve 2. göz katarakt cerrahisi olacak hastaların preoperatif anksiyetelerinin değişmediği saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Sağlık personeli katarakt ameliyatı olacak bireyi, biyopsikososyal yönden tam bir bütün olarak ele almalı, preoperatif anksiyete düzeyinin azaltılması için daha kapsamlı ( hasta odaklı) hemşirelik bakım sistemi oluşturulmalıdır.
2. Görme kaybı olan hastaların, süreklilik anksiyete seviyeleri ölçülmeli, anksiyeteyi gidermeye yönelik eğitim proğramları yapılmalıdır.
3. İlk kez katarakt ameliyatı olacak kadın hastalara preoperatif hemşirelik bakım hizmetleri anksiyete seviyesini azaltmaya yönelik planlanmalıdır.
4. İlk kez katarakt ameliyatı olacak hasta grubuna, ameliyat hakkındaki duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat tanınarak, preoperatif ameliyatı hakkında bilgilendirilmeli, hastalara gerekli olan psikolojik destek sağlanmalıdır.
5. İlk kez katarakt ameliyatı olacak sistemik bir hastalığı olan hastaların preoperatif anksiyetelerini azaltmak için, bu hasta grubuna daha kapsamlı hemşirelik bakım hizmeti sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kocaman N. (2008) Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İst. Tıp Fak. Derg.* **71**: 52- 58.
2. Yardakçı R. , Akyolcu N. (2004) Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* **1,2**: 7-14.
3. Günaydın N., Oflaz F. (1998) Planlı ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi anksiyetelerinin incelenmesi. *Gata Bülteni* **40**: 51- 55.
4. Gürsoy A.A. (2001) Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* **1**: 23-29.
5. Cimili C. , (2001) Cerrahide anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **4**:182-186.
6. Erdil F. ( 2001) Göz Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı In Erdil F., Elbaş Ö.N. (eds) *Cerrahi hastalıkları hemşireliği 4.baskı Ankara Aydoğdu ofset .*
7. Tarım Ö. (2007) Göz ve endokrinoloji. *Güncel Pediatri Dergisi* **5**: 18-22.
8. Tel H., Tel H., Kaplan T.A. (2007) Katarakt ameliyatı öncesi ve ameliyattan bir ay sonra bireylerin uyku özellikleri. *Göztepe Tıp Dergisi* **21(1)**: 20-22.
9. Özçetin H. (2005) Katarkt ve Tedavisi. *1. baskı, İstanbul, İstanbul Scala Basım Yayım Tanıtım Sa. ve Tic.Ltd. Şti.*
10. Halıcı H., Çilesiz İ., Elçioğlu M. (2006) Yeni bir fakoemülsifikasyon cihazı tasarımı ve uygulanması. *İtü Dergisi/d* **5/1**: 15-26.
11. Gözoğlu S. H. (2006) Mikroinsizyonel katarakt cerrahisi ile lens ekstraksiyonu ve arka kamara göz içi lensi yerleştirilmesi sonrası postoperatif sonuçların incelenmesi. T.C. Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık tezi, danışman: Doç Dr. Feyza Önder.
12. Helvacıoğlu F. İ. (2007) Konvansiyonel ve bimanuel mikroinsizyonel fakoemülsifikasyon cerrahilerinin sert kataraktlardaki sonuçları. T.C. Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık tezi, danışman: Op. Dr. F. Ulviye Yiğit.

13. Duman M. (2006) Fakoemülsifikasyon sırasında arka kapsül yırtığı gelişmesi sonrası arka kamara göz içi lensi uygulanan olgularımızın klinik sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık tezi, danışman: Doç.Dr. Kadir Eltutar.
14. Suyadal Y.B. (2007) Fakoemülsifikasyon cerrahisi sırasında vitreus içine düşmüş lens parçaları olgularında pars plana vitrektomi sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. N. Reşat Belgeler Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi, 1. klinik şefi Prof. Dr. Ömer Faruk Yılmaz, 2. klinik şefi Doç.Dr. Ziya Kapran.
15. Yaşar Ö. (2005) Katarakt hastalarında kapsül içi yerleştirilen thioptx ve acrysof göz içi lenslerinin görsel ve refraktif sonuçlarının, kontrast duyarlılık değişikliklerinin, arka kapsül opasifikasyonu insidenslerinin karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. N. Reşat Belgeler Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi, şef: Prof. Dr. Ömer Faruk Yılmaz, şef: Doç.Dr. Ziya Kapran.
16. Özkan A. (2004) Fakoemülsifikasyona bağlı lens luksasyonunda pars plana vitrektomi sonuçlarımız. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi, şef: Prof. Dr. Suphi Acar.
17. Urlu D.N. (2005) Psödoeksfolyatif sendromlu katarakt olgularının fakoemülsifikasyon cerrahisinde kapsül germe halkası uygulanması. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi, şef: Prof. Dr. Suphi Acar.
18. Gök K. (2006) Arka kapsüloreksis sonuçları, komplikasyonları ve postoperatif maküler ödem ve kalınlığın optik koherans tomografi (oct) ile değerlendirilmesi T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. N. Reşat Belgeler Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi, şef: Prof. Dr. Ömer Faruk Yılmaz, şef: Prof. Dr. Mustafa Elçioğlu, şef: Prof. Dr. Hülya Güngel, şef: Doç. Dr. Ziya Kapran.
19. Crabtree H.L., Hildreth A.J., O'Connell J.E., Phelan P. S., Allen D., Gray C.S. (1999) Measuring visual symptoms in British cataract patients. The cataract symptom scale **83**: 519–523.

20. Ayan T. (2004) Yeni nesil memorylens göz içi lenslerinde arka kapsül kesafet gelişimi T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi, şef: Prof.Dr. Yusuf Özertürk.
21. Recep Ö.F., Hasırıpı H. (1994) Çocukluk çağı kataraktlarında tedavi ve görsel rehabilitasyon. *Oftalmoloji dergisi* **3/2**: 153-160.
22. Karel F., Işıklıçelik Y., Takmaz T. (1997) Lens metabolizması ve katarakt gelişim mekanizmaları. *T. Klin. Oftalmoloji* **6**: 50-56.
23. Brannan S., Dewar C., Sen J., Clarke D., Marshall T., Murray P.I. (2003) A prospective study of the rate of falls before and after cataract surgery. *Br J Ophthamol* **87**: 560-562.
24. Harwood R.H., Foss A.J., Osborn F., Gregson R.M., Zaman A., Maud T., (2005) Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery. A randomised controlled trial. *Br J Ophthalmol* **89**: 53-59.
25. Ergin A. (1999) Göz içi lens implabasyonu ile gerçekleştirilen senil katarakt cerrahisinde görsel sonuçlar. *Geriatric dergisi* **2(2)**: 53-56.
26. Kıreşi B., Özbayrak N., Gündüz K., Zengin N., Okudan S., Ay M. (1998) Senil kataraktlı olguların lens nükleusu ve serumlarında askorbik asit düzeylerinin karşılaştırılması. *T. Klin. Oftalmoloji* **7**:191-196.
27. Önder F., Günalp İ. (1992) Yaşa bağlı katarakt oluşumunda risk faktörleri. *Oftalmoloji dergisi*. **1(3)**: 9-186.
28. Gieser S.C., Schein O.D. (1993) Cataract epidemiology and world blindness. *Curr Opin Ophthalmol* **4**: 3-10.
29. Kashima K., Trus B. (1993) Aging studies on normal lens using the Scheimpflug slit lamp camera. *Invest Ophthalmol Vis Sci* **34**: 263.
30. Van Heyningen R. (1976) What happens to the human lens in cataract? In Spivey B, Henkind P, Lichter P, American Academy of Ophthalmology Committee on Continuing Education in Ophthalmology: American Academy of Ophthalmology: *Selected Readings in Ophthalmology Companion Source Manual*, **2**:112.
31. Horwitz J. (1993) The function of alpha-crystallin. *Invest Ophthalmol Vis Sci* **34**: 10.

32. Clark J.I., Livesey J.C., Steele J.E. (1993) Phase separation inhibitors and lens transparency. *Optom Vis Sci* **70**: 873.
33. Maraini G., Pasquini P., Sperduto R.D. et al. (1990) Distribution of lens opacities in the Italian-American Case-Control Study of Age-Related Cataract. The Italian-American Study Group. *Ophthalmology* **97**: 752.
34. Kinoshita J.H. (1974) Mechanisms initiating cataract formation. Proctor Lecture. *Invest Ophthalmol* **13**: 713.
35. Kinoshita J.H., Kador P., Datiles M. (1981) Aldose reductase in diabetic cataract. *JAMA* **246**: 259.
36. Schein O., West S., Mundy B. et al. (1994) Cortical lenticular opacification. Distribution and location in a longitudinal study. *Invest Ophthalmol Vis Sci* **35**:363.
37. Taylor H.R., West S.K. (1989) The clinical grading of lens opacities. *Aust NZ J Ophthalmol* **17**: 81.
38. Klein B.E., Klein R., Linton K.L. (1992) Prevalence of age-related lens opacities in a population. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* **99**: 546,
39. Lasa S., Podgor M., Datiles M. et al (1993) Glare sensitivity in early cataracts. *Br J Ophthalmol* **77**: 489.
40. Datiles M.B. (1993) Clinical evaluation of cataracts. *Clinical Ophthalmology*, **1**: 6.
41. Yanoff M., Fine B.S. In Tasman W., Jaeger E.A. . (eds). (1986) Duane's Foundations of Clinical Ophthalmology, *Philadelphia Lippincott JB* **3/12**: 2.
42. Fishman G.A., Anderson R.J. Lourenco P. (1985) Prevalence of posterior subcapsular lens opacities in patients with retinitis pigmentosa. *Br J Ophthalmol* **69**: 263.
43. Fagerholm P.P., Philipson B.T. (1985) Cataract in retinitis pigmentosa, an analysis of cataract surgery results and pathological lens changes. *Acta Ophthalmol (Copenh)* **63**: 50.
44. Kaiser-Kupfer M., Kuwabara T., Uga S et al. (1983) Cataract in gyrate atrophy, clinical and morphologic studies. *Invest Ophthalmol Vis Sci* **24**: 432.
45. Stambolian D. (1988) Galactose and cataract. *Surv Ophthalmol* **32**: 333.

46. Stevens R., Datiles M., Srivastava S. et al. (1989) Idiopathic presenile cataract formation and galactosemia. *Br J Ophthalmol* **73**: 48.
47. Arıkan İ., Dallar Y., Hızel S., Tanyer G., Çağlayan A. (1999) Konjenital kataraktlı olguların etyoloji yönünden değerlendirilmesi. *Klinik Bilimler & Doktor dergisi* **5/4**: 514-516.
48. Kılıç A., Çağlar Ç., Çinal A., Yaşar T., Demirok A., Gül A. (2007) Yetişkinlerde travmatik katarakt cerrahisi sonuçlarımız. *Tıp Araştırmaları Dergisi* **5/3**: 125-128.
49. Johns K.J., Feder R.S., Bowes H.M., et al. (2001) Lens and cataract AAO basic and Clinical Course Series. *American Academy of ophthalmology* **50/54**: 213-216.
50. Lundström M., Brege K.G., Floren I., Lundh B., Stenevi U., Thorburn W. (2002) Cataract surgery and quality of life in patients with age related macular degeneration. *Br J Ophthalmol* **86**: 1330–1335.
51. Chang D.F. (2003) Simultaneous bilateral cataract surgery. *Br J Ophthalmol* **287**: 253-254.
52. Wong T.Y. (2001) Effect of increasing age on cataract surgery outcomes in very elderly patients. *BMJ* **322**: 6-1104.
53. Roy P.N., Mehra K.S., Deshpande P. (1975) Cataract surgery performed before 800 B.C. *Brit. J. Ophthal.* **59**: 171.
54. Yeter C. (2007) Konvansiyonel ve biaksiyal mikro insizyonel fakoemülsifikasyon cerrahisi sonrası ön segment anatomik değişikliklerinin pentakam ile karşılaştırılması Sağlık Bakanlığı Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği. Uzmanlık tezi, şef: Prof Dr. Mustafa Elçioğlu.
55. Ay Z.Y., Erdek Y., Öztürk M., Kılınç G., Bozkurt Y., Yılmaz R. (2005) Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliğine Başvuran Hastalarda Dental Korku Düzeyinin İncelenmesi, *C. Ü. Diş hekimliği Fakültesi Dergisi* **8/1**:12-18.
56. Alacacioğlu A., Yavuzşen T., Diriöz M., Yeşil L., Bayrı D., Yılmaz U. (2007) Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji- Onkoloji Dergisi* **2/17**: 87-93.



57. Marakoğlu İ., Sezer H., Demirer S., Özdemir D. (2003) Periodontal tedavi öncesi durumluk ve süreklilik kaygı düzeyi. *C.Ü. Diş hekimliği Fakültesi Dergisi* **6/2**: 73-79.
58. Kaya H., Acaroğlu R., Şendir M., Göldeş S., (2007) Nöroşirürji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile baş etme durumuna etkisi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* **15/59**: 75-81.
59. Özdemir A.K., Özdemir D.H., Çoşkun A., Taşveren S., (2001) Dişhekimliği fakültesinde protez kliniği ile diğer kliniklerde hasta anksiyetesinin araştırılması. *C.Ü. Diş hekimliği Fakültesi Dergisi* **4/2**: 71-74.
60. Beser G.N., Öz F., (2003) Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **7/1**: 47-58.
61. Işık E., Taner Y..(2006) Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları Asimetrik Paralel Kitapevi .
62. Turhan H. (2007) Tip iki daibetes mellitus'lu hastalarda tedavi şekline ve hastalık süresine göre depresyon ve anksiyete, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık tezi, şef: Uz. Dr. İsmail Ekizoğlu.
63. Vural İ. (2007) Anksiyete bozukluklarında somatizasyon ve tiroid hormonlarıyla ilişkisi T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağliğı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.Uzmanlık tezi, şef: Doç.Dr. M. Cem İnem .
64. Ertuğrul B. (200) Genel cerrahi hastalarında ameliyat öncesi anksiyete durumu ve anksiyeteye yaklaşım. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık tezi, danışman: Uz. Dr. Bülent Demirbaş.
65. Us S. (2007) Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda anksiyete depresyon oranı, seviyesi, etki eden hastalık özelliklere göre farklılıkları, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık tezi, danışman: Uz. Dr. Rahime Özgür.
66. Özcengiz D. (2006) Anesteziyle ilgili bilgilendirmede kullanılan farklı yaklaşımların çocukları günübirlik cerrahi müdahale geçiren ebeveynlerin

- durumluk kaygılarına etkisi, T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilimdalı. Yüksek lisans tezi, danışman: Prof. Dr. Banu İnaç.
67. Aral İ.A. (2008) Antenatal maternal anksiyetenin normal vajinal yolla doğum üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, danışman: Yrd. Doç. Dr. Figen Kırşahin.
68. Ünsal C. (2007) “Yaygın anksiyete bozukluğu” tanısı alan hastaların elektrokardiyografilerindeki p-dalga ve QT dispersiyonu. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi, şef: Dr. Mecit Çalışkan.
69. Colon E.A., Popkin M.K. (1996) Anxiety and panic, The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. American Psychiatric Press Inc., s.402-425.
70. Bekaroğlu M., Uluutku N., Alp K. ve ark. (1991) Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2(4)**: 285-288.
71. Noyes R.J., Roth M., Burrows G.D. (1988) *Handbook of Anxiety*, Elsevier.**2**: 239-242.
72. Fell D., Derbyshire D.R., Maile C.J.D. et al. (1985) Measurement of plasma catecholamine concentrations. An assesment of anxiety. *Br J Anaesth* **57**: 770-774.
73. Badner N.H., Nielson W.R., Munk S., Kwiatkowsa C. (1990) Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth* **37**: 444-447.
74. Manyende A. et al. (1992) Anxiety and endocrine responses to surgery. *Psychosom. Med.* **54(1)**: 8-275.
75. Nijkamp M.D., Kenens C.A. Dijker A.J.M. et.al. (2004) Determinants of surgery related anxiety in cataract patients. *Br J Ophthalmol* **88**: 1310-1314.
76. Özkan S. (1993) Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. *İstanbul, ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş.*
77. Burridge L. (1993) Challenging the traditional view of preoperative visiting. *Br J Theatre Nurs.* **3/4**: 12-15.

78. Dodds F. (1993) Acces to the coping strategies, managing anxiety in elective surgical patients. *Professional Nurs.* **9/1**: 45-52.
79. Shafer K.N., Sawyer J.R., Mccluskey A.M. Beck E.L. (1985) Tıbbi ve cerrahi hastalıklarda bakım. Çeviri Kum E. Ankara *Hacettepe Üniversitesi yayınları* 4. baskı.
80. O’Sullivan S., Richardson M., (1991) A nursing intervention to reduce patient’s anxiety. *Aust. j. Adv. Nurs.* **8/ 3**: 3-5.
81. Pager C.K. (2005) Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery. *Br J Ophthalmol* **89**: 10-13.
82. Tomb A.D. (1994) Aile Hekimleri için Psikiyatri, çev. Tunca Z., Fidaner H., İzmir, *Saray Medikal Yay.*, 1. baskı.
83. Kratz A. (1993) Preoperative education. Preparing patients for a positive experience. *J Postanaesthesia Nurs.* **8**: 270-275.
84. Aykent R., Kocamanoğlu S.İ., Üstün E., Tür A., Şahinoğlu H. (2007) Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi : APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Anest. Reanim.* **5**: 7-13.
85. Kuğu N., Berkan Ö., Akyüz G., Doğan O. (2001) Ameliyat olan ve olmayan kronik periferik vasküler hastalığı olan olgularda anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri dergisi* **2/4**: 213-221.
86. Çevik Ü., Keleş S., Keser M., Reislı İ. (2006) Astımlı çocuğu olan ebeveynlere verilen hemşirelik eğitiminin kaygı düzeylerine etkisi. *Genel Tıp Dergisi* **16/2**: 53-59
87. Aksu G., Hoccoğlu Ç., (2004) Mastalji yakınmasıyla radyolojik incelemeye alınan bir grup hastada aleksitimi, anksiyete, kaygı ve depresyon düzeylerinin araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* **7**: 95-102.
88. Karayurt Ö., (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* **2/1**: 20-26.
89. Özer N. (2004) Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinden kliniğe taşınmada planlı eğitimin hastaların taşınma kaygısı üzerine etkisi. *Hemşirelikte araştırma ve geliştirme dergisi* **1/2**: 28-41.

90. Roberts M.C., Emsley R.A., Willem M.D., Stein Dan J. (1999) Anxiety disorders among abstinent alcohol- dependent patients. *Psychiatric sevices* **50/10**: 1359-1361.
91. Michopoulos I., Douzenis A., Christina K., et.al.(2008) Hospital anxiety and depression scale (hads) : validation in a Grek general hospital sample. *Annals of general psychiatry* **7/4**: 1-5.
92. Gagnon L.M., Patten S.B. (2002) Major depression and its association with long-term medical conditions. *Can J Psychiatry*; **47**: 149- 152.
93. Tot K., Yazıcı Ş., Kanık A. ve ark. (2003) Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium Dergisi*. **41(3)**: 120-124.
94. Asken J.M. (1975) Psychoemotional aspects of mastectomy. *Am. J. Psychiatry*, **132/1**: 56-59.
95. Beausang P., Syeed R., (1998) Screening for anxiety and depression in adult general medical inpatients in a Scottish District General Hospital. *Scott Med J* **43**:177-180
96. Kayahan M., Sertbaş G. (2007) Dahili ve cerrahi kinliklerde yatan hastalarda anksiyete- depresyon ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **8**:113-120.
97. Turhan Y. (2007) Elektif cerrahi operasyon planlanan hastalarda preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilimdalı. Uzmanlık tezi, danışman: Prof. Dr. Dilek Özcengiz.
98. Bilir N., Aslan D. (2003) Körlük; 21.yüzyılın önemli bir halk sağlığı sorunu. *Sağlık ve Toplum Derg.* **13/2**: 19-24.
99. Domar A.D., Everett L. (1989) Preoperative anxiety: Is predictable entity? *Anesth Analg.* **69**: 763-770.
100. Mitsonis CI, Mitropoulos PA, Dimopoulos NP, Mitsonis MI, Andriotis NM, Gitsa OE, Mitsonis IM.(2006) Anxiety and depression in cataract surgery: a pilot study in the elderly. *Psychol Rep.* **99/1**:65-257
101. Foggitt PS. (2001) Anxiety in cataract surgery: pilot study. *J Cataract Refract Surg.* **27/10**: 5-1651.

102. Mc Gwin J., Li J., McNeal S., Owsley C. (2003) The impact of cataract surgery on depression among older adults. *Ophthalmic Epidemiol.* **10**: 303-313.
103. Brody B.L., Gamst A.C., Williams R.A., Smith A.R., Lau P.W., Dolank D., et al (2001) Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. *Ophthalmology*, **108**: 1893-1900.
104. Karlidag R., Unal S., Evereklioglu C., Sipahi B., Er H., Yologlu S. (2003) Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanism in patients with Behçet's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* **17**: 670-675.
105. Erb C., Batra A., Brömer A., Bayer A.U., Muller-Schaaf B., Thiel H.J. (1993) Psychiatric manifestations in patients with primary open-angle glaucoma. *Ophthalmologie* **90**: 635-639.
106. Brown S.M. (1990) Peri-operative anxiety in patients undergoing extracorporeal piezolithotripsy. *J.Advanced Nursin* **15/9**: 1078-1082.
107. Moerman N., Van Dam F., Oosting J. (1992) Recollections of general anaesthesia, a survey of anaesthesiological practice. *Acta Anaesthesiol Scand.* **36**: 767-771.
108. Ramsay M.A. (1972) A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia* **27**:396-402
109. Shevde K, Panagopoulos G. (1991) A survey of 800 patients knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg.* **73**: 190-198.
110. Vallance J.H., Ahmed M., Dhillon B. (2004) Cataract surgery and consent; recall, anxiety, and attitude toward trainee surgeons preoperatively and postoperatively. *J Cataract Refract Surg.* **30/7**:85-1479.
111. Kum N. (1972) Yetişkin cerrahi hastalarında anksiyete ve korku. Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu. Doçentlik tezi.
112. Bölükbaş N. (1991) Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri. *İ.Ü Hemşirelik Bülteni.* **20**: 81-84.
113. Acaroğlu R., Aksoy G. (1990) Cerrahi hemşirelerinin ameliyat sonrası bakıma ilişkin uygulamalarının saptanması. *Uluslararası Cerrahi Kongresi 90, Cerrahi Hemşireliği Sektörünü ve Bildiriler, İstanbul, Hilal Matbacılık Koll. Şti.*
114. Eren İ, Atay M.İ., Öztürk Ö., Bircan A. (2004) Nikotin bağımlılığında anksiyete duyarlılığı. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Kuşadası.

## EKLER

### EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### HASTA ONAY FORMU

**Katılma ve Çıkma:** Bu araştırmaya gönüllü olarak katılabiliyorsunuz. Araştırmaya katılma konusunda herhangi bir zorunluluk yoktur. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum tıbbi bakımınıza ve hekim ile olan ilişkinize herhangi bir zarar getirmeyecektir.

**Araştırma Sırasında Karşılaşabileceğiniz Rahatsızlıklar ve Riskler:** Bu araştırmada size tıbbi herhangi bir işlem uygulanmayacak olup; sizin için hiçbir risk içermemektedir, bununla beraber oluşabilecek herhangi bir zarar tarafımdan karşılanacaktır.

**Masraflar:** Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmenize gerek yoktur, size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

**Gizlilik:** Eğer bu araştırmaya katılırsanız hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanabilirsiniz. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerinizin özenle korunacaktır.

İmzalayacağınız hasta onay formunu sizin ve benim haricimde bir de bu kurumda çalışmakta olan bir tanık imzalayacaktır.

Araştırma sırasında herhangi bir sorun ile karşılaştığınızda herhangi bir saatte benimle irtibat kurabilirsiniz. (Sorumlu Araştırmacı; Saliha Abacıoğlu tel: 0 505 6546178, adres: Davraz Mah.3990 sok No:27, B blok, Bodrum kat, Isparta)

Yukarıdaki metni okudum ve bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

**GÖNÜLLÜNÜN**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Tarih

**VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Tarih

**AÇIKLAMAYI YAPAN ARAŞTIRMACININ**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Tarih

**RIZA ALMA İŞLEMİNDE BAŞTAN SONA TANIKLIK EDEN KURULUŞ  
GÖREVLİSİNİN**

Adı, soyadı:

Adres:

İmza

Tarih

**EK 2. AKÜ Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Kliniğinde; Katarakt Cerrahisi Yapılacak Hastalarda 1.ve 2. Göz Cerrahileri Öncesi, Hastaların Endişe Düzeylerinin Araştırılmasına Yönelik Anket Formu**

**Aşağıdaki Soruları Size Uygun Bir Şekilde Cevaplandırınız.**

1-Hastanın Adı ve Soyadı:

2-Tanısı:

3-Ev Adresi ve telefon numarası:

4-Yaş:

5-Cinsiyeti : a)Bayan b)Erkek

6- Medeni Durumu: a)Evli b)Bekar c)Dul d)Boşanmış

7- Eğitim düzeyiniz;

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

8-Mesleğiniz;

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

9-Sosyal Güvenceniz:

a)Emekli Sandığı b)Bağkur c)SSK d)Yeşil kart e) Sosyal

Güvencesi Yok

10-Nerede Yaşıyorsunuz? a)Köy b)Kasaba c)İlçe d)İl

11-Kimlerle yaşıyorsunuz?

a)Yalnız b)Ailesi ile birlikte c)Huzurevi

12-Katarakt hakkında bilgi sahibi oldunuz mu?

a)Evet b)Hayır

13-Katarakt hakkında bilgiyi nereden edindiniz?(12.soruya cevabınız evet ise 13.soruyu cevaplandırınız)

a)Kitle iletişim araçlarından

b)Arkadaşlarından

c)Sağlık kuruluşundan

14-Daha önce katarakt ameliyatı oldunuz mu?

a)Evet b)Hayır



15-Hangi gözünüzden katarakt ameliyatı olacaksınız?

a)1.Göz (sağ) b)2.Göz(sol)

16-Ailenizde katarakt ameliyatı olan var mı?

a)Evet b)Hayır

17-Daha önce psikiyatrik rahatsızlığınız oldu mu?

a)Evet b) Hayır

18- Rahatsızlığınızın adı nedir?(17.soruya cevabınız evet ise bu soruyu cevaplandırınız.

19-Ailenizde psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı?

a)Evet b) Hayır

20-Sağlık görevlilerinden ameliyat endişesini gidermeye yönelik psikolojik destek aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

21-Ameliyatınız hakkında sağlık görevlilerinden bilgi aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

22-Kronik bir hastalığınız var mı?

a)Evet b)Hayır

23-Varsa hastalığınızın adı nedir?

24-Sigara kullanıyormusunuz?

b)Evet b)Hayır

25-Lütfen ekte verilen stai anksiyete skalası formunu size uygun bir şekilde cevaplandırınız.

**EK 3. AKÜ Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Kliniğine; Muayane Olmak İçin Gelen, Göz Hastalarının Endişe Düzeylerini Tespit Etmeye Yönelik Anket Formu.**

**Aşağıdaki Soruları Size Uygun Bir Şekilde Cevaplandırınız.**

1-Hastanın Adı ve Soyadı:

2-Tanısı:

3-Ev Adresi ve telefon numarası:

4-Yaş:

5-Cinsiyeti : a)Bayan b)Erkek

6- Medeni Durumu:

a)Evli b)Bekar c)Dul d)Boşanmış

7- Eğitim düzeyiniz;

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

8-Mesleğiniz;

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

9-Sosyal Güvenceniz:

a)Emekli Sandığı b)Bağkur c)SSK d)Yeşil kart e) Sosyal Güvencesi Yok

10-Nerede Yaşıyorsunuz?

a)Köy b)Kasaba c)İlçe d)İl

11-Kimlerle yaşıyorsunuz?

a)Yalnız b)Ailesi ile birlikte

12-Daha önce psikiyatrik rahatsızlığınız oldu mu?

a)Evet b) Hayır

13- Rahatsızlığınızın adı nedir?(12.soruya cevabınız evet ise bu soruyu cevaplandırınız)

14-Ailenizde psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı?

a)Evet b) Hayır

15-Kronik bir hastalığınız var mı?

a)Evet b)Hayır

16-Varsa hastalığınızın adı nedir?

17-Sigara kullanıyorsunuzuz?

b)Evet b)Hayır

18-Lütfen ekte verilen stai anksiyete skalası formunu size uygun bir şekilde cevaplandırınız.

#### EK 4. STAI FORM TX-1

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

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

## EK 5. STAI FORM TX-2

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

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