



T.C.

BARTIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KATARAKT AMELİYATI ÖNCESİ VERİLEN TABURCULUK
EĞİTİMİNİN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ VE ANKSİYETE DÜZEYİNE OLAN ETKİSİ**

TUĞBA BALOĞLU

DANIŞMAN

DOÇ. DR. ELİF KARAHAN

BARTIN-2024



T.C.

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KATARAKT AMELİYATI ÖNCESİ VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE
ANKSİYETE DÜZEYİNE OLAN ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba BALOĞLU

JÜRİ ÜYELERİ

Danışman : Doç. Dr. Elif KARAHAN
Üye : Doç. Dr. Runida DOĞAN
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sibel ALTINTAŞ

BARTIN-2024

KABUL VE ONAY

BEYANNAME

Bartın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre Doç. Dr. Elif KARAHAN danışmanlığında hazırlamış olduğum “KATARAKT AMELİYATI ÖNCESİ VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE ANKSİYETE DÜZEYİNE OLAN ETKİSİ” başlıklı yüksek lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

19.12.2024

Tuğba BALOĞLU

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince akademik bilgi, beceri ve deneyimlerini benimle paylaşan, tezimin her aşamasında bana yol gösteren çok değerli danışmanım Doç. Dr. Elif KARAHAN'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince emeği geçen tüm hocalarıma,

Her zaman bana destek olan ve güvenen aileme,

Araştırmam sırasında bana yardımcı olan hemşire arkadaşlarıma,

Araştırmama katılan tüm hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tuğba BALOĞLU

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

KATARAKT AMELİYATI ÖNCESİ VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE ANKSİYETE DÜZEYİNE OLAN ETKİSİ

Tuğba BALOĞLU

**Bartın Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Elif KARAHAN

Bartın-2024, sayfa: 138

Araştırma, katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin, hastaların yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeylerine etkisini inceleyen, deney ve kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırma, Batı Karadeniz bölgesinde bulunan bir devlet hastanesinin Karma Servisinde, 1 Mart 2023 - 1 Temmuz 2023 tarihleri arasında, katarakt cerrahisi hastalarıyla yapıldı. Araştırmanın evrenini, ilgili hastanenin Karma Servisinde, araştırma kriterlerini sağlayan 153 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini, 1 Mart 2023 – 1 Temmuz 2023 tarihleri arasında, katarakt cerrahisi geçirmiş olan 128 hasta (deney grubu=64, kontrol grubu=64) oluşturdu. Çalışmaya dahil edilen hastalar, deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrıldı. Araştırmada Demografik Bilgi Formu, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve deney grubu için Eğitim Değerlendirme Formu kullanıldı. Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra normal

dağılan ölçümlerde Bağımsız Gruplarda t Testi, Bağımlı Gruplarda Varyans Analizi, normal dağılmayan ölçümlerde Mann Whitney U analizi, Friedman Analizi kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları (± 2) ile hesaplandı.

Kontrol grubunun ameliyattan önce Durumluk Kaygı puan ortalamasının, deney grubunun ise ameliyattan önce Sürekli Kaygı puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). Deney grubunun ameliyattan sonra 3. gün Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) Genel Görme ve Göz Ağrısı alt boyut puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0,05$), kontrol grubunun ameliyattan sonra 3. gün Durumluk Kaygı puan ortalamasının, deney grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). Deney grubunun ameliyattan sonra 10. gün Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) Göz Ağrısı alt boyut puan ortalamasının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0,05$), kontrol grubunun ameliyattan sonra 10. gün Durumluk Kaygı puan ortalamasının, deney grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). Deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 10. gün Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) toplam puanları, ameliyat sonrası 3. gün ve ameliyat öncesine göre yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). Deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 10. gün Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği toplam puanları, ameliyat sonrası 3. gün ve ameliyat öncesine göre yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). Deney ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası 10. gün Durumluk Kaygı toplam puanları, ameliyat sonrası 3. gün ve ameliyat öncesine göre düşük olduğu bulundu ($p < 0,05$).

Araştırma, katarakt cerrahisi hastalarına verilen taburculuk eğitiminin durumluk kaygı, genel görme ve göz ağrısı üzerinde, kontrol grubuna göre olumlu etkisi olduğunu gösterdi. Günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi toplam puanları üzerinde gruplar arasında anlamlı bir fark görülmedi. Araştırma sonuçları ilgili kurumla paylaşılarak, taburculuk eğitiminin önemine yönelik farkındalık sağlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, günlük yaşam aktiviteleri, katarakt, katarakt cerrahisi, taburculuk eğitimi, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

M.Sc. Thesis

THE EFFECT OF DISCHARGE EDUCATION GIVEN BEFORE CATARACT SURGERY ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE, ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND ANXIETY LEVEL

Tuğba BALOĞLU

Bartın University

Graduate School

Department of Nursing

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Elif KARAHAN

Bartın-2024, pp: 138

The study was a quasi-experimental study with an experimental and control group that examined the effect of discharge education given before cataract surgery on patients' quality of life, activities of daily living and anxiety levels.

The study was conducted with cataract surgery patients in the Mixed Ward of a state hospital in the Western Black Sea region between March 1, 2023 and July 1, 2023. The population of the study consisted of 153 patients who met the research criteria in the Mixed Ward of the relevant hospital. The sample consisted of 128 patients (experimental group=64, control group=64) who underwent cataract surgery between March 1, 2023 and July 1, 2023. The patients included in the study were divided into two groups as experimental and control groups. Demographic Information Form, State Trait Anxiety Scale, Nottingham Expanded Activities of Daily Living Scale, National Eye Health Institute Visual Function Scale (NEI-VFQ 25) and Training Evaluation Form for the experimental group were used in the study. Data were analyzed with SPSS for Windows 22 package program. In addition to numbers, percentages, minimum and maximum values, mean and standard deviations, Independent

Groups t Test and Analysis of Variance in Dependent Groups were used for normally distributed measurements, Mann Whitney U analysis and Friedman Analysis were used for non-normally distributed measurements. The compatibility of the data with the normality assumption was calculated with “Kurtosis” and “Skewness” coefficients (± 2).

The mean State Anxiety score of the control group before surgery and the mean Trait Anxiety score of the experimental group before surgery were significantly higher ($p < 0.05$). It was found that the mean scores of the National Eye Health Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ 25) General Vision and Eye Pain subscale scores of the experimental group on the 3rd day after surgery were significantly higher than the control group ($p < 0.05$), and the mean State Anxiety score of the control group on the 3rd day after surgery was significantly higher than the experimental group ($p < 0.05$). It was found that the mean score of the National Eye Health Institute Visual Function Scale (NEI-VFQ 25) Eye Pain subscale on the 10th day after surgery in the experimental group was significantly higher than in the control group ($p < 0.05$), and the mean score of the State Anxiety on the 10th day after surgery in the control group was significantly higher than in the experimental group ($p < 0.05$). The National Eye Health Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ 25) total scores of the patients in the experimental and control groups on the 10th postoperative day were higher than the 3rd postoperative day and preoperative day ($p < 0.05$). The total scores of the patients in the experimental and control groups on the Nottingham Expanded Activities of Daily Living Scale on the 10th postoperative day were higher than those on the 3rd postoperative day and preoperatively ($p < 0.05$). State Anxiety total scores of the patients in the experimental and control groups on the 10th postoperative day were found to be lower than the 3rd postoperative day and preoperative day ($p < 0.05$).

The study showed that discharge education given to cataract surgery patients had a positive effect on state anxiety, general vision and eye pain compared to the control group. There was no significant difference between the groups on activities of daily living and quality of life total scores. The results of the study can be shared with the relevant institution to raise awareness about the importance of discharge education.

Keywords: Anxiety, activities of daily living, cataract, cataract surgery, discharge education, quality of life.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
BEYANNAME	iii
ÖN SÖZ.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
EKLER DİZİNİ	xv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1
2. LİTERATÜR ÖZETİ	6
2.1. Göz ve Anatomisi	6
2.1.1 Göz Küreleri (Glob, Bulbus Okuli)	7
2.1.2 Gözün Tabakaları	7
2.1.3 Gözün Boşlukları.....	9
2.1.4 Gözün Yardımcı Organları.....	9
2.1.5 Lens.....	10
2.2. Görme Fizyolojisi.....	12
2.3. Katarakt	12
2.3.1 Epidemiyoloji	13
2.3.2 Tarihçe.....	14
2.3.4 Belirti ve Bulgular	15
2.3.5 Katarakt Çeşitleri.....	16
2.3.6 Tanı.....	19
2.3.7 Risk Faktörleri	19
2.3.8 Kataraktın Önlenmesi.....	21
2.3.9 Katarakt Cerrahisi ve Anestezi	22
2.3.10 Cerrahi Girişim	23
2.3.11 Katarakt Cerrahisi Tipleri.....	23
2.3.12 Komplikasyonlar	25
2.4. Katarakt Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi.....	27

2.5. Katarakt Cerrahisi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri	28
2.6. Katarakt Cerrahisi ve Anksiyete.....	29
2.7. Katarakt Cerrahisi ve Hasta Eğitimi	32
3. MATERYAL VE METOT	34
3.1. Araştırmanın Tipi.....	34
3.2. Araştırma Hipotezleri.....	34
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.5. Veri Toplama Araçları	37
3.5.1 Demografik Bilgi Formu	37
3.5.2 Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği	37
3.5.3 Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	38
3.5.4 Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25).....	39
3.5.5 Eğitim Kitapçığı	40
3.5.6 Eğitim Kitapçığının Değerlendirilmesi.....	40
3.5.6.1 Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu	40
3.5.6.2 DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information).....	41
3.5.7 Eğitim Değerlendirme Formu.....	41
3.6. Veri Toplama Süreci.....	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	49
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	50
3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	50
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA.....	70
5.1. Gruplar Arası Karşılaştırmalar	71
5.2. Grup İçi Karşılaştırmalar	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
KAYNAKLAR	81
EKLER.....	92
EK 1: Gönüllü Onam Formu	92
EK 2: Demografik Bilgi Formu.....	94

EK 3: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	96
EK 4: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25)	97
EK 5: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAD).....	104
EK 6: Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi.....	106
EK 7: Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN	108
EK 8: Eğitim Değerlendirme Formu	112
EK 9: Eğitim Kitapçığı.....	113
EK 10: Etik Kurul İzin Yazısı.....	134
EK 11: Araştırma İzni Yazısı.....	135
EK 12: Ölçek Kullanım İzinleri	136
ÖZGEÇMİŞ	138

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
No	No
3.1: Araştırmanın CONSORT diyagramı.....	36
3.2: Araştırmanın akış şeması	44

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
No	No
3.1: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği cronbach alfa değerleri	37
3.2: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği cronbach alfa değerleri.....	39
3.3: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) cronbach alfa değerleri.....	40
3.4: Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler.....	45
3.5: Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu.....	45
3.6: Deney grubunda yer alan sürekli değişkenlere ait grup içi normal dağılım tablosu	47
4.1: Hastaların demografik özellikleri	51
4.2: Hastaların sağlık öykülerinin karşılaştırılması	53
4.3: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi karşılaştırılması	56
4.4: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi karşılaştırılması	57
4.5: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi karşılaştırılması.....	57
4.6: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 3. gün karşılaştırılması	58
4.7: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 3. gün karşılaştırılması.....	59
4.8: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında 3. gün karşılaştırılması.....	59
4.9: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 10. gün karşılaştırılması	60
4.10: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 10. gün karşılaştırılması.....	61
4.11: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında 10. gün karşılaştırılması	61

4.12: Deney ve kontrol gruplarında Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının grup içi karşılaştırılması	62
4.13: Deney ve kontrol gruplarında Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının grup içi karşılaştırılması	67
4.14: Deney ve kontrol gruplarında Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının grup içi karşılaştırılması.....	69

EKLER DİZİNİ

Ek	Sayfa
No	No
EK 1. Gönüllü Onam Formu	92
EK 2. Demografik Bilgi Formu	94
EK 3. Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	96
EK 4. Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25)	97
EK 5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)	104
EK 6. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi.....	106
EK 7. Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN.....	108
EK 8. Eğitim Değerlendirme Formu	112
EK 9. Eğitim Kitapçığı	113
EK 10. Etik Kurul İzin Yazısı	134
EK 11. Araştırma İzni Yazısı	135
EK 12. Ölçek Kullanım İzinleri	136

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

F	: Bağımlı gruplarda varyans analizi
Ort.	: Ortalama
Ss.	: Standart sapma
t	: Bağımsız gruplarda t testi
U	: Mann Whitney U testi
χ^2	: Ki-kare analizi
χ^2_F	: Friedman testi

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DISCERN	: Quality Criteria for Consumer Health Information (Tüketici Sağlık Bilgileri için Kalite Kriterleri)
FAKO	: Fakoemülsifikasyon
GİL	: Göz İçi Lens
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICCE	: İntrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LSD	: Least Significant Difference (En Küçük Anlamlı Fark)
MNU	: Methyl nitrosoarea (Metilnitrozoüre)
M.Ö.	: Milattan Önce
NEI-VFQ 25	: National Eye Institute-Visual Function Questionnaire (Ulusal Göz Enstitüsü-Görsel Fonksiyon Anketi)
SBB	: Sosyal ve Beşeri Bilimler
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket)
UV	: Ultraviyole
YAG	: Yitrium Alüminyum Okside Garnet

1. GİRİŞ

Görme duyusu, gözün algılama yeteneği olarak tanımlanabilir ve insanı öteki canlılardan ayıran en önemli özelliklerden biri olan konuşmadan önce gelişmiştir (Yıldırım ve Demirarslan, 2019). İnsanoğlunun dünyaya geldiğinde ilk yaptığı şey gözlerini açıp görmeye çalışmaktır. Görme, insanların yaşam konforu için en önemli fonksiyonlardan bir tanesidir. Görme işlevi, günlük yaşamdaki etkinlikleri yerine getirebilmek, bir yerden bir yere bağımsız hareket edebilmek ve çevre ile sağlıklı iletişim kurabilmek için çok gereklidir. Görsel bilgiler, yaşanan çevreyi tanımak ve çevre hakkında bilgi edinmek için çok önemlidir (Çevik vd., 2021). Günlük yaşam aktiviteleri, görme işlevi ciddi derecede bozulduğunda etkilenmektedir. Bu durumda masada duran yiyecekleri ayırt etmek, kıyafetlerin rengini seçmek, kitap veya gazete okumak gibi basit aktiviteler bile zorlaşmaktadır (Erdil ve Elbaş, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında en az 2,2 milyar insanda görme bozukluğu olduğunu ve bunların en az 1 milyardının önlenemez olduğunu bildirmektedir. Görme sorunlarının çoğu yaş ilerledikçe ortaya çıkmakta ve sayısı artmaktadır (Çelik ve Köstekli, 2021). Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının Engelli ve Yaşlı İstatistik verilerine göre engelli gruplar içerisinde görme engellilerin oranı %9,53'tür (EYHGM, 2022). Gençlerdeki görme kaybı ise genellikle travma kaynaklıdır (Çelik ve Köstekli, 2021).

Katarakt, dünya genelinde tedavi edilebilen körlüğün en önemli nedenidir (Messina-Baas ve Cuevas-Covarrubias, 2017). Dünya genelindeki körlüğün % 33' ünü oluşturur. 50 yaş üstündeki yetişkin insanlarda kataraktın küresel prevalansı tahmini olarak %47,8' dir (Prokofyeva vd., 2013). Normalde şeffaf olan göz merceğinin bulanıklaşmasına katarakt denir (Erdil ve Elbaş, 2008). Göz merceği (lens), göze giren ışığı retinaya odaklayarak net bir şekilde görüntü elde edilmesinde önemli rol oynar. Katarakt oluşumu ile birlikte görmede azalma, bulanık şekilde görme ve renklerin parlaklığında azalma olmaktadır (Çevik vd., 2021). Kataraktlar genellikle çok yavaş ve ağrısız olarak ortaya çıkar (Thompson ve Lakhani, 2015). Bazı insanlarda görme bozukluğu hızlı ilerlese de, çoğunlukla görme aşamalı olarak bulanıklaşır ve gözlük takmakla düzelmez (Watkinson ve Seewoodhary, 2015).

Kataraktın ileri yaş, ırk, diyet (beslenme alışkanlığı), uzun süre güneşe maruz kalmak, kadın cinsiyet, genetik olarak yatkın olmak, sigara, diyabet, ilaç kullanımı ve radyasyona maruz kalmak gibi birçok nedeni vardır (Prokofyeva vd., 2013; Çekiç ve Elbay, 2015). Bazı epidemiyolojik çalışmalar, kataraktın nedeninin kullanılan ilaçların yan etkisi olduğunu bildirmiştir (Prokofyeva vd., 2013). Katarakt konjenital, travmatik ve sekonder olarak da oluşabilir (Çevik vd., 2021). Yaşlılık nedeniyle katarakt gelişirse senil katarakt; bir yaralanma nedeniyle gelişirse travmatik; doğuştan ise konjenital; üveit vb. gibi herhangi bir göz hastalığından veya diyabet gibi sistemik bir hastalık sebebiyle gelişirse sekonder katarakt denilmektedir (Erdil ve Elbaş, 2008). Kataraktın gelişmiş ülkelerde en yaygın nedeni ileri yaştır fakat diabetes mellitus ile ilişkili olarak daha erken yaşlarda da katarakt görülebilir (McGhee vd., 2020). Katarakt, aynı zamanda "yaşlanma hastalığı" olarak da adlandırılır (Mahfouz vd., 2019). Yaş ile birlikte merceğin çekirdeği genişler ve sertleşerek opak hale gelir (Erdil ve Elbaş, 2008).

Katarakt ilaç ile tedavi edilemez, bu yüzden tek tedavisi ameliyattır (Çelik ve Köstekli, 2021). Katarakt ameliyatı günümüzde en fazla yapılan ameliyatlardan biridir (Karaman Özlü vd., 2016). Katarakt için ana tedavi, genellikle lokal anestezi ile fakoemülsifikasyon tekniği kullanılarak yapılan katarakt ameliyatıdır (Moladoost vd., 2021). Katarakt ameliyatı, hastanın korneasında küçük bir kesi yapılarak gerçekleştirilir (Watkinson ve Seewoodhary, 2015). Katarakt ameliyatı, opaklaşmış lens materyalinin çıkarılmasını ve gelen ışığı foveaya yeniden odaklamak için bir göz içi lens yerleştirilmesini içerir (Helvacıoğlu vd., 2014). Katarakt cerrahisinin ana hedefi, hastaya görme işlevini yeniden kazandırmak ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesini artırmaktır (Ni vd., 2015).

Anksiyete, cerrahiye bağlı olarak görülen olumsuz durumlardan biridir (Moladoost vd., 2021). Büyük ya da küçük farketmez her cerrahi girişim hastaların kaygısının artmasına neden olmaktadır (Yılmaz vd., 2016). Ameliyatın küçük bir işlem olması, hastanın korku ve endişe hissetmeyeceği ya da az hissedeceği anlamına gelmez (Karaman Özlü vd., 2016). Literatür, lokal anestezi kullanılarak yapılan katarakt ameliyatı sırasında da hastaların kaygı yaşadıklarını bildirmektedir (Yılmaz vd., 2016). Oftalmik ameliyatların çoğunda hasta uyanık, bilinçli veya yarı bilinçlidir ve bunun sonucunda hastalar yüksek düzeyde anksiyete ve stres yaşayabilir. Anksiyete ve stres ise ağrıya olan duyarlılığı, kan basıncını, kalp atışını, göz içi basıncını ve ameliyat sırasında kanama riskini artırabilir ve tedavi sonuçlarını ve

yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (Moladoost vd., 2021; Obuchowska ve Konopinska, 2021).

Görme yetisini kaybetme olasılığı hastalarda en büyük korku sebebidir; bu yüzden göz ameliyatı geçiren hastalar çok fazla endişeli olabilmektedirler (Karaman Özlü vd., 2016). Ayrıca, göz ameliyatlarından sonra kör olma korkusunun, büyük bir ameliyatta yaşanan ölüm korkusuna benzer olduğu düşünülmektedir. Hastalar ameliyat esnasında başlarını ya da gözlerini hareket ettirme, öksürme ya da cerrahla işbirliği yapamama korkusu da yaşarlar (Obuchowska ve Konopinska, 2021). Bu sebeplerle göz ameliyatından önce hastalara bilgilendirici ve eğitici şekilde yaklaşım sağlamak önemlidir. Bu sayede hastanın hem ilaç ihtiyacı azalır hem de hastanede yatış süresi azalır; iyileşme süreci de buna bağlı hızlanarak hastanın normal yaşamına dönmesi kolaylaşır (Karaman vd., 2016).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, yalnızca hastalıkların olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Bu nedenle, sağlık ve sağlık hizmetlerinin etkisinin ölçülmesi, sadece hastalıkların görülme sıklığı ve şiddetindeki değişikliklerin göstergelerini değil, bununla birlikte bir iyilik hali tahminlerini de içermelidir. Bu durum, sağlık bakımına bağlı olarak yaşam kalitesindeki gelişmeler ölçülerek değerlendirilebilir (Quaranta vd., 2016).

Katarakt yalnızca görmeyi etkilemez, bununla birlikte kişiyi fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan da etkileyerek kişilerin günlük aktivitelerini gerçekleştirmelerini olumsuz etkiler (Gülşen ve Akansel, 2020). Yapılan bir çalışma, görme bozukluğunun yaşam kalitesini diyabet, koroner arter hastalığı ve işitme bozukluğundan daha fazla azalttığı sonucuna varmıştır (Smith vd., 2017). Katarakt ilerledikçe parlama, gece araba kullanımında zorluk ve tek gözde birden fazla görüntünün görünmesi gibi durumlara sebep olarak görme kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Görme bozukluğu aynı zamanda yıkanma, giyinme, yemek yapma, kitap okuma, televizyon izleme ve hatta yürüme gibi günlük aktiviteleri zorlaştırabilir. Bunlardan da önemli olarak, merdivenler, bordürler ve çatlak kaldırımlar gibi yer seviyesindeki tehlikeleri fark edemeyen kişilerin düşme ve kalça kırılması gibi yaralanmaları yaşama olasılıkları da daha yüksektir (Watkinson ve Seewoodhary, 2015).

Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneye kabulü ile başlayan ve taburculuk anına kadar devam eden, taburculuk sonrası evde bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik sürekli ve planlı

bir eğitim sürecini içermektedir (Meşe, 2018). Hastalar ameliyattan hemen sonra erken dönemde bazı problemler ve komplikasyonlar yaşayabilirler (Korkusuz, 2014). Yapılan bazı çalışmalar, daha kaliteli taburculuk eğitimi alan hastaların taburculuk sonrası sorunlarla başa çıkma ve hastaneye yeniden yatış sorunları yaşama olasılığının daha düşük olduğunu bildirmiştir (Weiss vd., 2017; Oh vd., 2021).

Araştırmanın Konusu ve Önemi

Katarakt ameliyatı olan hastaların çoğu ayakta hasta şeklinde kabul edilmektedir. Genellikle hastalar, ameliyat sonrası 5-7 saat sonra ya da bir risk varsa ertesi gün hastaneden taburcu edilirler. Bu sebepten dolayı taburculuk eğitimi konusunda hemşireler üzerine çok büyük sorumluluk düşmektedir. Katarakt ameliyatı geçiren hastaların çoğu ameliyat oldukları gün hastaneden taburcu edildiği için taburcu olan hastaların bakımının sorumluluğu hasta ya da aile bireylerine düşmektedir (Gülşen ve Akansel, 2020).

Hastaların hastanede kalış sürelerinin kısa olması ve gerekli bilgileri almaları için yeterli zamanın olmaması nedeniyle hastalar evde bazı sorunlarla karşılaşabilir ve bu sorunları nasıl çözeceklerini bilemeyebilirler. Hastaların ihtiyaçlarını karşılayan eğitimin bu tür sıkıntıları önleyebileceği ve günlük hayata erken dönüş sağlayabileceği bilinen bir gerçektir. Hastaların kendi bakımlarını kendilerinin yapmaları ve günlük görevlerini yerine getirmeleri, bireylerin yaşam kalitelerinin ciddi ölçüde artırmasına yol açacaktır (Bilecen ve Aksu, 2022).

Katarakt ameliyatı geçiren hastalar, ameliyat sonrası erken dönemde, özellikle ilk hafta boyunca çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu zorluklar hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyerek yardım ihtiyaçlarını artırmaktadır. Bu sonuçlara dayanarak, eğitim programlarının ve materyallerinin hastaların ihtiyaçlarına göre hazırlanması ve taburcu olduktan sonra telefonla danışmanlık hizmeti verilmesi önerilebilir. Randomize kontrollü tasarımda yürütülen bir çalışmada, katarakt ameliyatı geçiren hastalara yüz yüze eğitimin dışında, hem yazılı hem de resimli materyal içeren taburculuk eğitiminin kullanılmasının etkili bir uygulama olduğu rapor edilmiştir (Korkusuz, 2014; Gülşen ve Akansel, 2020).

Ülkemizde taburculuk eğitiminin genel olarak ele alındığı, ameliyat sonrası hastalarının taburculuk eğitimine yönelik yapılan çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür (Güçlü ve

Kurşun, 2017). Yapılan araştırmalar, verilen taburculuk eğitiminin hastaların günübirlik cerrahi sonrası bilgi ihtiyaçlarını karşılayamadığını göstermiştir. Taburculuk eğitimi ve evde bakım hizmetlerinin yeterli olmamasının sonuçları ise hasta ve ailelerine yansımaktadır (Çelebi, 2015). Teknolojinin ilerlemesi ve girişimsel yöntemlerdeki ilerlemeler nedeniyle giderek günübirlik cerrahi yaygınlaşmasına rağmen günübirlik cerrahi yapılan hastaların taburcu olduktan sonra değerlendirildiği çalışmalar sınırlı sayıdadır (ay, 2011; Karahan vd., 2010; lk, 2019).

Literatürde katarakt cerrahisi sonrası hasta sonuçlarının değerlendirildiği ve taburculuk eğitimine odaklanan çalışmaların çok sınırlı olduğu görülmektedir. Bu araştırmanın literatüre katkı sağlaması ve klinik uygulamalara rehber olabileceği öngörülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma, ameliyat öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. LİTERATÜR ÖZETİ

Kataraktın daha iyi anlaşılabilmesi için göz ve lensin anatomisinin, kataraktın oluşum sürecinin, katarakt oluşmasında rol oynayan faktörlerin; kataraktın tedavi yöntemlerinin ve ameliyat sonrası bakımının bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Bunun için gerekli bilgiler aşağıda yer almaktadır.

2.1. Göz ve Anatomisi

Gözler çevreyi algılamada vücudun dünyaya açılan pencereleri gibidir ve göz insan vücudundaki en önemli duyu organlarımızdan bir tanesidir (Cholkar vd., 2013; Erden, 2021; Türk, 2023). Çevredeki görüntüleri toplamak ve bunları optik sinir aracılığıyla beyne sinyal olarak göndermek amacıyla geçit görevi yaparlar. Bu sayede vücudumuzla çevre arasındaki bağlantı sürdürülür. İltihaplanma, bakteri ya da virüslerin sebep olduğu enfeksiyonlar da görme fonksiyonunu etkileyebilir. Gözün ön dokularında oluşan hastalıkların çoğu, ilaçlarla kolay bir şekilde tedavi edilmektedir fakat gözün arka dokularında oluşan hastalıkları tedavi etmek zordur (Cholkar vd., 2013).

Gözün görme işlevi, günlük yaşamdaki etkinlikleri gerçekleştirebilmek, bağımsız olarak bir yere yönelme ve hareket edebilmek, başkalarıyla sağlıklı bir iletişim kurabilmek ve yakın çalışma becerileri için kritik öneme sahiptir (Çevik vd., 2021). Görme işlevi önemli ölçüde bozulduğunda, günlük yaşam aktiviteleri etkilenir (Erden, 2021). Masada duran yiyecekleri tanımak, kıyafetlerin rengini ayırt etmek, kitap ya da gazete okumak gibi basit aktiviteleri gerçekleştirmek bile zorlaşır (Erdil ve Erbaş, 2008). Bunların yanında görme azaldığında ya da körlük oluştuğunda yaşam kalitesi önemli ölçüde etkilenir (Çevik vd., 2021). Bu bağlamda, gözün anatomisi ve fizyolojisi, göz hastalıklarında oluşan belirti ve bulguların yanında tedavi seçenekleri ve yaklaşımları hakkında yeterli bilgiye sahip olmak, göz hastalıkları ve cerrahisinde hemşirelik bakımı açısından çok önemlidir (Erden, 2021).

Gözler küreye benzemektedir. Dışarıdan içeriye doğru sırası ile sert tabaka, damar tabaka ve sinir tabaka bulunmaktadır. Bu tabakalar pupil, lens, kornea, ve iris gibi yapıları içermektedir (Türk, 2023).

2.1.1 Göz Küreleri (Glob, Bulbus Okuli)

Göz küreleri orbitada bulunur (Oymağaçlıo, 2017). Göz küresi, göz çukurunun kemik kenarları ile çevrilidir (Birer, 2015). Normal insan gözünün yarıçapı 22-26 mm, çevresi 69-85 mm olup gözlerimizin ancak çok az bir bölümü, yaklaşık olarak 1/5'i dışarıdan görülebilir (Birer, 2015; Kels vd., 2015). Göz kürelerinin gözü dış etkenlerden koruma görevi vardır ve bunu göz kapakları üstlenmektedir. Üst ve alt göz kapaklarının göz kırpmaya refleksi sayesinde gözler dış etkenlerden korunmaktadır (Türk, 2023).

2.1.2 Gözün Tabakaları

Göz 3 katmandan oluşmaktadır. En dış katmanda fibröz tabaka, orta katmanda vasküler tabaka ve iç katmanda ise sinir tabaka bulunmaktadır (Oymağaçlıo, 2017).

Dış Tabaka (Fibröz Tabaka/Tunika Fibrosa)

Dış tabakanın gözün derinindeki yapıları desteklemek, korumak ve göz içi basıncını dengede tutmak gibi görevleri bulunmaktadır. Bu tabaka 3 bölümden oluşur; sklera, kornea ve limbus (Korkusuz, 2014).

Sklera: Sklera 'gözün beyazı' olarak adlandırılmaktadır. Konjonktivanın altında yer alan ve kornea ile devam eden sert, avasküler, elek benzeri elastik bir dokudur (Cholkar vd., 2013). Gözün dış tabakasının 5/6'sını oluşturmaktadır (Özdemir, 2019). Kamaralar içindeki hidrostatik basınca dayanarak gözün şeklini koruyan kalın, dayanıklı fibröz tabakadır (Korkusuz, 2014).

Kornea: Korneanın tamamı şeffaf bir yapıya sahiptir, damar içermemektedir fakat sinir yönünden zengindir (Oymağaçlıo, 2017; Özdemir, 2019; Çelik ve Köstekli, 2021). Dış tabakanın 1/6'sını oluşturmaktadır (Özdemir, 2019). Işık ilk olarak korneaya gelir ve göze gelen ışığın ilk kırıldığı yerdir (Oymağaçlıo, 2017; Özdemir, 2019).

Limbus: Periferik kornea boyunca uzanan 1 ila 1,5 mm genişliğinde gri renkte bir bölgedir. Katarakt ve glokom ameliyatları gibi göz içi ameliyatlarında sınırlarının bilinmesi, insizyon bölgesi olması nedeniyle önemlidir (Oymağaçlıo, 2017).

Orta Tabaka (Vasküler Tabaka)

Bu tabaka çok sayıda kan damarına sahiptir ve aynı zamanda uvea olarak adlandırılır. Arkadan öne doğru sırası ile 3 katmandan oluşmaktadır; korioida, korpus silyare ve iris (Birer, 2015).

Korioida: Retinayı besleyen damarsal katmandır (Birer, 2015). Retina ve sklera arasında yer almaktadır (Korkusuz, 2014).

Korpus Silyare: Koroid ve iris arasında yer alan katmandır (Korkusuz, 2014). Bu katmanın en önemli oluşumu “silyar kas”tır (Özdemir, 2019). Silyar kasın kasılması, lens konveksliğinin artmasına neden olur (Birer, 2015; Özdemir, 2019). Silyar kas sayesinde akomodasyondan yani uyumdan sorumludur (Oymağaçlıo, 2017).

İris ve Pupilla: İris, gözün renkli bölgesidir (Özdemir, 2019). Yunanca gökkuşağı anlamına gelmektedir (Erdil ve Erbaş, 2008). İris, göze giren ışık miktarını ayarlayarak diyafram görevi görür (Birer, 2015). İrisin ortasındaki dairesel bölgeye pupilla denir ve siyah renklidir (Özdemir, 2019). Başkalarının gözlerine baktığımızda, küçük bir bebek gibi kendimizin pupil üstünde yansıyan görüntümüzü görürüz (Erdil ve Erbaş, 2008). Pupilla, aköz hümörün arka kamaradan ön kamaraya geçişini sağlar (Uysal, 2019). Pupillalar retinaya ulaşan ışık miktarının ayarlarlar. Parlak ışık altında ve yakın mesafede çalışırken küçülür (miyozis), karanlıkta ise büyürler (midriyazis).

Gözün Sinirsel Tabakası (Retina)

Gözün iç kısmında bulunan tabaka retinadır. Işığa duyarlı sinir hücreleri burada bulunur (Özdemir, 2019). Kornea ve lens gibi kırıcı yüzeylerden ve iris ve pupilla gibi bir diyaframdan geçerek gelen ışık, retinada bulunan koni ve basil hücreleri tarafından algılanır, sinir impulslarına dönüştürülerek beyine gönderilir (Birer, 2015; Oymağaçlıo, 2017). Bazı noktalarda özelleşerek değişik isimler almaktadır. Bu noktalar; Ora Serrata, Makula, Fovea, Foveola ve Umbo şeklinde sıralanabilir (Oymağaçlıo, 2017).

2.1.3 Gözün Boşlukları

Gözün içinde üç boşluk bulunmaktadır (Erdil ve Erbaş, 2008). Bu boşluklar, önden arkaya doğru ön kamara, arka kamara ve vitreus şeklinde sıralanmaktadır (Oymağaçlıo, 2017).

Ön Kamara: Kornea ile lensin arasındaki berrak bir lens sıvısı (hümör aköz) ile kaplı alandır (Çelik ve Köstekli, 2021). Humor aközün görevi, göz tonüsünü sağlamaktır. Bu sıvı akışı lens ve korneanın beslenmesini sağlayarak, göz içindeki basıncın belli sınırlar içinde korunmasını sağlar (Özdemir, 2019).

Arka Kamara: Ön tarafta iris, arka tarafta lens ve zonüllerle sınırlandırılmış küçük alana arka kamara adı verilir. Hümör aköz sıvısının ana üretim yeri arka kamaradır (Çelik ve Köstekli, 2021).

Vitreus Boşluğu: Lens ve zonüllerin arka bölgesinde kalan ve retina ile komşu olan kısımdır (Çelik ve Köstekli, 2021). Göz küresinin yaklaşık %80'ini kaplar (Birer, 2015). Boşluğun içinde sıvı-jel benzeri "vitreus" adında bir madde bulunur. Vitreusun ana yapısını su, mukopolisakkarid ve hyaluronik asit oluşturur. Vitreusun görevi, dıştan gelen basınç nedeniyle göz küresini çökmeye karşı korumaktır (Özdemir, 2019).

2.1.4 Gözün Yardımcı Organları

Orbita: Gözler kafatasındaki orbital boşlukta bulunur. Gözü dışardan gelen travmalardan korur.

Göz Kapakları, Kirpikler ve Kaşlar: Göz kapakları bir tehlike varlığında refleks olarak kapanmaktadır (Özdemir, 2019). Göz kapağının derisi vücuttaki en ince ve hassas deri olma özelliğindedir (Erdil ve Erbaş, 2008). Sık sık göz kırpmak göz küresini kaygan hale getirir ve gözlerde biriken atık maddeleri uzaklaştırır. Kaşlar, frontal kemik üzerinde bulunan kalın deri çıkıntılarıdır. Kaşlar, güneş ışığının gözlere ulaşmasını engelleyerek gözleri terden ve travmadan korur (Özdemir, 2019). Kirpikler istenmeyen/zararlı partiküllerin gözlere girmesini engeller (Çelik ve Köstekli, 2021).

Konjonktiva: Göz kapaklarının iç kısmını kapladıktan sonra, göz küresinin üst kısmını örter ve korneada biter (Birer, 2015). Konjonktiva çok az sinir dokusuna sahiptir fakat burada çok

yoğun bir kan damarı ağı vardır (Çelik ve Köstekli, 2021). Konjoktiva epiteli musin kıvamında salgı yapan çeşitli bezler içerir (Birer, 2015).

Gözyaşı Sistemi: Göz çukurunda bulunan diğer bir yapı ise gözyaşı bezleri (Glandula lakrimalis) ve gözyaşı kanallarıdır (Duktus nazolakrimalis) (Oymağaçlıo, 2017). Lizozim enzimi gözyaşının içinde bulunur ve göz yüzeyinde bulunan bakterilerin çoğalmasını önleyerek gözü korur (Çelik ve Köstekli, 2021).

Göz Dışı Kaslar: Göz küresini hareket etmesini sağlayan iki adet oblig (obliquus inferior muscle, obliquus superior muscle), dört adet düz kas (rectus superior muscle, rectus inferior muscle, rectus lateralis muscle, rectus medialis muscle) bulunmaktadır. Bu kaslar uyum içinde çalışır ve tek bir nesneye bakarken gözler koordineli bir şekilde hareket ederek uyumu sağlar (Oymağaçlıo, 2017; Özdemir, 2019).

2.1.5 Lens

Lens (mercek), gözün ön kısmında, irisin hemen arkasında yer alan, yaklaşık 5 mm kalınlığında ve yaklaşık 9 mm çapında olan renksiz, saydam, bikonveks bir yapıdır (Thompson ve Lakhani, 2015; Watkinson ve Seewoodhary, 2015; Çınar ve Yaşar, 2023). Sinir ve kan damarı içermez, ağırlı lifleri yoktur ve beslenmesini aköz hümör ile sağlar (Gözüm, 2012; Weikel vd., 2014; Watkinson ve Seewoodhary, 2015; Oymağaçlıo, 2017). Korneadan sonra kırıcı özellikteki yapıların ikincisidir. Kristalin lens olarak da bilinen bu yapı, bikonveks şeklinde olduğu için mercimeğe benzetilir (Gözüm, 2012). İnsan vücudunda doğumdan ölüme kadar gelişimini devam ettiren tek yapı lenstir. Lensin bütün yüzeyi kapsül ile çevrilmiştir (Özdemir, 2019). Lens genç yaşlarda daha yumuşak, elastik ve tamamıyla şeffaf özelliktedir. Yaş ilerledikçe sarımtırak renk alır, lensin sertliği artar ve elastiki özelliğini kaybeder (Birer, 2015).

Total lens ağırlığının yaklaşık olarak %66'sı su, %33'ü protein ve %1'i diğer yapısal bileşenlerden (glikoz, mineral tuzlar ve vitaminler) oluşur (Watkinson ve Seewoodhary, 2015; Tök, 2016; Kaderli vd., 2021). Lens yüksek miktarda protein içerir (Kaderli vd., 2021). Lens homojen yapısı sayesinde ve yüksek miktarda protein içerdiği için, hem saydam hem de kırıcı özellikte bir ortam oluşturabilmektedir (Tök, 2016). Potasyum lenste vücuttaki diğer birçok dokuya göre daha fazla bulunmaktadır (Watkinson ve Seewoodhary, 2015).

Lens, ince bir kapsülle çevrelenmiş liflerden oluşur ve her iki tarafta zonüllerle desteklenir (Liu vd., 2017).

Lens, insan vücudunda protein miktarının en fazla olduğu yerdir ve bu sayede hem saydam hem de kırıcı özellikte bir ortam oluşur (Kaderli vd., 2021). Eriyen ve erimeyen olmak üzere lenste iki çeşit protein bulunur (Okyay, 2018). Eriyen proteinler kristalinlerdir. Bunlar alfa, beta ve gama kristalinlerdir ve lensin saydamlığı için çok önemlidirler (Tök, 2016; Okyay, 2018). Erimeyenler albuminoid tipte proteinlerdir (Türk, 2023). Yaş ilerledikçe lensteki su içeriği azalır ve erimeyen (suda çözünmeyen) albuminoid tipteki proteinler artar (Gözüm, 2012). Lensin şeffaflığı bozulur, sertleşir, saydamlığı ve esnekliği azalır (Gözüm, 2012; Oymağaçlıo, 2017). Bu durum katarakta neden olur (Türk, 2023). Yaşlanma ile lensin saydamlığının azalması normal bir süreçtir. Lensin nuklesu sertleşir ve sararmaya başlar (Gözüm, 2012). Yaş ilerledikçe lensin akomodasyon yeteneği de azalır (Oymağaçlıo, 2017). Akomodasyon uzaktan yakına bakıldığında silyer kasların kasılmasıyla birlikte lensin şeklinin değiştiği bir görme mekanizmasıdır. Lens, gençlik dönemlerinde kolay şekillendirilebilir halde iken, yaşın ilerlemesiyle birlikte bu yeteneğini kaybeder (Pınar, 2015). Bu durum presbiyopi olarak isimlendirilir (Oymağaçlıo, 2017).

Lensin başlıca görevleri;

- Saydamlığını korumak,
- Göze gelen ışınları kırarak, retinanın üstüne odaklanmasını sağlamak (Bunu yapabilmek için merceğin yaşam boyunca saydam kalması gerekir.),
- Akomodasyonu sağlamak (Gözüm, 2012; Shiels ve Hejtmancik, 2013; Weikel vd., 2014; Pınar, 2015; Çınar ve Yaşar, 2023).

Lenste bir kapsül, lens epiteli, korteks ve çekirdek gibi yapılar bulunur (Davis, 2016). Lens yapısal olarak düzenli olarak sıralanmış lens fibrillerinden oluşur. Sıralı bir şekilde dizilmesi lense şeffaf bir görünüm vermektedir (Çınar ve Yaşar, 2023). Erişkin lensin yapısında; kapsül, lens epiteli, korteks ve nükleus gibi oluşumlar vardır (Kaderli vd., 2021; Çınar ve Yaşar, 2023).

Sağlıklı bir lens, sodyum potasyum pompasının etkisiyle ve yarı geçirgen bir membran yoluyla elektrolit dengesini sağlayarak berraklığını korur. Sodyum potasyum pompası

adenozin trifosfat tarafından aktive edilir (Watkinson ve Seewoodhary, 2015). Bu pompa düzgün çalışmadığında, lens hücrelerine sodyum kalsiyum girer ve birikime neden olur. Buna karşılık hücredeki potasyum miktarı azalır (Watkinson ve Seewoodhary, 2015; Özdemir, 2019). Ozmotik dengesizlik, hücrelerin suyla şişmesine ve böylece merceğin şeffaflığını kaybetmesine neden olacaktır. Ayrıca lensteki Ca^{++} konsantrasyonunun artması da sitotoksik etkilerinden dolayı katarakt gelişimine karşı etkilidir (Özdemir, 2019).

2.2. Görme Fizyolojisi

Görme olayında göz ve gözün yardımcı organlarının yanı sıra optik sinir ve beyin de rol oynamaktadır (Erdil ve Erbaş, 2008).

- Çevredeki cisimlerden gelen göze giren ışık ışınları önce gözün ön kısmında bulunan ve saydam yapıya sahip olan korneaya gelir ve ışık ilk olarak korneada kırılır.
- Aköz hümörü geçen ışık ışınları daha sonra kırıcı özelliği olan diğer bir yapı olan lense ulaşır ve ikinci kırılma gerçekleşir. Lensin uyumu (akomodasyon) ile görüntüyü retinaya odaklar ve ters görüntü oluşur.
- Retinada oluşan görüntü, optik sinirler aracılığıyla beynin görsel korteks bölümü olan oksipital bölgesine giderek fotokimyasal reaksiyonla sinir impulslarına dönüşür.
- Beyinde oluşan süreçler ile objenin algılanması gerçekleşir (Korkusuz, 2014; Birer, 2015; Özdemir, 2019; Çelik ve Köstekli, 2021).

2.3. Katarakt

Katarakt, Arapça kökenli bir kelimedir ve gözün önüne akan sıvı anlamına gelmektedir (Pınar, 2015). Hızlı akan su beyaz görüldüğü için mecazi olarak lens opasitelerinin görünümünü ifade etmek için kullanılır. Latince “cataracta” ya da “aşağıya doğru bakan” anlamına gelirken, Yunanca “katarraktes” kelimelerinden türetilmiştir. Etimolojik olarak “şelale” anlamına gelir (Oymağaçlıo, 2017; Erdurmuş vd., 2019). Katarakt, mumlu kağıdın ya da şelalenin içinden bakmaya benzer olduğu için bu tanım kullanılır (Gupta vd., 2014).

Bebekleri, yetişkinleri ve özellikle yaşlıları etkileyen, yavaş ilerleyen, ağrısız bir göz hastalığıdır. Sağlıklı lens saydamdır, kapsül denilen membranöz bir yapıyla çevrilidir ve liflerden oluşur. Kataraktlı olan gözde lens, mercek veya kapsül bulanıktır ya da opaktır. Böylece ışık mercekten retinaya geçemez (Alhamed, 2021). Gözün içindeki kristal lensin bulanıklaşması sonucu görme azalır ya da bulanıklaşır (Thompson ve Lakhani, 2015; Moladoost vd., 2021). Tek ya da iki gözde de ortaya çıkabilir (Katarakt Cerrahisi Klinik Protokolü, 2017).

2.3.1 Epidemiyoloji

Günümüzde teknoloji ve tıp alanındaki gelişmeler ile sağlıklı yaşam nedeniyle yaşam süresi uzamakta ve böylece yaşlı insan sayısı da artmaktadır (Erdurmuş vd., 2019; Costa vd., 2021). Yaşlandıkça göz hastalıkları gibi kronik hastalıklar da artmaktadır (Costa vd., 2021). Katarakt görülme sıklığı da yaş ile birlikte artmaktadır. 40 yaşından sonra görülme sıklığı her on yılda iki katına yükselerek artmaktadır. Katarakt prevalansı 65 yaş civarında %5'tir, ancak 75 yaşında %50'ye yükselmektedir (Gözüm, 2012).

Katarakt, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, dünya çapında görme bozukluğunun ve tedavi edilebilir körlüğün önde gelen nedenlerinden biridir (Lam vd., 2015; Watkinson ve Seewoodhary, 2015; Erdurmuş vd., 2019; Klyushnikova, 2021;). Katarakt, ciddi göz sorunlarından biridir. Görme bozuklukları arasında dünya çapında ikinci sırada yer almaktadır. Körlüğün ise birinci nedeni kataraktır. Tedavi edilmediği takdirde çok ciddi görme sorunlarına neden olabilmektedir (Abdel Azeem vd., 2019). Çalışma yaşı arttıkça, iş tecrübesi ve potansiyeli yüksek olan kişilerin katarakt nedeniyle çalışma yeteneklerini kaybetmeleri nedeniyle bu sorun daha da kötüleşecektir. Katarakt görülme sıklığı dünyanın hemen her ülkesinde artmaktadır. Birleşmiş Milletler Nüfus Bölümü'ne göre, 2025 yılına kadar 60'lı yaşlarındaki yaklaşık 50 milyon insan değişen derecelerde mercek matlığına sahip olacaktır (Klyushnikova, 2021).

Katarakt, sosyoekonomik düzeyi düşük, geliri düşük/orta düzeyde olan bireylerde daha fazla görülür. Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde körlüğün en önemli nedenidir. Gelişmiş olan ülkelerde körlüğün sadece %5'inden sorumlu olup, gelişmekte olan ülkelerde ise körlüğün %50'sinden sorumlu olmaktadır (Lam vd., 2015; Alshamrani, 2018). Bu nedenle gelişmekte olan ülkelerde, etkili göz bakımı tesislerine ve taramalara erişimin yanı sıra sağlanan

tedavinin kalitesini iyileştirmek için adımlar atmak önemlidir. Sosyoekonomik sonuçları etkisi açısından da katarakt ameliyatının önemi büyüktür. Hastaların ameliyat olduktan sonra ilk yıl içinde ekonomik gelirlerini ameliyat maliyetinin %1500'üne kadar arttırmaları mümkündür. Ancak tedavi edilmediği takdirde bu durum hastaların işlerinden çıkarılmalarına bile neden olabilmektedir (Alshamrani, 2018).

2.3.2 Tarihçe

Katarakt 3000 yıllık bir geçmişe sahiptir (Güllülü, 2021). M.Ö. 1000 yıllarında ilk olarak Mısırlılar tarafından tanınmıştır. Mısırlılar tedavi için farklı yöntemler kullanmışlardır (Karini, 2017). M.Ö. 800 yıllarında Hintli Circa skleradan sivri bir cisimle ön kamaraya girmiş ve opaklaşmış olan lensi iterek vitreus içine düşürmüştür. Bu yöntem mil çekme denilmiştir. Bu yöntem İbni Sina tarafından da uygulanmıştır (Gözüm, 2012; Helvacıoğlu vd., 2014; Karini, 2017; Güllülü, 2021). Anatomik olarak lensin yeri 1600'lü yıllarda tespit edilmiştir (Karini, 2017). 1600 yılında Fabricius ab Aquapendente lensin gerçek anatomik yerini bulmuştur (Erdurmuş vd., 2019). 1752'de Fransa Paris'te canlı bir hasta üzerinde ilk katarakt ekstraksiyonu Fransız Cerrah Jacques Daviel tarafından gerçekleştirilmiştir. Ameliyatta gözün alt yarısından limbustan yaptığı insizyon ile ön kamaraya girmiş ve lensi dışarı çıkarmıştır (Birer, 2015; Davis, 2016; Karini, 2017). Daviel bu yöntemle 115 hastayı ameliyat etmiş ve 100 hasta üzerinde başarılı sonuç almıştır. Böylece göz cerrahisinde yeni bir dönemi başlatmıştır (Okyay, 2018). 1773 yılında Samuel Sharp intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu tekniğini uygulamıştır. (Karini, 2017; Erdurmuş vd., 2019). 1860 yılında ise Von Graffe üst kornea kesisi kullanarak Daviel tarafından kullanılan ekstrakapsüler katarakt cerrahisi tekniğini geliştirmiştir. (Erdurmuş vd., 2019). 1867 yılında korneal kesi ilk defa Williams tarafından sütürlenmiştir (Helvacıoğlu vd., 2014; Karini, 2017). 1753 yılında Samuel Sharp tarafından intrakapsüler katarakt ekstraksiyonu başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiştir (Erdurmuş vd., 2019; Güllülü, 2021). Lensin kapsülü de dahil tamamını limbal kesinden çıkarmıştır ve bunu yaparken baş parmağını kullanmıştır. 1884 yılında Karl Kolker katarakt cerrahisinde lokal anestezi olarak göze kokain damlatmıştır (Güllülü, 2021). 1940'ta Barraquer tarafından kapsülü vakumlayan erezifaki kullanılmıştır (Helvacıoğlu vd., 2014).

1949 yılında İngiliz cerrah Harold Ridley tarafından ameliyat mikroskobu kullanarak ilk defa yapay göz içi lens implante edilmiştir (Helvacıoğlu vd., 2014; Birer, 2015; Karini,

2017). Bu olay katarakt cerrahisinde en önemli dönüm noktalarından biri olmuştur (Helvacioğlu vd., 2014). Strampelli, 1951 yılında İtalya'da ön kamara lensini kullanmaya başlamıştır (Erdurmuş vd., 2019). 1967 yılında Amerikalı göz doktoru Charles Kelman fakoemülsifikasyon (FAKO) yöntemini icat etmiştir (Helvacioğlu vd., 2014; Davis, 2016). Mazzocco 1984 yılında ilk katlanabilir göz içi merceğini geliştirmiştir (Karini, 2017; Erdurmuş vd., 2019).

2.3.4 Belirti ve Bulgular

Kataraktın en temel belirtisi, genelde yavaş yavaş ilerleyen görmede azalmadır (Erdurmuş vd., 2019). Gözlük takınca düzelmeyen, kademeli olarak ilerleyen bir görme bulanıklığı oluşur fakat bazı kişilerde görme hızla bozulabilir (Watkinson ve Seewoodhary, 2015). Yazıları okurken zorlanma, çift görme (diplopi), yakın veya uzak görmede bozulma, gece görüşünde bozulma, gözlük numaralarının sık değişmesi, gözde yorgunluk, baş ağrıları, güneş veya diğer parlak ışıklara karşı artan hassasiyet, ışıkların etrafında haleler görme, pupillanın siyahtan bulutlu gri-beyaz renge dönmesi görülen belirtilerendir (Abdel Azeem vd., 2019; Özdemir, 2019; Çelik ve Köstekli, 2021). Kamaşma da katarakt hastalarında sık görülen bir şikayettir (Oymağaçlıo, 2017). Gündüz güneş ışığında ve gece araç kullanırken gözde kamaşma nedeniyle parlak ışıklar dağılır ve araç kullanmak da zorlaşır (Özdemir, 2019). Ayrıca bazı renkler, lensin giderek opaklaşmasından yani sarı renk olmasından dolayı algılanamaz (Oymağaçlıo, 2017). Bu belirtiler tek tek ya da bir arada bulunabilir ve sinir lifi bulunmadığından ağrı yaşanmaz (Özdemir, 2019). Hastalığın yavaş gelişmesi ve diğer gözün sağlıklı olması teşhisi geciktirebilmektedir. Sağlam göz kapatıldığında hastalar kataraktı daha kolay fark ederler (Oymağaçlıo, 2017).

Bu belirtiler hastaların bağımsızlığını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmekte, sosyal izolasyona, depresyona ve diğer psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Yaşlılarda görme kaybına bağlı gelişen düşmeler kalça kırıklarına neden olabilmektedir. Yaşa bağlı katarakt önlenmesi de risk faktörlerine karşı koruyucu önlemlerin alınması kataraktın erken yaşta gelişmesini önleyebilir (Çelik ve Köstekli, 2021).

Yukarıda açıklanan belirtilerden bir veya daha fazlası görüldüğünde, hastalar genellikle öncelikle göz muayenesi için göz doktoruna giderler. Yavaş ve kademeli olarak birkaç kez

gözlük değiştirebilirler ve böylece farkında olmadan yaşam kalitelerini düşürmektedirler (Luna vd., 2016).

2.3.5 Katarakt Çeşitleri

Nükleer Katarakt

En sık görülen yaşa bağlı katarakt çeşididir (Lim vd., 2020). Yaş ilerledikçe lens nükleusu (çekirdeği) sıvı kaybettiği için sertleşir ve rengi koyulaşmaya başlar (Gözüm, 2012; Birer, 2015; Okyay, 2018). Bu sklerotik değişiklik çok yavaş gerçekleşir, 5-10 yıl sürer (Birer, 2015). Hastalığın başlangıcında yeşilimsi renkte olan nükleus zamanla sararır ve kahverengiye döner (Okyay, 2018). Nükleer katarakta lensin yoğunluğu ve kırılması artarak psödomiyopi gelişir (Pınar, 2015). Böyle hastalarda yakın görüşe göre uzak görüşte daha fazla bozulma vardır (Erdurmuş vd., 2019). Sonuç olarak böyle hastalar yakını gözlük kullanmadan daha iyi görmeye başlayacaklardır (Birer, 2015). Bu durum “ikinci görme” olarak adlandırılır (Altınel ve Ardagil Akçakaya, 2014). Bunun nedeni, katarakt gelişiminin başlangıç aşamasında daha hızlı kırıcı olmasındandır (Birer, 2015).

Kortikal Katarakt

Lensin kortikal tabakasında gözlenir. Lensteki hidrasyon artışı ile birlikte sıvı hümor aközden emilir ve korteks bulanıklaşmaya başlar (Birer, 2015). Bu katarakt tipinde lensin merkezi geç etkilendiğinden hastalar uzak görüşlerinin iyi olduğunu bildirirler (Gözüm, 2012). İlerleme hızı değişmektedir (Altınel ve Ardagil Akçakaya, 2014). Kortikal kataraktların bazıları uzun bir süre ilerlemeden kalır, bazıları ise çok hızlı ilerlemektedir (Pınar, 2015). Kortikal kataraktlar genelde çift taraflı fakat asimetriktir. Araba farları gibi yoğun, odaksal ışık kaynaklarının neden olduğu parlama en sık bulgusudur (Altınel ve Ardagil Akçakaya, 2014).

Arka Kapsüler (Subkapsüler) Katarakt

Nükleer ve kortikal kataraktlar ile kıyaslandığında onlara göre genellikle daha erken yaşlarda ve daha az sıklıkta görülür, daha hızlı ilerler (Gözüm, 2012; Altınel ve Ardagil Akçakaya, 2014; Pınar, 2015). Arka subkapsüler katarakt, korteksin arka tabakasına yerleşir ve genelde aksiyaldir (Pınar, 2015). Biyomikroskop ile hastayı muayene ederken arka subkapsüler

kataraktı en iyi şekilde tespit etmek için gözbebeğinin genişletilmesi gerekmektedir (Okyay, 2018; Arslankılıç, 2019). Katarakt oluşumu ilaçlarla tetiklenebilir. İlaçlar katarakta neden olabilir. Kortikosteroidlerin herhangi bir biçimde uzun süreli kullanımı, arka kapsül kataraktının gelişimi ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (Liu vd., 2017). Yakın görüş, uzak görüşe göre daha fazla bozulmuştur (Altınel ve Ardagil Akçakaya, 2014; Pınar, 2015). Hastalar kar, araba farları gibi yoğun ışıklardan çok etkilenir. Genellikle koyu renkli gözlükleri ve geniş kenarlı şapkaları tercih ederler. Karanlıkta gece görüşü önemli ölçüde iyileşir veya hasta rahatlar (Gözüm, 2012).

Mikst Katarakt

Genellikle tek tip ile başlayan bu katarakt türünde dejeneratif süreç ilerledikçe mikst hale gelir. Eğer hastada mikst katarakt varsa katarakt ilerlemiştir. Hastanın ciddi görme kaybı vardır ve yakın zamanda ameliyat olması gerekir (Okyay, 2018).

İlerlemiş Katarakt

Kapsülden nükleusa kadar korteksin tamamı tutulduğunda buna matür (olgun) katarakt adı verilir (Helvacıoğlu vd., 2014). İlerlemiş katarakt sıklıkla herhangi bir katarakt türünün ilerlemesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Lens genellikle beyazdır ve bu nedenle katarakt kelimesi tarihsel olarak "şelale" anlamına gelir (Gözüm, 2012).

Senil Katarakt

Genellikle yaşlı insanlarda ya da 50 yaşın üzerindeki kişilerde görülür (Gupta vd., 2014). Patofizyolojisi çok faktörlüdür. Yaşla birlikte lensin çekirdeği sertleşir ve rengi koyulaşır. Kortikal, nükleer, arka subkapsüler ve üçü bir arada olan mikst tip şeklinde anatomik lokalizasyonuna (lens içindeki opaklaşmanın konumuna) göre 4 gruba ayrılır (Pınar, 2015; Liu vd., 2017).

Ancak bu sınıflandırmanın kataraktın erken evrelerinde kullanılması uygundur. Bunun nedeni, kataraktın çok ileri boyutlara ulaşması durumunda bu farkın çok net bir şekilde ayırt edilememesidir. İlerlemiş kataraktlarda nükleus, korteks ve arka subkapsüler bölgede opasiteler görülür (Arslankılıç, 2019).

Konjenital Katarakt

Doğum anında mevcut olan veya yaşamın yaşamın ilk ayında gelişen katarakt konjenital katarakt olarak ifade edilirken, yaşamın ilk yılında meydana gelen katarakt ise infantil katarakt olarak adlandırılır (Birer, 2015; Liu vd., 2017; Kaderli vd., 2021). Genetik, lensin gebelikte kötü gelişimi, annede yetersiz beslenme, enfeksiyon, ilaçlar, radyasyon, anoksi, metabolik bozukluklar, doğum travması, yetersiz beslenme, konjenital anomaliler, idiyopatik nedenlerle olabilmektedir (Gupta vd., 2014). Konjenital katarakta da tüm hastalıklarda olduğu gibi erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir (Çelik, 2019). Ambliyopi gelişimini önlemek için tanı konulduktan sonra mümkün olduğunca en kısa zamanda cerrahi müdahale gereklidir (Korkusuz, 2014). Tanı güçlükleri arasında bebeğin gözbebeklerinin çok küçük olması ve günün çoğunu uyuyarak geçirmesi sayılabilir. Çocukluk çağında görülen birçok kataraktın çocuklarda körlüğün ana nedeni olduğu gösterilmiştir (Okyay, 2018).

Travmatik Katarakt

Gençlerde tek taraflı kataraktın en sık nedenidir. Künt veya delici travma, lenste opaklaşmaya neden olur (Arslankılıç, 2019). Bu tip katarakt, travmatik bir olaydan hemen sonra veya zamanla yavaşça gelişebilir (Thompson ve Lakhani, 2015).

Komplike Katarakt

Katarakt, göz hastalığı sırasında veya bunun sonucunda gelişen bir kataraktır. Esansiyel iris atrofisi, göz içi tümörleri, üveit, glokom ve yüksek miyopi ile seyreden iskemik rahatsızlıklar katarakta sebep olabilir (Birer, 2015).

Sekonder Katarakt

Bunlar göz cerrahisi işlemlerinden sonra ortaya çıkan kataraktlardır (Özdemir, 2019). Ameliyat sırasında lens tamamen temizlenemezse sekonder katarakt oluşabilir (Birer, 2015).

Metabolik (Patolojik) Katarakt

Diyabet, galaktozemi, hipokalsemi vb. sistemik hastalıklar ile birlikte bulunabilen bir katarakt türüdür. Metabolik ürünlerin (sorbitol, dulcitol vb.) lenste birikmesine bağlı olarak gelişir (Oymaağaçlıo, 2017).

2.3.6 Tanı

Katarakt, şeffaf olan lensinin bulanıklaşması sonucu ışığın retinaya geçişini engelleyen, ağrısız görme bulanıklığına neden olan ve sonunda en korkulan fiziksel engellerden biri olan görme kaybına neden olan bir hastalıktır (Hegazy vd., 2012; Amedo vd., 2016). "Yaşlanma hastalığı" olarak adlandırılan bu hastalık, tedavi edilebilir körlüğün önde gelen nedenlerinden biridir (Mahfouz vd., 2019; Köse vd., 2021).

Katarakt ameliyatı endikasyonu hastanın görme keskinliği ve şikayetlerine göre belirlenir. Bu konuda net sınırlar yoktur. Burada hastanın kendi ifadeleri çok önemlidir. Örneğin, göreceli olarak hareketsiz bir yaşam tarzı olan yaşlı bir insanda meydana gelen ve uzak görüşü orta derecede bozan nükleer katarakt, yakın görüşü etkilemediği sürece kişinin çok fazla şikayet etmesine neden olmazken, aktif yaşam tarzı olan ve özellikle araba kullanan genç insanlarda şikayetlere neden olabilir (Gözüm, 2012).

Direkt oftalmoskop, ultrasonografi, refraksiyon ve retinoskopi, görme keskinliği, biomikroskopi katarakt tanısında kullanılan testlerdir (Arslankılıç, 2019). Hastanın tıbbi öyküsü alındıktan sonra detaylı göz muayenesi ile tanı konulur. Katarakt hastalarını muayene ederken, gözbebeği midriazisi için lokal midriyatik damlalar kullanılabilir. Yeterli midriyazis sağlandığında oftalmoskopik muayene ile gözün arka kısmının anatomik ve fonksiyonel durumu değerlendirilmelidir (Çınar ve Yaşar, 2023).

2.3.7 Risk Faktörleri

Kataraktın gelişmesinde birçok etken vardır (Pınar, 2015). Kataraktın nedenlerin daha iyi anlaşılmasının tedavi üzerinde kesinlikle büyük bir etkisi vardır. Çünkü nedenlerin ortadan kaldırılması tedavinin en önemli anahtarıdır (Gupta vd., 2014).

Yaş: Kataraktın oluşmasında en büyük risk faktörlerinden biri yaşlanmaktır (Okyay, 2018). Yaş ilerledikçe kataraktın gelişme olasılığı da artar (Pınar, 2015). Yaşın ilerlemesiyle birlikte lensteki C vitamini düzeyi azalır. Plazma C vitamini konsantrasyonunun düşük olmasının katarakt gelişme insidansının artmasına neden olabileceğine dair kanıtlar vardır (Lim vd., 2020).

Cinsiyet: Yapılan araştırmalara göre kadınlarda katarakt gelişme riskinin erkeklerden fazla olduğu tespit edilmiştir (Okyay, 2018). Bu durumun nedeni büyük olasılıkla menopoz sonrası meydana gelen östrojen eksikliğidir. Yapılan deneysel bir çalışmaya göre; yumurtalıkları alınmış, MNU ile tedavi edilen sıçanlarda estradiol tedavisinin kataraktlı olan gözleri %25'e kadar koruduğunu göstermiştir (Gupta vd., 2014). Bazı araştırmalar, erken menarş veya geç menopoza giren kişilerde katarakt riskinin daha düşük olduğunu, östrojenin lens üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir (Zetterberg ve Celojevic, 2014).

İrk: Siyah ırktaki insanlarda, beyaz ırka göre kortikal ve nükleer katarakt daha fazla görülür (Pınar, 2015; Karini, 2017; Okyay, 2018).

Aile Öyküsü: Yapılan iki vaka kontrol çalışmasında, aile öyküsünün katarakt riskini arttırdığı bulunmuştur (Karini, 2017; Okyay, 2018).

Diyabet: Diyabetli hastalarda katarakt çok yaygın görülmektedir. Katarakt, diyabetin en erken komplikasyonlarından biridir (Thompson ve Lakhani, 2015). Diyabeti olan bireylerde, diyabeti olmayan bireylere göre yaklaşık 20 yıl daha erken katarakt oluşmakta ve hastalar katarakt nedeniyle çok daha genç yaşlarda katarakt ameliyatı olmaktadır (Lam vd., 2015). Diyabetik retinopati, gelişmiş olan ülkelerde körlüğün en yaygın nedenlerinden biridir (Okyay, 2018).

Sosyoekonomik Düzey: Katarakt, orta ve düşük gelirli ülkelerde körlüğün en yaygın nedeni olup, tüm körlüklerin yarısını oluştururken, gelişmiş ülkelerde bu oran yalnızca %5'tir (Ang ve Afshari, 2021).

Sigara: Günde bir veya daha fazla sigara içen kişilerde katarakt riski iki kat daha fazladır. Sigara içmeyle en sık ilişkilendirilen katarakt türleri arka subkapsüler ve nükleer

kataraktlardır (Okyay, 2018). Sigara dumanındaki siyanidin, lens proteinlerinin karbamilasyonuna neden olarak katarakta katkıda bulunur (Pınar, 2015).

Radyasyon: Ultraviyole ışınlar, kızılötesi ya da elektromanyetik dalgalar gibi radyasyon kaynakları katarakta neden olabilir (Gupta vd., 2014).

Beslenme: Lens, çeşitli vitaminler, enzimler ve antioksidanların yardımıyla kendisini oksidatif strese karşı korumaktadır. Senil kataraktın gelişiminde beslenme alışkanlıkları oldukça önemlidir ve bunun serum antioksidan düzeyleriyle ilgili olabileceği belirtilmiştir. Riboflavin, C, E vitaminleri ve karotenoidler gibi antioksidan özelliği olan maddelerin alınmasının nükleer, kortikal ve mikst tip kataraktları önlediği gösterilmiştir (Okyay, 2018).

Anne ve Fetusa Ait Faktörler: Hamilelik veya erken bebeklik dönemindeki yetersiz beslenme, ailesel olmayan zonüler katarakt ile ilişkilendirilmiştir. Eritem, toksoplazmoz ve sitomegalo inklüzyonu vb. gibi annedeki enfeksiyonlar konjenital kataraktla ilişkilidir. Endokrin bozuklukları, alkol veya uyuşturucu kullanımı ve doğum esnasında radyasyona maruz kalma bebeklerde katarakt olasılığını artırır (Gupta vd., 2014).

İlaçlar: Yapılan bazı çalışmalara göre kortikosteroid, kanser ilaçları, diüretikler, trankilizanlar gibi bazı ilaçlar katarakt gelişmesine katkıda bulunabilir (Gupta vd., 2014; Karini, 2017).

Alkol: Alkol nükleer, kortikal ve arka subkapsüler katarakt gelişme riskini artırmaktadır (Gupta vd., 2014).

Hipokalsemi: Hipoparatiroidizmde görülen hipokalsemi, yetişkinlerde ve çocuklarda katarakta neden olabilmektedir (Pınar, 2015).

2.3.8 Kataraktın Önlenmesi

Katarakt cerrahisi olan hastaların %5'inde vitreus kaybı, makula ödemi ve retina dekolmanı gibi ameliyat sonrası komplikasyon gelişebilmekte ve aynı zamanda bu tedavi yaklaşımının yüksek ekonomik harcamalara neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle kataraktı önlenmek ve tedavi etmek için ameliyatsız yaklaşımlar tercih edilmelidir (Prokofyeva vd., 2013). Kataraktı önlemek için öncelikle mevcut risklerin azaltılması gerekmektedir (Thompson ve

Lakhani, 2015). Dışarda güneş ışınlarına karşı UV filtreli gözlük takmak, sigara ve alkol kullanımını varsa bunların bırakılması ya da azaltılması, düzenli göz muayenesi yaptırmak, meyve ve sebze içeren besinler tüketmek, basit karbonhidrat alımını yüksek miktarda tüketmekten kaçınmak, kan şekerini düzenli olarak kontrol etmek, multivitamin içeren diyet yapmak katarakt riskini azaltabilmektedir. (Lam vd., 2015; Erdurmuş vd., 2019; Çelik ve Köstekli, 2021; H Abdullah vd., 2021). Kataraktın ilerlemesini yavaşlatmak için ise önemli araştırmalar yapılmaya devam etmektedir (Thompson ve Lakhani, 2015).

Katarakt, temelde yaşlanmanın sebep olduğu dejeneratif değişikliklere bağlı bir hastalık olduğu için korunma yöntemleri sınırlıdır (Lam vd., 2015). Bazı hastalara göz muayenesi sonucu gözlük önerilir. Ancak en etkili tedavi yöntemi cerrahidir (Özdemir, 2019).

Belirtiler günlük yaşam aktivitelerini engellemiyorsa gözlük reçete edilebilir. Kataraktın kitap okuma veya araba kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemesi durumunda ameliyat önerilir (Abdel Azeem vd., 2019).

2.3.9 Katarakt Cerrahisi ve Anestezi

Katarakt cerrahisi uygulanan hastalar genellikle ileri yaşlarda oldukları için cerrahi öncesi anesteziye uygunlukları değerlendirilir. Aynı zamanda hastanın ameliyata uygunluğu iyice incelenmeli, ayrıntılı fiziksel muayene yapılmalıdır. Böylece anestezi sürecinde ya da ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyonlar kontrol altında tutulur (Çınar ve Yaşar, 2023).

Katarakt ameliyatı, genel anestezi veya lokal anestezi altında yapılabilmektedir (Birer, 2015). Fakat ameliyatların çoğu lokal anestezi altında yapılmaktadır (Watkinson ve Seewoodhary, 2015). Lokal anestezi, genel anesteziye göre çok daha fazla avantajlıdır. Kusma, konfüzyon, postural hipotansiyon gibi sistemik yan etkilerinin bulunmaması, bilinç bulanıklığının olmaması, konforu nedeniyle daha fazla tercih edilmektedir (Birer, 2015; Özdemir, 2019). Fakat iletişim kurulamayan, zeka geriliği olan, sınırlı veya endişeli hastalarda veya ileri derecede klostrofobi nedeniyle koopere olamayan hastalarda, çocuklarda, demans hastalarında, mental veya fiziksel olarak işlem sırasında stabil kalamayacak hastalarda genel anestezi uygulanır (Gözüm, 2012; Korkusuz, 2014; Thompson ve Lakhani, 2015; Tök, 2016). Fakat çok ileri yaşlarda, koroner arter hastalığı ve

miyokard infarktüsü öyküsü olan, diyabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyak aritmisi bulunan hastalarda genel anestezi ile ameliyat edildikten sonra komplikasyon gelişme riski fazladır (Birer, 2015).

Katarakt ameliyatında lokal anestezi, konjonktivaya enjeksiyon yoluyla (retrobülber, peribülber ve enjeksiyon) veya topikal olarak uygulanır (Thompson ve Lakhani, 2015; Katarakt Cerrahisi Klinik Protokolü, 2017; Obuchowska ve Konopinska, 2021). Göz çevresine enjeksiyon yapılmadan yapılan, anestezi maddenin damlatılmasıyla uygulanan topikal anestezi en sık kullanılan şeklidir (Gözüm, 2012). Bu teknik, enjekte edilerek uygulanan anestezinin olası komplikasyonlarını ortadan kaldırmıştır (Shah, 2010).

ABD’de katarakt ameliyatlarının çoğunluğu hafif sedasyon ve topikal anestezi altında yapılmaktadır. Bu yöntem, şu anda en fazla zaman ve maliyet tasarrufu sağlayan yöntemdir. Görmenin iyileşmesi daha uzun sürdüğü ve ciddi komplikasyon riski daha fazla olduğu için retrobulbar ve peribulber enjeksiyonlar daha az yaygın hale gelmiştir. Aynı zamanda, topikal anestezi görmeyi etkilemez ve gözde akineziye (geçici felç) neden olmaz, bu nedenle birçok hasta ameliyattan hemen sonra iyi bir görüşe sahip olur (Thompson ve Lakhani, 2015).

2.3.10 Cerrahi Girişim

Kataraktın gelişmesini tamamen önleyen ve geciktiren kanıtlanmış, konservatif ya da farmakolojik bir tedavi olmadığı için tek tedavi yöntemi cerrahidir (Erdil ve Erbaş, 2008; Gözüm, 2012; Erdurmuş vd., 2019; Alhamed, 2021). Katarakt cerrahisi, tartışmasız dünya çapında uygulanan en yaygın cerrahi işlemdir (Assam vd., 2018). Hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinde katarakt cerrahisi önerilmektedir (Bayomi vd., 2014; Mohamed vd., 2015).

Ameliyat sonrası, başka bir göz hastalığı yoksa, hastaların %95’inde tam iyileşme görülmektedir (Hegazy vd., 2012). Başarılı geçen bir katarakt cerrahisi görmeyi ve aynı zamanda yaşam kalitesini artırmaktadır (Lam vd., 2015).

2.3.11 Katarakt Cerrahisi Tipleri

Katarakt cerrahisi sürekli gelişmektedir ve cerrahi yeniliklerle kesilerin küçüldüğü gözlemlenmiştir (Helvacıoğlu vd., 2014). Günümüzde katarakt cerrahisinde 3 ana teknik

kullanılmaktadır. Bunlar; intrakapsüler ekstraksiyon, ekstrakapsüler ekstraksiyon ve fakoemülsifikasyondur. ABD’de katarakt ameliyatlarının büyük bir çoğunluğu fakoemülsifikasyon tekniği ile yapılmaktadır (Thompson ve Lakhani, 2015).

İntrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu:1980’lere kadar yaygın kullanılan bir teknik olmuştur (Gözüm, 2012). ICCE, lens ve lens kapsülünün tamamen çıkarılmasıyla yapılan büyük kesili bir ameliyattır. (Davis, 2016; Erdurmuş vd., 2019). Bu teknikte GİL implante edilmediği için hastaların ameliyat sonrasında gözlük takmaları gerekir. Bu teknikte komplikasyon oranı yüksektir ve ameliyat sonrası kalın bir gözlük kullanımı tekniğin daha az tercih edilme sebeplerindedir (Thompson ve Lakhani, 2015).

Ekstrakapsüler Katarakt Ekstraksiyonu: Lens kapsülünün sağlam bırakılarak yerine GİL yerleştirilmesini sağlayan, büyük kesili bir tekniktir (Erdurmuş vd., 2019). Korneal kesi sütür ile kapatılır (Çelik ve Köstekli, 2021). Komplikasyon oranı fakoemülsifikasyon tekniğine göre daha fazladır ve büyük bir kesi olduğu için iyileşme süresi de uzundur (Thompson ve Lakhani, 2015). Kapatılırken kullanılan sütünun daha sonrasında alınması gerekmektedir (Çelik ve Köstekli, 2021).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, pahalı ekipman veya sarf malzemesi gerektirmediği için bu prosedürlerin her ikisi de hala yaygın olarak kullanılmaktadır (Liu vd., 2017).

Fakoemülsifikasyon: Gelişmiş ülkelerde en sık kullanılan teknik olan fakoemülsifikasyon, ekstrakapsüler katarakt ameliyatının ileri bir şeklidir (Mohamed vd., 2015). Fakoemülsifikasyon tekniği ilk olarak 1960’lı yılların sonlarında Charles Kelman tarafından geliştirilmiştir (Lam vd., 2015). Fakoemülsifikasyon (FAKO) aynı zamanda "küçük kesili katarakt" olarak da adlandırılır (Mohamed vd., 2015). Bu teknikte sertleşmiş olan mercek ultrasonik titreşimlerle yumuşatılarak aspire edilir ve yerine GİL yerleştirilir (Erdil ve Erbaş, 2008; Watkinson ve Seewoodhary, 2015; Tök, 2016). Kesi boyutu çok küçük olduğu için dikişsizdir, yara yeri kendiliğinden kapanır (Watkinson ve Seewoodhary, 2015; Çelik ve Köstekli, 2021). Dikiş olmadığı için halk arasında lazerli veya dikişsiz yöntem olarak da bilinir kapatılır (Çelik ve Köstekli, 2021). Kesi boyutunun çok küçük olması ve bu yüzden dikiş atılmadığı için endoftalmi, yara yeri sızıntısı, iris prolapsusu gibi komplikasyon risklerinin az olması ve görsel iyileşmenin hızlı olması, işlem süresinin kısa olması bu tekniğin avantajlarıdır. Pahalı bir sistem olması ve öğrenme sürecinin zor ve uzun olması,

öğrenim sürecinde komplikasyon riskinin yüksek olması ise dezavantajlarıdır (Helvacıoğlu vd., 2014; Thompson ve Lakhani, 2015; Tök, 2016; Costa vd., 2021). Bu nedenle ekonomik olarak az gelişmiş ülkelerde kullanımı sınırlıdır (Lam vd., 2015). Aynı zamanda bu tekniği kullanmak beceri gerektirdiği için yeni başlayan cerrahlar için komplikasyon riski de yüksek olabilir (Okyay, 2018). Ameliyat günübirlik olarak yapılır fakat yaşlılar, yalnız yaşayanlar ya da bakıma muhtaç kişiler birkaç gün hastanede takip edilebilmektedir (Çelik ve Köstekli, 2021).

2.3.12 Komplikasyonlar

Cerrahi tekniklerin artmasıyla birlikte katarakt ameliyatlarının büyük bir çoğunluğu başarıyla gerçekleştirilmektedir fakat her ameliyatta olduğu gibi bu ameliyatında riskleri bulunmaktadır (Erdurmuş vd., 2019). Komplikasyonları tamamen ortadan kaldırmak mümkün olmadığından ameliyat öncesinde hastayla risklerin tartışılması çok önemlidir (Gözüm, 2012). Yapılan birçok çalışma, ameliyat sonrası taburculuk talimatlarının uygulanmasının komplikasyon riskini azalttığını ve hastaların günlük yaşamlarına daha kısa sürede dönmelerine yardımcı olduğunu vurgulamıştır (Mahfouz vd., 2019).

Katarakt cerrahisi komplikasyonları; intraoperatif komplikasyonlar, postoperatif komplikasyonlar ve anesteziye bağlı komplikasyonlar olarak ayrılabilir (Erdurmuş vd., 2019). Ameliyat sonrası komplikasyonlar ise erken ve geç dönem olarak 2'ye ayrılır (Korkusuz, 2014).

İntraoperatif Komplikasyonlar

- Arka Kapsül Rüptürü
- Vitreus Kaybı
- İris Yaralanması
- Ön Kameraya Hemoraji
- Lens Parçacıklarının Geriye Kaçışı
- Kornea Yanığı
- Suprakoroidal Hemoraji

Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Oluşan Komplikasyonlar

- Göz İçi Basınç Artışı
- Kornea Ödemi
- Göz İçi Lensin Yerinden Çıkması
- Yara (Kesi) Yeri Sızıntısı Veya Yırtılması
- Akut Bakteriyel Endoftalmi
- İris Prolapsusu

Ameliyat Sonrası Geç Dönemde Oluşan Komplikasyonlar

- Glokom
- Kornea Dekompansasyonu
- GİL'nin Yer Değiştirmesi
- Arka Kapsül Opaklaşması
- Kistoit Makula Ödemi
- Üveit
- Retina Dekolmanı
- Astigmatizma Oluşumu
- Kronik Endoftalmi

(Chan vd., 2010; Korkusuz, 2014; Birer, 2015; Mohamed vd., 2015; Watkinson ve Seewoodhary, 2015; Tök, 2016; Liu vd., 2017; Özdemir, 2019; Kaderli vd., 2021).

Katarakt ameliyatında kalıcı görme kaybına neden olabilecek komplikasyonlar son derece nadirdir (Erdurmuş vd., 2019). Kornea ödemi ameliyattan hemen sonra ortaya çıkar ve 2-4 hafta içinde düzelmektedir. Ameliyat sonrası görmeyi tehdit eden en ciddi komplikasyon endoftalmidir (Liu vd., 2017). Göz içi cerrahide en çok korkulan ve geri dönüşü olmayan körlüğe neden olan komplikasyondur (Mahfouz vd., 2019). Bunlardan en yaygın olanı arka kapsül opaklaşmasıdır. Bunun tedavisinde tekrar cerrahiye gerek kalmadan YAG laser kullanılır ve görme hemen düzelir (Gözüm, 2012).

2.4. Katarakt Cerrahisi ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ilk defa Yunanlılar tarafından kullanılmış ve bu kavramın insanların memnuniyetini açıklamak için kullanılmıştır. Aristoteles daha sonra mutsuzluk kavramını açıklarken yaşam kalitesini de tanımlamıştır. Yaşam kalitesi genellikle “iyi olma” ve “iyi bir yaşam” olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, “bireyin kültür ve değer sistemi içerisinde; beklentileri, kaygıları, hedefleri, standartları arasından yaşadıkları durumu algılaması” olarak tanımlanmaktadır (Gülşen, 2018).

Günümüzde insanların yaşam süresinin artması, eğitim düzeylerinin yükselmesi ve doğum oranlarının azalması ile beraber yaşlı nüfus sayısı dünya genelinde artmaktadır. Bu artış sağlık sorunlarının da artmasına yol açmış ve bu nedenle nüfusun yaşlanmasıyla birlikte yaşam kalitesi de gün geçtikçe üzerinde durulan bir konu haline gelmiştir (Gülşen, 2018).

Görmeyle ilişkili yaşam kalitesi, görme bozukluğunun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin bir ölçüsüdür (Fraser vd., 2013). Görmeyle ilişkili yaşam kalitesi, birçok katarakt hastası için önemli bir endişe kaynağıdır. (Blancafort Alias vd., 2022; Tan vd., 2022).

Katarakt yalnızca görme bozukluğuna sebep olmamaktadır. Katarakt aynı zamanda sosyal, ekonomik ve zihinsel açıdan da olumsuz sonuçlara neden olabilen bir halk sağlığı sorunudur. Katarakta bağlı görme kaybı, hastaların yaşam kalitesini azaltabilir, başkalarına bağımlılıklarını artırabilir, sosyal statülerini tehlikeye atabilir ve dolayısıyla erken emekliliğe yol açabilir. Bu nedenle katarakt ameliyatı birey, aile ve bir bütün olarak toplum için sosyal ve ekonomik faydalar sağlayabilir (Akpolat vd., 2022). Katarakt cerrahisinin amacı, etkilenen bireylerin görme yeteneğini ve dolayısıyla yaşam kalitesini iyileştirmektir (Danquah vd., 2014).

Zhu ve arkadaşlarının (2015) 401 katılımcıyla yaptıkları çalışmada, görme keskinliğinin azalması veya kaybının yaşam kalitesini düşürdüğünü, cerrahi tedavinin yaşam kalitesini artırdığını vurgulamışlardır (Zhu vd., 2015). Cypel ve arkadaşlarının (2017) 150 katılımcıyla yaptığı çalışmaya göre, görme keskinliği problemlerinin düzeltilmesi, görme yeteneğini artırarak, bağımsızlığın ve sosyal ilişkilerin artmasına, yaşam kalitesinin olumlu etkilenmesine neden olmaktadır. Ayrıca çalışma görme bozukluğunun en önemli sebebinin

kataraktın olduğunu göstermiş ve görme keskinliğinin azalmasının hastalarda izolasyona, depresyona ve düşmelere sebep olduğu belirtilmiştir. Bu sorunların yaşlı hastayı bireysel ve toplumsal açıdan etkilediğini, aynı zamanda sağlık kurumlarının verimli kullanılmasına da engel olduğunu ifade etmişlerdir (Cypel vd., 2017).

2.5. Katarakt Cerrahisi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri

Görme yeteneği günlük yaşamda önemli bir rol oynamaktadır. Görme engelli insanlar günlük aktivitelerinde çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu engellerin, fiziksel engellilik, psikolojik sıkıntı ve yaşam kalitesinin düşmesi gibi birçok olumsuz sonucu vardır. Bu nedenle görme problemlerinin günlük hayatımızı nasıl etkilediğini anlamak önemlidir (Ni vd., 2012).

İnsanların iletişim, beslenme, nefes alma ve uyku gibi hayatta kalmak için birçok ihtiyacı vardır. Normal şartlarda bireyler bu ihtiyaçlarını yardım almadan karşılayabilirler. Bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyen durumlar, bireyin bu ihtiyaçlarını kendisinin karşılamasını zorlaştırabilir ve onu başkalarına bağımlı hale getirebilir. Yaşla birlikte artan kronik hastalıklar, vücut sistemlerindeki fizyolojik değişiklikler ve yaşlılarda işlevsellikte azalma, günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesini zorlandırmaktadır. Yaşlılar için en önemli sağlık sorunlarından biri olan katarakt yaşla birlikte artan görme sorunlarından bir tanesidir (Gülşen, 2018). Kataraktın yalnızca görme işlevini bozmakla kalmayıp aynı zamanda günlük yaşam aktivitelerini de etkilediğine dair önemli kanıtlar vardır (Blancafort Alias vd., 2022; Tan vd., 2022).

Bulanık görme, renklerin solması ve görüntünün kısmen gölgelenmesi gibi kataraktın ilk belirtileri hastaların hayatını zorlaştırır. Katarakt nedeniyle günlük ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanan hastalar okumak, yazmak, televizyon izlemek, finansal işler, alışveriş, giyinmek, kişisel bakım, yemek pişirmek, çamaşır yıkamak, masadaki yiyecekleri seçmek, araba kullanmak, yürümek, giysilerin renklerini ayırt etmek gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken sorunlar yaşayabilmektedir. Günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenen hastalarda kataraktın tek tedavisi olarak ameliyat önerilmektedir (Demirhan ve Akı, 2012; Watkinson ve Seewoodhary, 2015; Ates ve Oymağacıo, 2019; Uysal, 2019; Obuchowska ve Konopinska, 2021). Bazı bireyler günlük aktivitelerini gerçekleştirirken bağımsız olsalar da, bunu güvenli ve kusursuz bir şekilde yapabilmek için çok fazla fiziksel ve zihinsel güce

ihtiyaç duyarlar (Demirhan ve Akı, 2012). Özellikle basamak, kaldırım taşı gibi yer seviyesinden yüksek yerlerde bulunan tehlikeleri göremeyen kişilerin düşme ve kalça kırığı gibi yaralanmalara maruz kalma riski yüksektir (Watkinson ve Seewoodhary, 2015).

Katarakt cerrahisinde anestezi şekliinden katarakt tekniğine ve göz içi lenslere kadar çok hızlı yenilikler olmuştur. Ancak bu yeni tedavilerin etkinliğini ve sonuçlarını doğru bir şekilde değerlendirebilecek geçerli bir yöntem arayışı devam etmektedir. Görme keskinliği, görme gibi çok boyutlu bir fonksiyonun ölçümünde önemli bir kriter olmasına rağmen, görme fonksiyonunun hastaların yaşamını nasıl etkilediği konusunda bize yeterli bilgi vermemektedir. Çoğu zaman görme bozukluğunun günlük aktivitelerini etkilemesi hastayı tedavi aramaya zorlamaktadır (Bayraktar vd., 2016).

Katarakt ameliyatının hastalar için görme keskinliğini iyileştirmesinin yanı sıra, görmeyle ilişkili yaşam kalitesini de iyileştirdiği gösterilmiştir (Tan vd., 2022). Bu sebeple katarakt ameliyatının amacı yalnızca görmeyi iyileştirmek değil, aynı zamanda günlük yaşam aktivitelerindeki performansı artırmaktır (Amedo vd., 2016). Planlı ve yeterli taburculuk bilgilendirilmesi, hastaneden taburcu olan hastaların evde bakım uygulamalarını yapabilmeleri ve aynı zamanda günlük yaşam aktivitelerini devam ettirebilmeleri açısından çok önemlidir (Acar ve Fındık, 2021).

2.6. Katarakt Cerrahisi ve Anksiyete

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre anksiyete; “Canlı organizmalardaki sıkıntılı durumlara bağlı olarak gelişen nöropsikiyatrik bir bozukluk” olarak tanımlanmaktadır (Okyay, 2018). Amerikan Psikiyatri Birliği ise anksiyete terimini “Özerklik kaybı ve fiziksel semptomların eşlik ettiği öznel rahatsızlık, korku, endişe ve huzursuzluk” olarak tanımlamaktadır (Akoğlu, 2020).

Spielberger ve Krasner anksiyeteyi “hoş olmayan bir duygusal durum” olarak tanımlıyor ve sürekli ve durumluk anksiyete olarak iki alt başlık altında değerlendirmektedir. Bu iki bileşenden durumluk anksiyete, kişinin o andaki mevcut bir tehdit karşısında nasıl hissettiğini açıklarken, sürekli anksiyete ise kişinin yaşadığı benzer durumlar hakkında genel olarak nasıl hissettiğini ifade etmektedir (Akoğlu, 2020). Anksiyete seviyeleri devamlı

olarak yüksek olan kişilerin durumluk anksiyete düzeylerinin de yüksek seyrettiği söylenir (Türk, 2023).

Anksiyetenin sakin, hafif, orta, şiddetli ve panik anksiyete olmak üzere düzeyleri vardır. Belirli bir düzeydeki korku, bireyi ihtiyaç duyulan şeyi yapmak için harekete geçmeye hazırlayan biyolojik bir uyarıcıdır (Akoğlu, 2020; Daştan, 2022). Şiddetli ve kalıcı olduğunda, bu duygusal durum bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını, yaşam kalitesini ve üretkenliğini etkileyen hastalıklara yol açabilir (Akoğlu, 2020).

Katarakt ameliyatına bağlı anksiyete, teknoloji ve anestezi uygulamalarındaki ilerlemelere rağmen hastaların büyük bir kısmını etkilemektedir (Ramirez vd., 2017). Katarakt cerrahisi hastalarının genel olarak anksiyete nedenleri; cerrahi işlem sırasında uyanık olmak, kör olmak, ameliyat sırasında başını, gözünü hareket ettirmek, cerrahla işbirliği yapamamak, öksürmek, ağrı hissetmek, ameliyat sonrası günlük aktivitelerini yapamamak, örtünün altında kalmak, hastanın eksik bilgilendirilmesi, ameliyat sonrası komplikasyon yaşamaktır (Ates ve Oymaagachio, 2019; Çavdar vd., 2020; Ługowska vd., 2020; Moladoost vd., 2021; Obuchowska ve Konopinska, 2021). Göz cerrahilerindeki kör kalma korkusunun, büyük ameliyatlarda oluşan ölüm korkusuna benzediği düşünülmektedir (Akoğlu, 2020; Obuchowska ve Konopinska, 2021; Türk, 2023).

Hastaların bu süreçte yaşadığı stres ve korku, stres mekanizmasını aktive eder. Bu durum norepinefrin ve epinefrin salınımına neden olarak kalp atım ve solunum hızının artmasına, kan basıncının artmasına, gözbebeğinin genişlemesine, göz içi basıncının artmasına neden olur. Bu tür riskler intraoperatif kanamaya neden olabilir. Aynı zamanda perioperatif süreçte yaşanan stres, ameliyat sırasında istemsiz hareketlere ve koordinasyon kaybına, ağrıya duyarlılığın artmasına, ameliyat sonrası ilaç gereksiniminin artmasına ve ameliyat sonrası tedavi sonuçlarını olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Bu durum iyileşme süresinin uzamasına neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. (Kekecs vd., 2014; Ates ve Oymaagachio, 2019; Akoğlu, 2020; Çavdar vd., 2020; Moladoost vd., 2021; Türk, 2023). Elektif cerrahi esnasında oluşan kaygı ve stresin azaltılması, ameliyat sırasında yaşanabilecek nörohormonal durumların azalmasına, böylece komplikasyonların ve organ fonksiyon bozukluklarının azalmasına neden olur (Okuyay, 2018). Bu nedenle katarakt ameliyatı sırasında ruhsal rahatlık ve uyum, ameliyat sonrası prognoz açısından büyük önem taşımaktadır (Akoğlu, 2020).

Demircan ve arkadaşlarının (2015) katarakt ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yaptığı araştırmada, yüksek anksiyete düzeylerinin ameliyat sırasında uyumun azalmasına ve ameliyat sürelerinin uzamasına neden olduğu ortaya çıktı. Ayrıca araştırmada, anksiyete skoru yüksek olan ve uyumu azalan hastalarda da ameliyat sırasında ağrının arttığı görüldü (Demircan vd., 2015). Ramirez ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları bir çalışmada ise katarakt ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesinde yüksek düzeyde kaygı yaşadıklarını bildirmişlerdir (Ramirez vd., 2017).

Yapılan bazı çalışmalar, katarakt cerrahisinde hastaların yalnız ameliyat sırasında değil, ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde de kaygı ve korku yaşadığını doğrulamaktadır (Korkusuz, 2014; Okyay, 2018). Ameliyat öncesi döneme göre hastalar ameliyat sonrasında daha az kaygı yaşamaktadırlar. Ameliyat öncesinde hastalarda kör olma korkusu yoğunken, ameliyat sonrasındaki kaygı ise ameliyatın sonuçları ile ilgilidir. Ameliyat sonrası dönemde hastaların görme durumunda iyileşme görülmesi kaygı oranlarının azaltmaktadır. Geç dönem, hastaların en az stresli oldukları dönemdir (Obuchowska ve Konopinska, 2021).

Elektif cerrahi esnasında oluşan kaygı ve stresin azaltılması, ameliyat sırasında yaşanabilecek nörohormonal durumların azalmasına, böylece komplikasyonların ve organ fonksiyon bozukluklarının azalmasına neden olur (Okyay, 2018). Hastaların ameliyat olacağını öğrenmesiyle başlayan ve hastaneye yatmasıyla artan anksiyete ve ameliyat korkusu; hastaların hastalığa karşı uyumlarını, tedavinin süresini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkiler (Daştan, 2022). Cerrahi işlemler sırasında hastanın anksiyetesinin en büyük nedenleri hastalık, tanı ve tedavi hakkında bilgi eksikliğidir (Akoğlu, 2020). Hastalarda anksiyete düzeyinin azaltılmasına yönelik birçok yöntem kullanılmaktadır (Okyay, 2018). Hemşire tarafından ameliyat öncesi hasta eğitimi, hastanın kaygısını azaltmada çok etkili olabilir ve onların aktif yaşama daha çabuk dönmelerine ve kaygılarını azaltmalarına yardımcı olabileceği bilinmektedir (Akoğlu, 2020).

İyi bir ameliyat öncesi eğitim, kaygının ve ameliyat sırasında anestezi kullanımının azaltılmasına, stres hormonlarının daha az salınımına, ameliyat sonrası komplikasyonların daha az görülmesine buna bağlı olarak da iyileşme süresinin hızlanmasına yardımcı olur (Karaman Özlü vd., 2016; Parveen vd., 2016; Okyay, 2018; Obuchowska ve Konopinska, 2021; Türk, 2023). Bu nedenle ameliyat olacak hastalarda kaygı düzeylerinin azaltılmasında hemşireler önemli rol oynamaktadır (Ates ve Oymaagaçlıo, 2019).

2.7. Katarakt Cerrahisi ve Hasta Eğitimi

Günübirlik cerrahi; hastanın ameliyat günü eve dönebilmesi, ekonomik olması, ayılma süresinin kısa olması, çapraz enfeksiyon riskinin az olması, hasta memnuniyetinin yüksek olması, ameliyatın ertelenme riskinin az olması, cerrahiye ve anesteziye bağlı komplikasyonların daha az olması, yaşamı daha az kesintiye uğratması, daha az çalışana gerek duyulması, hasta yataklarının boş kalması, organ fonksiyonlarının daha hızlı düzelmesi, erken mobilizasyon sağlanması, hastaların günlük yaşam aktivitelerine hızlı dönmesi, daha az stresli olması yönünden avantajlıdır. Hastaya evde bakım için bir kişiye ihtiyaç duyulması, hemşirenin ameliyat sonrası hastalarla ve aileleriyle geçirdiği sürenin daha kısa olması, etkili bir taburculuk eğitimi gerektirmesi fakat taburculuk eğitimi için yeterli zamanının olmaması, planlanan sürede hastaneden taburcu olunamaması, ameliyat sonrası evde ortaya çıkabilecek komplikasyonların takip edilememesi dezavantajlarıdır (Karahan vd., 2010; Özşaker vd., 2019; Çelebi ve Kanan, 2023) .

Hastaların kısa sürede günübirlik cerrahi ünitesinden evlerine geri gönderilmesi, ameliyat sonrası erken dönemde bakımın sorumluluğunu hasta ve yakınlarına yüklemektedir (Karahan vd., 2010). Taburculuk eğitimini daha önemli hale getiren bu durum hasta ve hasta yakınlarının gereken eğitimi almalarını ve eğitimin sistematik şekilde yerine getirilmesini zorunlu kılmıştır (Çelebi ve Kanan, 2023). Hastalar hastaneden çıktıktan sonra ev ortamında karşılaştıkları zorluklarla baş etmekte zorlanabilmektedirler. Hastaneden taburculuğa iyi hazırlanmayan hastalarda da farklı komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Hastalar ve aileleri ameliyat sonrası ağrı gibi semptomlarla baş edemedikleri zaman kaygı ve stres yaşayabilirler (Karahan vd., 2010).

Günübirlik cerrahi hastaları için ameliyat öncesi hazırlık adımları yatan hastalarla aynıdır (Baskın, 2019). Karahan ve arkadaşlarının (2010) 53 hastayla yaptıkları günübirlik cerrahi hastalarının evde izlemi ile ilgili çalışmasında, hastalar cerrahi hemşiresi tarafından takip formu kullanılarak izlenmiştir. Hastalar taburcu olduktan sonra 24 ve 72. saatlerde ve 7 ile 10. günlerde telefonla aranmış ve yaşanan zorluklar takip formuna kaydedilmiştir. Sonuç olarak, taburculuk sonrasında hastaların en çok merdiven çıkma, yürüme, hareket etme, giyinme, soyunma ve tırmanma gibi günlük aktiviteleri gerçekleştirirken zorlandıkları ortaya çıkmıştır. Hastaların neredeyse tamamı evde kendilerine bakacak birisinin olması nedeniyle daha az zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir (Karahan vd., 2010).

Ameliyat öncesinde verilen eğitim, ameliyat öncesindeki hasta bakımının önemli bir parçasıdır ve en önemli hemşirelik uygulamalarından biridir. Ameliyat öncesi dönemde gerçekleştirilen hasta eğitimi, hastanın ameliyatın her aşamasında neler olacağını bilmesini, fiziksel ve psikolojik olarak kendini daha iyi hissetmesini sağlamakla birlikte, ameliyatın olumlu sonuçlanmasına da katkıda bulunarak yanlış anlamaları giderir ve hastaların bireysel bakımındaki rol ve sorumluluklarını anlamalarına yardımcı olur. Ameliyat öncesi yeterli bilgi verilmeyen hastalarda kaygı, depresyon, geleceğe dair bilinmezlik korkusu, ağrı korkusu, öfke, ameliyat sonrası kişisel bakımlarını yerine getirememe gibi psikolojik sıkıntılar oluşabilmektedir. Bu durum postoperatif komplikasyon riskini arttırmakta ve hastanede kalış süresini arttırmaktadır (Kahraman ve Kurşun, 2022).

İnsanın tüm sistemlerini etkileyen cerrahi girişimler, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanmalara yol açmaktadır. Bu nedenle, hastalar ameliyat sonrasında günlük yaşam aktivitelerini tam bağımsız şekilde yürütememekte ve beslenme, cinsel yaşam, kişisel hijyen, uyku, ilaç kullanımı, egzersiz, günlük alışkanlıklar, ağrı kontrolü vb. alanlarda sorunlar yaşamakta veya bunları yaşayacaklarını düşünmektedirler. Gerekli ve faydalı bilgileri içeren taburculuk planlaması, hastaların evde rahat bir iyileşme dönemi geçirmesine olanak tanır, hastanın problem çözme becerisini, evde bakım kalitesini, hasta memnuniyetini artırır ve plansız tekrar yatışları azaltır (Acar ve Fındık, 2021).

Ameliyat öncesinde yeterli taburculuk eğitimi almayan hastalarda, depresyon, öfke, ameliyat sonrasında bireysel işlevlerini yerine getirememe korkusu ve gelecek belirsizliği gibi birçok fiziksel ve duygusal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca yeterli bilgilendirilmeyen hastalar ameliyat sonrası dönemde daha çok anksiyete yaşarlar bu da ameliyat sonrasında daha çok ağrı hissetmelerine ve gelişebilecek diğer komplikasyonlara daha açık olmalarına neden olur. Ameliyat öncesinde verilen eğitimin amacı, hastayı fiziksel ve zihinsel olarak hazırlamak, gerekli bilgi ve becerileri kazandırmak, ameliyat sonrasında komplikasyon gelişmesini önlemek ve hastanede kalış süresini kısaltmaktır (Kahraman ve Kurşun, 2022).

İyi planlanan bir taburculuk eğitimi, hastaların hastanede kalma süresini kısaltır, hastanede ve evde verilen bakım kalitesini artırır, hasta ve aile memnuniyetini artırır, hastaların kendi sağlıklarının sorumluluğunu almalarını sağlar ve bireylerin normal hayatlarına daha kısa zamanda dönmelerine yardımcı olur (Çelebi, 2015; Mahfouz vd., 2019).

3. MATERYAL VE METOT

Bu bölümde sırasıyla araştırmanın tipi, araştırma hipotezleri, araştırmanın yeri ve zamanı, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama süreci, verilerin değerlendirilmesi, araştırmanın etik yönü, araştırmanın sınırlılıkları, araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeylerine etkisini inceleyen, deney ve kontrol gruplu yarı deneysel tiptedir.

3.2. Araştırma Hipotezleri

H_{0a}: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H_{1a}: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesine etkisi vardır.

H_{0b}: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların günlük yaşam aktivitelerine etkisi yoktur.

H_{1b}: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların günlük yaşam aktivitelerine etkisi vardır.

H_{0c}: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların anksiyete düzeyleri üzerine etkisi yoktur.

H_{1c}: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların anksiyete düzeyleri üzerine etkisi vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Batı Karadeniz bölgesinde bulunan bir devlet hastanesinin Karma Servisinde, 1 Mart 2023 - 1 Temmuz 2023 tarihleri arasında katarakt cerrahisi hastalarıyla yapıldı. Çalışmanın yapıldığı Karma Servisi ise 25 yataklıdır. Karma servisinde, göz cerrahisi hastalarının haricinde ortopedi hastaları da yatmaktadır. Bu serviste, sorumlu hemşire ile birlikte 14 hemşire ve 5 hekim görev yapmaktadır. Gündüz mesailerinde 6 hemşire, gece nöbetlerinde ise 2 hemşire çalışmaktadır. Katarakt cerrahisi olacak hastaların yatışları ameliyat günü sabah yapılmakta ve hastalar aynı gün içinde taburcu edilmektedir. Hastalara standart taburculuk bilgilendirilmesi, ameliyat sonrası servis hemşireleri tarafından verilmektedir. Bu bilgiler hastalara sözel olarak anlatılıp, broşür şeklinde de taburcu olurken verilmektedir. Bu klinikte aynı zamanda kemik kırıkları, diz protezi ameliyatları, blefaroplasti, YAG lazer uygulaması gibi farklı cerrahi işlemler uygulanmaktadır. Hasta odaları iki kişiliktir ve her hastanın yanında bir refakatçi kalabilecek şekilde düzenlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Batı Karadeniz bölgesinde bulunan bir devlet hastanesinin Karma Servisinde, araştırma kriterlerini sağlayan 153 hasta oluşturdu. Çalışmaya dahil edilen hastalar, deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrıldı. G*Power'da yapılan hesaplamada, $\alpha=0,05$, etki büyüklüğü 0,5 ve % 80 güç ile örneklemin en az 128 hastadan oluşması gerektiği belirlendi (Gülşen, 2018). Hastaların ameliyat/taburculuk tarihinde vb. değişiklikler nedeniyle 25 hastada veri kaybı yaşandı ve bu nedenlerden dolayı bu hastalar araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Araştırmanın örneklemini 1 Mart 2023 – 1 Temmuz 2023 tarihleri arasında katarakt cerrahisi geçirmiş olan 128 hasta (deney grubu=64, kontrol grubu=64) oluşturdu.

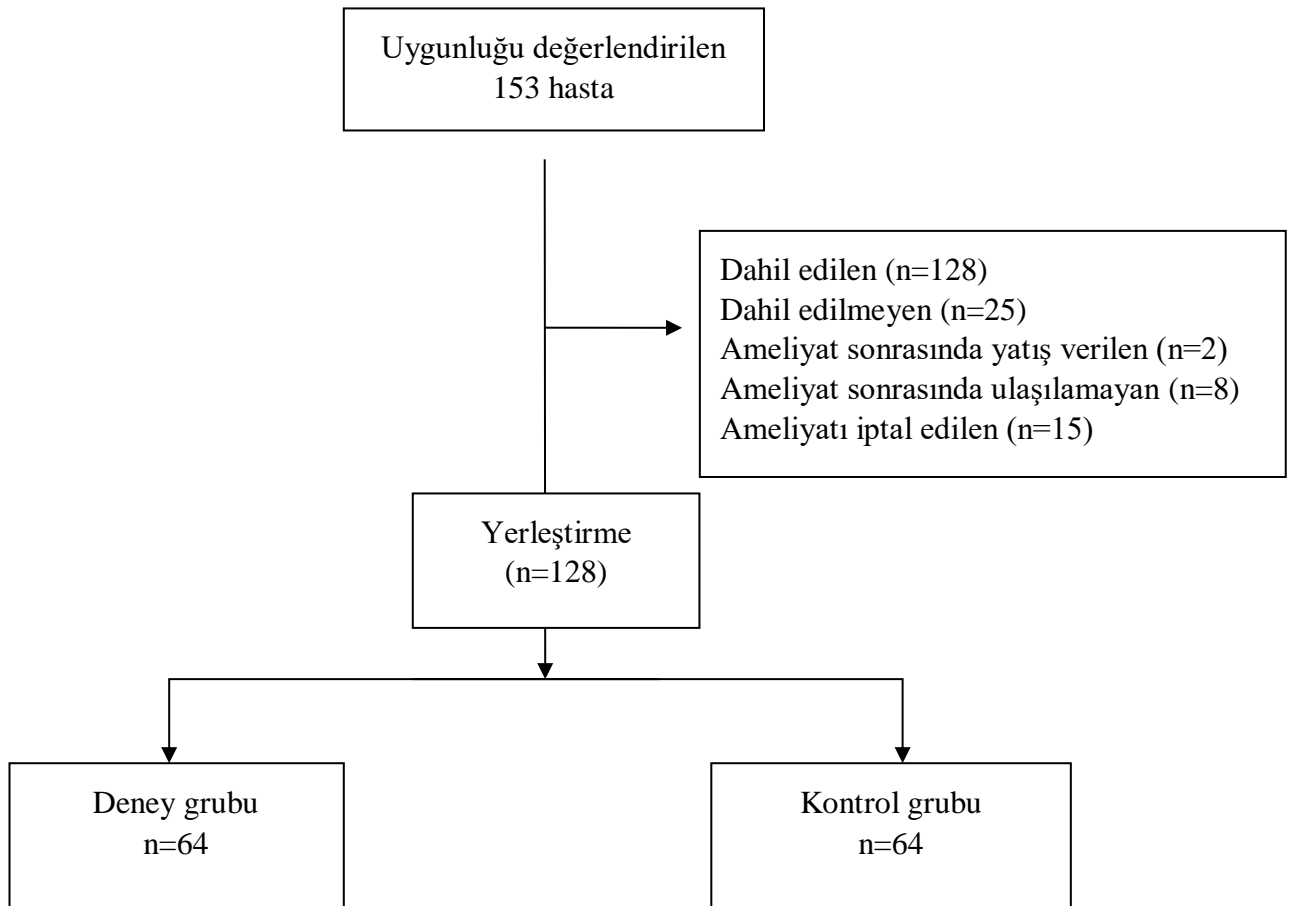
Dahil Edilme Kriterleri:

Deney ve kontrol grubuna alınan hastaları; katarakt ameliyatı olmak üzere karma servise yatışı yapılan ve ameliyat öncesi dönemde bulunan, lokal anestezi uygulanması planlanan, 18-80 yaş arası, katarakt dışında görmeyi engelleyecek herhangi bir göz hastalığı olmayan, daha önce katarakt ameliyatı geçirmemiş olan, işitme problemleri olmayan, araştırmaya

katılmaya gönüllü, bilinci açık ve iletişim kurabilen, okuma-yazma bilen, gününbirlik cerrahi geçiren hastalar oluşturdu.

Dahil Edilmeme Kriterleri:

Gönüllü onam formunu onaylamayan, araştırmanın herhangi bir sürecinde araştırmadan ayrılmak isteyen, iletişim kurulamayan, işitme problemi olan, okuma-yazma bilmeyen, 18 yaş altı ve 80 yaş üstü, katarakt dışında görmeyi engelleyecek herhangi bir göz hastalığı olan, daha önce katarakt ameliyatı geçirmiş olan, genel anestezi ile katarakt cerrahisi yapılan, günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek hareket kısıtlılığı olan, alzheimer ve demans gibi sağlık sorunları olan, ameliyat sonrası en az bir günlük yatış verilen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.



Şekil 3.1: Araştırmanın CONSORT diyagramı

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Demografik Bilgi Formu, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve deney grubu için Eğitim Değerlendirme Formu kullanıldı.

3.5.1 Demografik Bilgi Formu

Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin Demografik Bilgi Formu, ameliyattan önce hastalarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Literatür taranarak oluşturulan bu form, hastaların tanıtıcı bilgilerini (yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, meslek, eğitim durumu vb.) ve geçmiş hastalık/ameliyat öyküsünü değerlendiren (kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olup olmadığı, kullandığı ilaçlar vb.) 21 sorudan oluşmaktadır (Oymağaçlıo, 2017; Gülşen, 2018; Meşe, 2018).

3.5.2 Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger ve arkadaşları tarafından, 1970 yılında geliştirilen ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlığı ve güvenilirliği, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,86 ile 0,92 arasında, Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,83 ile 0,92 arasında bulunmuştur (Öner ve Le Comte, 1983). Bu araştırmada ölçeklerin cronbach alfa değerleri aşağıdaki gibidir (Tablo 3.1):

Tablo 3.1: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği cronbach alfa değerleri

Ölçek	Cronbach α		
	Ön test	Ara test	Son test
Durumluk Kaygı Ölçeği	0,943	0,912	0,902
Sürekli Kaygı Ölçeği	0,536	-	-

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği; 20 soru durumluk anksiyeteyi içeren, 20 soru sürekli anksiyeteyi içeren toplam 40 maddeden oluşan dörtlü likert tipi ölçektir (Ekim Yıldız, 2023). Ölçekler doğrudan ve ters ifadeleri içermektedir. Olumlu duygu içeren cümleler doğrudan ifadeleri, olumsuz duygu içeren cümleler ise ters ifadeleri temsil

etmektedir. Olumlu duyguları içeren ölçek maddelerini puanlarken “1” puan “4” puan şeklinde; “4” puan ise “1” puan şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz duyguları içeren ölçek maddelerinden “4” puan yüksek kaygıyı ifade etmektedir. Olumlu duyguları içeren ölçek maddelerinden alınan “1” puan yüksek kaygıyı, “4” puanı ise düşük kaygıyı ifade etmektedir (Öner ve Le Compte, 1983).

Durumluk Kaygı Ölçeği, kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlemek amacıyla kullanılır. Durumluk kaygı ölçeğinde cevaplar 4 başlıkta (hiç, biraz, çok, tamamıyla) değerlendirilmiştir (Ekim Yıldız, 2023). Durumluk Kaygı Ölçeği’nde tersine dönmüş ifadeler sırayla 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir ve toplamda 10 adettir (Öner ve Le Compte, 1983).

Sürekli Kaygı Ölçeği ise, kişinin içinde bulunmuş olduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirlemek amacıyla kullanılır. Sürekli kaygı ölçeğinde de cevaplar 4 başlıkta (hiçbir zaman, bazen, çok zaman, hemen her zaman) değerlendirilir (Ekim Yıldız, 2023). Sürekli Kaygı Ölçeği’nde tersine dönmüş ifadeler sırayla 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddelerdir ve toplamda 7 adettir (Öner ve Le Compte, 1983).

Her iki ölçekten alınan puanlar 20 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçeklerden alınan puanların toplamı 0-19 arası ise kaygının olmadığını, 20-39 puan arası ise hafif düzeyde kaygıyı, 40-59 puan arası ise orta kaygıyı, 60-79 puan arası ise ağır kaygıyı, 80 ve üzeri ise panik olarak değerlendirilir (Ekim Yıldız, 2023).

3.5.3 Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Nottingham Genişletilmiş Günlük Aktiviteleri Ölçeği, başlangıçta inmeli hastalar için İngiltere’de tasarlanan bir ölçektir. Ayrıca obstrüktif akciğer hastalığı, kalp yetmezliği, multipl skleroz ve total kalça protezi gibi birçok hasta grubunda ve yaşlıların değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Ölçeğin Şahin ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek dört alt bölümden oluşmaktadır; hareket (6 madde), mutfak (5 madde), ev işleri (5 madde) ve boş zaman aktiviteleri (6 madde)’dir. Sorular 0 ile 3 puan arasında değişen puanlar verilir ve her bir alt bölümün puanlaması tamamlanır: 0 (hiç yapamıyorum), 1 (yardım alarak yapıyorum), 2 (tek başıma zorlanarak yapıyorum), 3 (tek başıma kolayca yapıyorum).

Her alt bölümün toplam puanları 0-66 puan arasında değişmektedir. Düşük puanlar günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılığın artışı göstermektedir. Nottingham Genişletilmiş Günlük Aktivite Ölçeği'nin iç tutarlılığını ölçmede kullanılan cronbach α değeri alt gruplar için 0,84-0,93 arasında değişirken toplam skor için 0,97 olarak belirtilmiş, test – tekrar test etme güvenilirliğini ölçmede kullanılan sınıf içi korelasyon katsayısı da toplam skor için 0,97 olarak bulunmuştur (Şahin vd., 2008). Bu araştırmada ölçeğin cronbach alfa değerleri aşağıdaki gibidir (Tablo 3.2):

Tablo 3.2: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği cronbach alfa değerleri

Ölçek	Cronbach α		
	Ön test	Ara test	Son test
Hareketlilik	0,800	0,800	0,800
Mutfak	-	0,782	-
Ev İşleri	0,927	0,903	0,743
Aktivite	0,748	0,798	0,648
Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	0,849	0,842	0,838

3.5.4 Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25)

Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25), görme işlevi bozukluğu olan tüm yaş gruplarındaki hastalarda kullanılabilen bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek, Mangione ve arkadaşları tarafından 1998'de, kronik görme bozukluğu olan insanlar için geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2005'te, Toprak ve arkadaşları tarafından, 61 hasta ile yapılmıştır. Ölçek, toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Ölçek; genel sağlık, genel görme, göz ağrısı, yakın görme, uzak görme, görmeye bağlı sosyal etkileşim, görmeye bağlı ruhsal sağlık, görmeye bağlı rol güçlükleri, görmeye bağlı başkalarına bağımlılık, araba kullanma, renkli görme, periferik görme olmak üzere 12 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçekten alınan puanlar 0 ile 100 arasındadır ve yüksek puan alınması görmeye bağlı yaşam kalitesinin arttığını ifade etmektedir (Toprak vd., 2005; Huri vd., 2013). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,97 olarak saptanmıştır (Toprak vd., 2005; Kılıç, 2018). Bu araştırmada ölçeğin cronbach alfa değeri aşağıdaki gibidir (Tablo 3.3):

Tablo 3.3: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) cronbach alfa değerleri

Ölçek	Cronbach α		
	Ön test	Ara test	Son test
Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25)	0,967	0,962	0,936

3.5.5 Eğitim Kitapçığı

Bu çalışmada; katarakt nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan deney grubundaki hastalara kolay ulaşılabilir, etkili ve uygun maliyetli bir yöntem olması nedeniyle taburculuk eğitiminde kullanılmak üzere ilgili literatür doğrultusunda Eğitim Kitapçığı geliştirildi. Kitapçık; gözün yapısı, kataraktın gelişimi, kataraktın sebepleri, kataraktın belirtileri, kataraktın teşhisi, kataraktın tedavisi, katarakt cerrahisi, katarakt cerrahisi riskleri, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönem, ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenler vb. konuları içermektedir.

3.5.6 Eğitim Kitapçığının Değerlendirilmesi

Hazırlanan eğitim kitapçığı, 3 uzman (1 Göz Hastalıkları Uzmanı, 2 Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Doktor Öğretim Üyesi) tarafından birbirlerinden bağımsız şekilde incelenip gerekli düzeltmeler yapıldı. Eğitim kitapçığının güvenilirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri (Quality Criteria for Consumer Health Information-DISCERN), uygunluğunun değerlendirilmesinde ise “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formu kullanıldı.

3.5.6.1 Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu

Doak ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen, eğitim materyallerinin okuryazarlık yönünden uygunluğunu değerlendirmek amacı ile sağlık kurumlarında hastalara yönelik kullanılan bir formdur. Ülkemizde ilk kez Demir ve arkadaşları (2008) ile Gökdoğan ve arkadaşları (2003) tarafından kullanılmıştır. Bu form, içerik (4 soru), okur-yazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo ve liste (5 soru), plan ve tipi (8 soru), öğrenme ve motivasyon (3 soru), kültürel uygunluk (2 soru) olmak üzere altı bölüm ve toplamda 27 sorudan oluşmaktadır. Form, maddelerin uygunluğuna göre evet (1 puan), hayır (0 puan) verilerek toplamda 1 ile 27 puan arasında değerlendirilmektedir. Formdan yüksek bir puan alınması,

eğitim materyalinin okunabilirlik derecesinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Doak ve Meade, 1996).

Bu çalışmada kullanılan kitapçık  uzmanın değerlendirmesi sonucunda, Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu'na göre en düşük 17, en yüksek 20 puan aldı. Ortalama 18,66 puan alan eğitim materyalinin okunabilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5.6.2 DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information)

Eğitim materyalinin güvenirliğinin ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla, Charnock ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olup, Gökdoğan ve arkadaşları (2003) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçek, toplamda 16 maddeden oluşmaktadır (Gökdoğan vd., 2003). Ölçek, güvenilirlik (1-8), tedavi seçenekleri (9-15) ve genel puan (16. soru) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (Alptekin vd., 2023). Her bir sorudan alınan 5 puan eğitim materyalinin uygun olduğunu, 1 puan ise eğitim materyalinin uygun olmadığını göstermektedir (Gökdoğan vd., 2003). Alınan toplam puan 16-26 arası ise çok zayıf, 27-38 arası ise zayıf, 39-50 arası ise orta, 51-62 arası ise iyi ve son olarak 63-80 arası ise mkemmел olduğu anlamına gelmektedir (Alptekin vd., 2023).

Bu çalışmada kullanılan kitapçık  uzmanın değerlendirmesi sonucunda, DISCERN sonuçlarına göre en düşük 67, en yüksek 80 puan almıştır. Ortalama 74 puan alan eğitim materyalinin bilgi kalitesinin mkemmел olduğunu göstermektedir.

3.5.7 Eğitim Değerlendirme Formu

Konu ile ilişkili literatür doğrultusunda geliştirilen eğitim değerlendirme formu, katarakt cerrahisi sürecinde verilen eğitime ilişkin hastaların düşüncelerini belirlemek amacıyla hazırlandı. Eğitim Değerlendirme Formu 6 sorudan oluşmaktadır ve en düşük 1 puan (Katılmıyorum) ve en yüksek 5 puan (Katılıyorum) şeklinde puanlama yapılmakta olup, hastaların toplamda aldığı en düşük puan 6, en yüksek puan 30'dur. Formdan alınan puanın düşük olması hastanın eğitim hakkında olumsuz düşüncelerinin fazla olduğunu; puanın yüksek olması, hastanın eğitim hakkında olumlu düşüncelerinin fazla olduğunu ve aldığı eğitimden memnun kaldığını göstermektedir (URL-1, 2023; URL-2, 2023; URL-3, 2023;

URL-4, 2023; URL-5, 2023). Bu çalışmada kullanılan Eğitim Değerlendirme Formu sonuçlarına göre en düşük 22, en yüksek 30 puan almıştır. Ortalama 27,89 puan alınması hastaların aldığı eğitimden memnun kaldığını göstermektedir.

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırma kriterlerine uyan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar, kontrol grubu ve deney grubu şeklinde iki gruba ayrıldı. Katarakt ameliyatı gününbirlik cerrahi girişim olarak yapılması nedeniyle tüm hastalar aynı bekleme salonunda beklemektedirler. Hasta etkileşimleri araştırma sürecini olumsuz etkileyebileceği ön görüşü ile randomizasyon yapılmadan, önce deney grubundaki hastaların verileri tamamlanmış ardından kontrol grubundaki hastaların verileri tamamlanmıştır.

1. Görüşme (Ameliyat Öncesi Dönem)

Ameliyat öncesi yatışı yapılan ve hasta bekleme salonuna alınan deney grubu hastalara; Demografik Bilgi Formu, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) dolduruldu. Servisteki odalarına alınan deney grubundaki hastalara, araştırmacı tarafından ameliyattan önce eğitim kitapçığı yoluyla taburculuk eğitimi verildi ve sonrasında Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği dolduruldu. Hastalara verilen taburculuk eğitimi yaklaşık olarak 15-20 dakika sürdü. Hazırlanan eğitim kitapçığı taburcu olurken hastalara verildi. Deney grubundaki hastalara hemşireler tarafından herhangi bir müdahale yapılmadı.

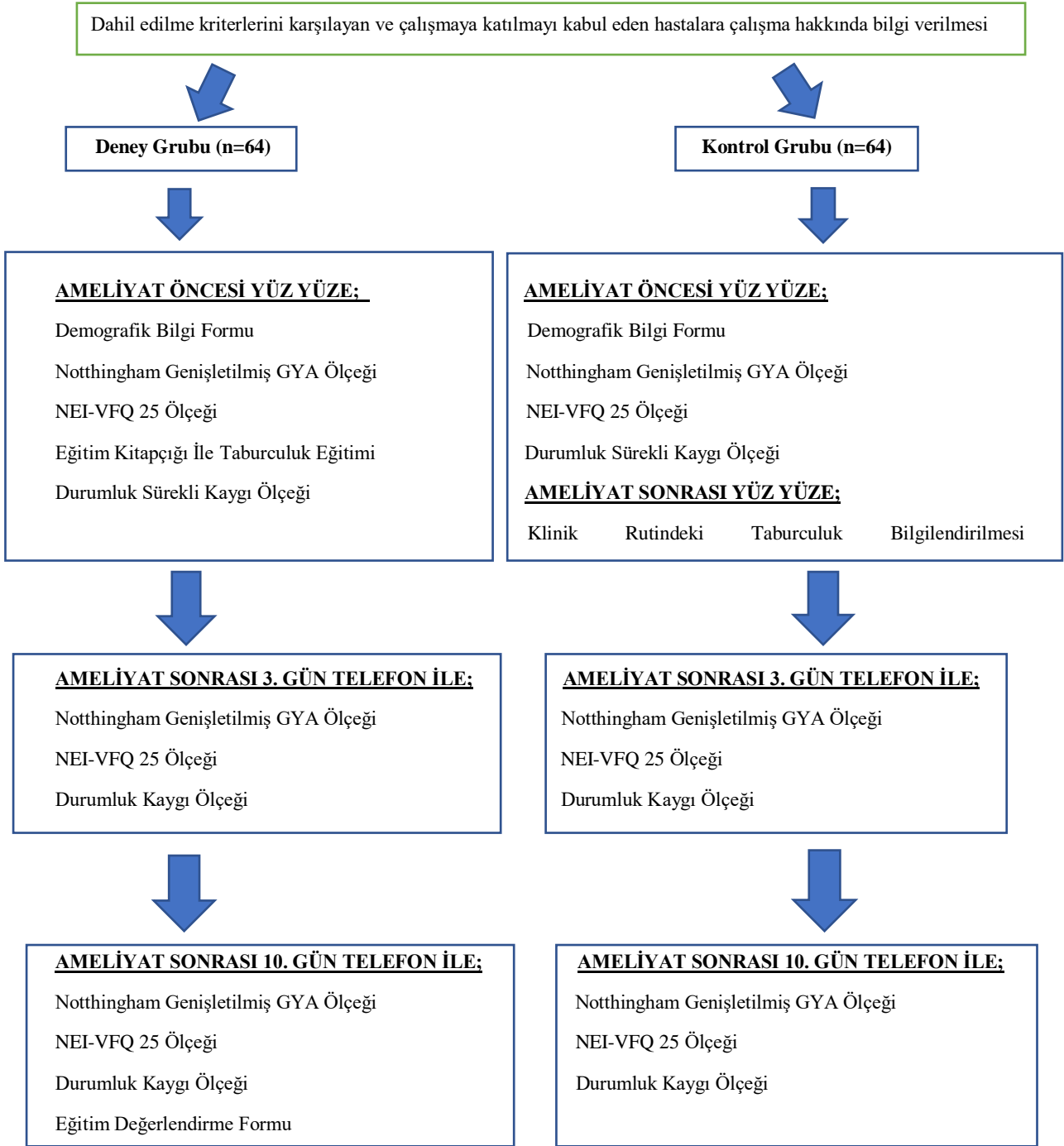
Ameliyat öncesi yatışı yapılan ve hasta bekleme salonuna alınan kontrol grubu hastalara; Demografik Bilgi Formu, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği dolduruldu. Taburculuğu planlanan kontrol grubu hastalara, servis hemşireleri tarafından ameliyat sonrası klinik rutindeki taburculuk bilgilendirilmesi yapıldı. Kontrol grubundaki hastalara araştırmacı tarafından herhangi bir müdahale yapılmadı.

2. Görüşme (Ameliyat Sonrası 3. Gün)

Deney ve kontrol grubu hastalar ameliyat sonrası 3. gün telefon ile aranarak, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25), Durumluk Kaygı Ölçeği'nin 2. değerlendirmeleri yapıldı.

3. Görüşme (Ameliyat Sonrası 10. Gün)

Deney ve kontrol grubu hastalar ameliyat sonrası 10. gün telefon ile aranarak, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25), Durumluk Kaygı Ölçeği'nin 3. değerlendirmeleri yapıldı. Ayrıca deney grubunda olan hastaların aldıkları eğitimi değerlendirmeleri amacıyla Eğitim Değerlendirme Formu dolduruldu.



Şekil 3.2: Araştırmanın akış şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanıldı. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları (± 2) ile hesaplandı. Anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Tablo 3.4: Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Üçlü grupların grup içi karşılaştırmalarında	Bağımlı Gruplarda Varyans Analizi (İleri analiz olarak LSD testi kullanıldı).	Friedman Analizi (İleri analiz olarak Will Coxon testi kullanıldı).
İç Geçerlilik Verilerin normallik dağılımı	Cronbach α kat sayısı Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.5'te sunulmuştur.

Tablo 3.5: Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Yaş	128	-0,742	0,214	0,986	0,425
BKİ	128	0,599	0,214	0,047	0,425
Çocuk sayısı	125	0,486	0,217	-0,045	0,430
Ameliyat Öncesi Genel sağlık	128	-0,328	0,214	-0,376	0,425
3. Gün Genel Sağlık	128	-0,328	0,214	-0,376	0,425
10. Gün Genel Sağlık	128	-0,337	0,214	-0,408	0,425
Ameliyat Öncesi Genel Görme	128	-0,263	0,214	1,483	0,425
3. Gün Genel Görme	128	-0,563	0,214	0,918	0,425
10. Gün Genel Görme	128	-0,818	0,214	0,673	0,425
Ameliyat Öncesi Göz Ağrısı	128	0,289	0,214	-0,704	0,425
3. Gün Göz Ağrısı	128	-0,117	0,214	-1,011	0,425
10. Gün Göz Ağrısı	128	-1,344	0,214	-0,053	0,425
Ameliyat Öncesi Yakın Aktivite	128	-0,029	0,214	0,500	0,425
3. Gün Yakın Aktivite	128	-0,337	0,214	-0,270	0,425
10. Gün Yakın Aktivite	128	-0,757	0,214	-0,240	0,425
Ameliyat Öncesi Uzak Aktivite	128	0,528	0,214	1,247	0,425
3. Gün Uzak Aktivite*	128	0,254	0,214	2,483	0,425
10. Gün Uzak Aktivite*	128	0,254	0,214	2,483	0,425
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	128	-0,218	0,214	-0,268	0,425
3. Gün Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	128	-0,176	0,214	-0,019	0,425
10. Gün Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	128	-1,451	0,214	1,070	0,425
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	128	-0,129	0,214	0,700	0,425
3. Gün Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	128	-0,566	0,214	1,025	0,425
10. Gün Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	128	-0,756	0,214	0,003	0,425

Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	128	-0,947	0,214	1,833	0,425
3. Gün Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	128	-0,863	0,214	0,795	0,425
10. Gün Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	128	-1,121	0,214	0,958	0,425
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	128	-0,720	0,214	0,222	0,425
3. Gün Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	128	-0,353	0,214	1,818	0,425
10. Gün Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	128	-0,768	0,214	-0,361	0,425
Ameliyat Öncesi Araba Kullanma	0				
3. Gün Araba Kullanma	0				
10. Gün Araba Kullanma	0				
Ameliyat Öncesi Renkli Görme	128	-0,091	0,214	-0,882	0,425
3. Gün Renkli Görme	128	-0,270	0,214	-0,159	0,425
10. Gün Renkli Görme*	128	-1,881	0,214	2,481	0,425
Ameliyat Öncesi Periferik Görme	128	-0,232	0,214	-0,225	0,425
3. Gün Periferik Görme	128	-0,176	0,214	-0,019	0,425
10. Gün Periferik Görme	128	-1,451	0,214	1,070	0,425
Ameliyat Öncesi Yaşam Kalitesi	128	-0,355	0,214	0,261	0,425
3. Gün Yaşam Kalitesi	128	-0,622	0,214	0,500	0,425
10. Gün Yaşam Kalitesi	128	-1,029	0,214	0,741	0,425
Ameliyat Öncesi Hareket*	128	-0,127	0,214	-2,016	0,425
3. Gün Hareket*	128	-0,159	0,214	-2,006	0,425
10. Gün Hareket*	128	-4,338	0,214	17,089	0,425
Ameliyat Öncesi Mutfak*	128	-4,338	0,214	17,089	0,425
3. Gün Mutfak*	128	11,314	0,214	128,000	0,425
10. Gün Mutfak*	128	-4,338	0,214	17,089	0,425
Ameliyat Öncesi Ev İşleri*	128	-4,250	0,214	16,690	0,425
3. Gün Ev İşleri*	128	11,314	0,214	128,000	0,425
10. Gün Ev İşleri	128	-1,111	0,214	1,856	0,425
Ameliyat Öncesi Boş Zaman Aktivitesi	128	-0,270	0,214	1,187	0,425
3. Gün Boş Zaman Aktivitesi	128	-0,290	0,214	-0,414	0,425
10. Gün Boş Zaman Aktivitesi	128	-0,006	0,214	0,181	0,425
Ameliyat Öncesi Günlük Yaşam Aktiviteleri*	128	-1,228	0,214	2,729	0,425
3. Gün Günlük Yaşam Aktiviteleri*	128	1,263	0,214	7,013	0,425
10. Gün Günlük Yaşam Aktiviteleri*	128	-1,300	0,214	3,017	0,425
Ameliyat Öncesi Durumluluk Anksiyete	128	-0,102	0,214	-1,501	0,425
Ameliyat Öncesi Sürekli Anksiyete*	128	1,327	0,214	5,217	0,425
3. Gün Durumluluk Anksiyete	127	0,157	0,215	-0,693	0,427
10. Gün Durumluluk Anksiyete	128	1,021	0,214	0,220	0,425

* Normal dağılmayan verilerdir.

Tablo 3.6: Deney grubunda yer alan sürekli değişkenlere ait grup içi normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler		Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
Deney Grubu	n	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Ameliyat Öncesi Genel sağlık	64	-0,126	0,299	-0,636	0,590
3. Gün Genel Sağlık	64	-0,126	0,299	-0,636	0,590
10. Gün Genel Sağlık	64	-0,126	0,299	-0,636	0,590
Ameliyat Öncesi Genel Görme	64	-0,605	0,299	2,733	0,590
3. Gün Genel Görme	64	-0,871	0,299	2,807	0,590
10. Gün Genel Görme	64	-1,317	0,299	2,772	0,590
Ameliyat Öncesi Göz Ağrısı	64	0,206	0,299	-0,603	0,590
3. Gün Göz Ağrısı	64	-0,419	0,299	-0,616	0,590
10. Gün Göz Ağrısı*	64	-2,564	0,299	4,719	0,590
Ameliyat Öncesi Yakın Aktivite	64	-0,190	0,299	0,968	0,590
3. Gün Yakın Aktivite	64	-0,288	0,299	0,063	0,590
10. Gün Yakın Aktivite	64	-0,944	0,299	0,007	0,590
Ameliyat Öncesi Uzak Aktivite*	64	1,196	0,299	3,371	0,590
3. Gün Uzak Aktivite*	64	0,778	0,299	3,048	0,590
10. Gün Uzak Aktivite*	64	0,778	0,299	3,048	0,590
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	64	-0,344	0,299	0,015	0,590
3. Gün Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	64	-0,404	0,299	0,899	0,590
10. Gün Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	64	-1,642	0,299	1,801	0,590
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	64	-0,197	0,299	1,424	0,590
3. Gün Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık*	64	-0,704	0,299	2,081	0,590
10. Gün Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	64	-0,974	0,299	0,457	0,590
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	64	-1,025	0,299	1,871	0,590
3. Gün Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	64	-0,856	0,299	0,948	0,590
10. Gün Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	64	-1,374	0,299	1,539	0,590
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	64	-0,768	0,299	0,222	0,590
3. Gün Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık*	64	-0,564	0,299	2,276	0,590
10. Gün Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	64	-1,021	0,299	0,056	0,590
Ameliyat Öncesi Araba Kullanma	0				
3. Gün Araba Kullanma	0				
10. Gün Araba Kullanma	0				
Ameliyat Öncesi Renkli Görme	64	0,089	0,299	-0,831	0,590
3. Gün Renkli Görme	64	-0,430	0,299	1,101	0,590
10. Gün Renkli Görme*	64	-2,231	0,299	4,489	0,590
Ameliyat Öncesi Periferik Görme	64	-0,344	0,299	0,015	0,590
3. Gün Periferik Görme	64	-0,404	0,299	0,899	0,590
10. Gün Periferik Görme	64	-1,642	0,299	1,801	0,590
Ameliyat Öncesi Yaşam Kalitesi	64	-0,415	0,299	0,460	0,590

3. Gün Yaşam Kalitesi	64	-0,726	0,299	1,446	0,590
10. Gün Yaşam Kalitesi	64	-1,229	0,299	1,651	0,590
Ameliyat Öncesi Hareket*	64	-0,064	0,299	-2,061	0,590
3. Gün Hareket*	64	-0,064	0,299	-2,061	0,590
10. Gün Hareket*	64	-3,702	0,299	12,082	0,590
Ameliyat Öncesi Mutfak*	64	-3,702	0,299	12,082	0,590
3. Gün Mutfak	64
10. Gün Mutfak*	64	-3,702	0,299	12,082	0,590
Ameliyat Öncesi Ev İşleri*	64	-3,702	0,299	12,082	0,590
3. Gün Ev İşleri	64
10. Gün Ev İşleri*	64	-1,387	0,299	2,119	0,590
Ameliyat Öncesi Boş Zaman Aktivitesi	64	-0,267	0,299	1,994	0,590
3. Gün Boş Zaman Aktivitesi	64	-0,255	0,299	-0,239	0,590
10. Gün Boş Zaman Aktivitesi	64	-0,382	0,299	0,572	0,590
Ameliyat Öncesi Günlük Yaşam Aktiviteleri*	64	-1,331	0,299	2,902	0,590
3. Gün Günlük Yaşam Aktiviteleri	64	-0,178	0,299	-1,205	0,590
10. Gün Günlük Yaşam Aktiviteleri*	64	-1,612	0,299	3,490	0,590
Ameliyat Öncesi Durumluluk Anksiyete	64	0,349	0,299	-1,249	0,590
Ameliyat Öncesi Sürekli Anksiyete	64	0,326	0,299	-0,593	0,590
3. Gün Durumluluk Anksiyete	63	0,932	0,302	1,133	0,595
10. Gün Durumluluk Anksiyete*	64	2,134	0,299	4,254	0,590
Kontrol Grubu	n	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Ameliyat Öncesi Genel sağlık	64	-0,537	0,299	0,234	0,590
3. Gün Genel Sağlık	64	-0,537	0,299	0,234	0,590
10. Gün Genel Sağlık	64	-0,562	0,299	0,181	0,590
Ameliyat Öncesi Genel Görme	64	0,046	0,299	0,298	0,590
3. Gün Genel Görme	64	-0,339	0,299	-0,634	0,590
10. Gün Genel Görme	64	-0,393	0,299	-0,624	0,590
Ameliyat Öncesi Göz Ağrısı	64	0,335	0,299	-0,818	0,590
3. Gün Göz Ağrısı	64	0,253	0,299	-0,920	0,590
10. Gün Göz Ağrısı	64	-0,703	0,299	-1,383	0,590
Ameliyat Öncesi Yakın Aktivite	64	0,022	0,299	0,193	0,590
3. Gün Yakın Aktivite	64	-0,353	0,299	-0,564	0,590
10. Gün Yakın Aktivite	64	-0,615	0,299	-0,287	0,590
Ameliyat Öncesi Uzak Aktivite	64	-0,208	0,299	-0,899	0,590
3. Gün Uzak Aktivite	64	-0,587	0,299	1,090	0,590
10. Gün Uzak Aktivite	64	-0,587	0,299	1,090	0,590
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	64	-0,262	0,299	-0,463	0,590
3. Gün Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	64	-0,115	0,299	-0,554	0,590
10. Gün Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	64	-1,313	0,299	0,649	0,590
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	64	-0,178	0,299	0,362	0,590
3. Gün Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	64	-0,448	0,299	0,395	0,590
10. Gün Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	64	-0,586	0,299	-0,154	0,590
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri*	64	-0,941	0,299	2,123	0,590

3. Gün Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	64	-0,940	0,299	0,813	0,590
10. Gün Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	64	-0,940	0,299	0,813	0,590
Ameliyat Öncesi Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	64	-0,686	0,299	0,306	0,590
3. Gün Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	64	-0,272	0,299	1,453	0,590
10. Gün Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	64	-0,572	0,299	-0,492	0,590
Ameliyat Öncesi Araba Kullanma	0				
3. Gün Araba Kullanma	0				
10. Gün Araba Kullanma	0				
Ameliyat Öncesi Renkli Görme	64	-0,287	0,299	-0,759	0,590
3. Gün Renkli Görme	64	-0,209	0,299	-0,962	0,590
10. Gün Renkli Görme	64	-1,511	0,299	0,293	0,590
Ameliyat Öncesi Periferik Görme	64	-0,267	0,299	-0,385	0,590
3. Gün Periferik Görme	64	-0,115	0,299	-0,554	0,590
10. Gün Periferik Görme	64	-1,313	0,299	0,649	0,590
Ameliyat Öncesi Yaşam Kalitesi	64	-0,376	0,299	0,220	0,590
3. Gün Yaşam Kalitesi	64	-0,531	0,299	-0,098	0,590
10. Gün Yaşam Kalitesi	64	-0,882	0,299	0,191	0,590
Ameliyat Öncesi Hareket*	64	-0,193	0,299	-2,027	0,590
3. Gün Hareket	64	-0,258	0,299	-1,997	0,590
10. Gün Hareket*	64	-5,518	0,299	29,369	0,590
Ameliyat Öncesi Mutfak*	64	-5,518	0,299	29,369	0,590
3. Gün Mutfak*	64	8,000	0,299	64,000	0,590
10. Gün Mutfak*	64	-5,518	0,299	29,369	0,590
Ameliyat Öncesi Ev İşleri*	64	-5,208	0,299	27,515	0,590
3. Gün Ev İşleri*	64	8,000	0,299	64,000	0,590
10. Gün Ev İşleri*	64	-0,879	0,299	2,223	0,590
Ameliyat Öncesi Boş Zaman Aktivitesi	64	-0,333	0,299	0,840	0,590
3. Gün Boş Zaman Aktivitesi	64	-0,311	0,299	-0,614	0,590
10. Gün Boş Zaman Aktivitesi	64	0,482	0,299	-0,188	0,590
Ameliyat Öncesi Günlük Yaşam Aktiviteleri*	64	-1,132	0,299	2,721	0,590
3. Gün Günlük Yaşam Aktiviteleri*	64	2,006	0,299	10,300	0,590
10. Gün Günlük Yaşam Aktiviteleri	64	-0,833	0,299	2,368	0,590
Ameliyat Öncesi Durumluluk Anksiyete	64	-0,678	0,299	-1,057	0,590
Ameliyat Öncesi Sürekli Anksiyete*	64	2,536	0,299	13,360	0,590
3. Gün Durumluluk Anksiyete	64	-0,392	0,299	0,019	0,590
10. Gün Durumluluk Anksiyete	64	0,578	0,299	-0,208	0,590

* Normal dağılmayan verilerdir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Bartın Üniversitesi Rektörlüğü Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan (2023-SBB-0122) etik izin alındı (EK 10). Araştırmanın uygulanabilmesi için araştırmanın yapıldığı devlet hastanesinin Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğünden ve

Başhekimlikten kurum izni alındı (EK 11). Devlet Hastanesinin Karma servisinde çalışan hekim ve hemşirelere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra sözlü onayları alındı. Veri toplama sürecinin tüm aşamalarında etik ilkelere bağlı kalındı. Hastalara araştırmanın amacı ve araştırmadan elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklandıktan sonra gönüllü onam formu imzalatıldı (EK 1). “Gizliliğin Korunma İlkesi” uyarınca araştırmaya dahil edilen hastaların kişisel bilgileri paylaşılmadı. Aynı zamanda, araştırma hakkında bilgi edinmek isteyen hasta yakınlarına da gerekli bilgiler verildi. Kullanılan ölçeklerin sahiplerinden kullanım izinleri alındı (EK 12). Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) için Prof. Dr. Ahmet Barış TOPRAK’tan, Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği için Prof. Dr. Füsün ŞAHİN’den, Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi ve DISCERN için Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN’dan email yoluyla kullanım izni alındı (EK 12).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Taburculuk sonrası hasta izlemindeki farklılıklar nedeniyle hastalarla ameliyat öncesinde yüz yüze, ameliyat sonrası telefon ile görüşme yapılması bir sınırlılıktır. Taburculuk sonrası telefon ile hasta izlemi yapılması; iletişim problemleri, yanlış anlaşılma gibi olasılıkları nedenleriyle bir sınırlılıktır. Ameliyat öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesine yönelik bir çalışma ile karşılaştırılamaması, tartışma bölümü yazılırken sınırlılığa neden olmuştur. Araştırmanın verileri sadece bir hastanenin karma servisinde katarakt cerrahisi hastalarından elde edildiği için sonuçların tüm katarakt cerrahisi olmuş hastalara genellenememesi bir sınırlılıktır. Sürekli Kaygı Ölçeği’nin cronbach α değerinin 0,536 değerinde olması bir sınırlılıktır.

3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı, Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) puanı, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puanı bağımlı değişkenlerdir.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve taburculuk eğitimi uygulaması bağımsız değişkendir.

4. BULGULAR

Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin, hastaların yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma ile elde edilen bulgular tablolar şeklinde sunulmuştur.

Tablo 4.1: Hastaların demografik özellikleri

Sürekli Değişkenler	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Yaş	64	66,58	6,61	64	65,69	6,18	t=0,787, p=0,433
BKİ	64	30,40	5,68	64	29,53	5,15	t=0,915, p=0,362
Çocuk sayısı	62	3,73	1,52	63	3,33	1,30	t=1,557, p=0,122
		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Önemlilik	
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	34	53,1	32	50,0	$x^2=0,125$ p=0,724	
	Erkek	30	46,9	32	50,0		
Medeni Durum	Bekar	21	32,8	13	20,3	$x^2=2,563$ p=0,109	
	Evli	43	67,2	51	79,7		
Eğitim Durumu	Okur-yazar	19	29,7	7	10,9	$x^2=7,786$ p=0,100	
	İlk-ortaokul	43	67,2	54	84,4		
	Lise	1	1,6	1	1,6		
	Üniversite	1	1,6	1	1,6		
	Lisansüstü	-	-	1	1,6		
Meslek	Ev Hanımı	35	54,7	31	48,4	$x^2=1,546$ p=0,462	
	Emekli	27	42,2	28	43,8		
	Serbest Meslek	2	3,1	5	7,8		
Aylık Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Düşük	8	12,5	5	7,8	$x^2=1,038$ p=0,595	
	Gelir Gidere Eşit	53	82,8	57	89,1		
	Gelir Giderden Fazla	3	4,7	2	3,1		
İkamet Edilen Yer	İl	5	7,8	6	9,4	$x^2=1,396$ p=0,706	
	İlçe	15	23,4	13	20,3		
	Belde	12	18,8	8	12,5		
	Köy	32	50,0	37	57,8		
Çocuk Sahibi Olma	Evet	62	96,9	63	98,4	$x^2=1,000$ p=0,500	
	Hayır	2	3,1	1	1,6		
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız yaşıyor	2	3,1	4	6,3	$x^2=3,977$	

Eşiyle yaşıyor	26	40,6	32	50,0	p=0,409
Çocuklarıyla yaşıyor	18	28,1	11	17,2	
Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor	17	26,6	17	26,6	

Alışkanlıklar	Var	64	100	64	100	-
Sigara	Evet	7	10,9	15	23,4	$\chi^2=3,513$
	Hayır	57	89,1	49	76,6	p=0,061
Alkol	Evet	1	1,6	6	9,4	p=0,115*
	Hayır	63	98,4	58	90,6	
Çay	Evet	64	100	64	100	-
Kahve	Evet	6	9,4	5	7,8	$\chi^2=0,099$
	Hayır	58	90,6	59	92,2	p=0,752

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır. χ^2 : Ki-kare analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.1'de belirtildiği gibi, deney grubundaki hastaların %53,1'i kadındır. %67,2'si evli olduğu, %67,2'si ilk/ortaokul mezunu, %54,7'si ev hanımı ve %82,8'inin geliri giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Hastaların tamamının sosyal güvencesi vardır. %50'si köyde ikamet etmektedir. %96,9'unun çocuğu vardır ve %40,6'sı eşiyle birlikte yaşamaktadır. Hastaların tamamının alışkanlıkları vardır; %10,9'u sigara, %1,6'sı alkol, tamamı çay ve %9,4'ü kahve kullanmaktadırlar. Ortalama yaş $66,58 \pm 6,61$, ortalama BKİ $30,40 \pm 5,68$ ve ortalama çocuk sayısı $3,73 \pm 1,52$ 'dir. Kontrol grubundaki hastaların %50'si kadındır. %79,7'si evli olduğu, %84,4'ü ilk/ortaokul mezunu, %48,4'ü ev hanımı ve %89,18'inin geliri giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Hastaların tamamının sosyal güvencesi vardır. %57,8'i köyde ikamet etmektedir. %98,4'ünün çocuğu vardır ve %50'si eşiyle birlikte yaşamaktadır. Hastaların tamamının alışkanlıkları vardır; %23,4'ü sigara, %9,4'ü alkol, tamamı çay ve %7,8'i kahve kullanmaktadırlar. Ortalama yaş $65,69 \pm 6,18$, ortalama BKİ $29,53 \pm 5,15$ ve ortalama çocuk sayısı $3,33 \pm 1,30$ 'dur. Tablo 4.1'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grupları, tüm kontrol değişkenleri bakımından benzerdirler ($p > 0,05$).

Tablo 4.2: Hastaların sağlık öykülerinin karşılaştırılması

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Önemlilik
		n	%	n	%	
Kronik Hastalık	Evet	48	75,0	42	65,6	$\chi^2=1,347$
	Hayır	16	25,0	22	34,4	$p=0,246$
Hipertansiyon	Evet	30	62,5	28	65,1	$\chi^2=0,067$
	Hayır	18	37,5	15	34,9	$p=0,796$
Diyabet	Evet	23	47,9	24	55,8	$\chi^2=0,566$
	Hayır	25	52,1	19	44,2	$p=0,452$
Guatr	Evet	4	8,3	2	4,7	$p=0,680^*$
	Hayır	44	91,7	41	95,3	
Kronik Böbrek Yetmezliği	Evet	-	-	1	2,3	$p=0,473$
	Hayır	48	100	42	97,7	
Kolesterol	Evet	3	6,3	5	11,6	$p=0,469^*$
	Hayır	45	93,8	38	88,4	
Kalp Yetmezliği	Evet	13	27,1	12	27,9	$\chi^2=0,008$
	Hayır	35	72,9	31	72,1	$p=0,930$
Prostat	Evet	5	10,4	2	4,7	$p=0,440^*$
	Hayır	43	89,6	41	95,3	
Romatoid Artrit	Evet	-	-	1	2,3	$p=0,473^*$
	Hayır	48	100	42	97,7	
Astım-Bronşit	Evet	5	10,4	4	9,3	$p=1,000^*$
	Hayır	43	89,6	39	90,7	
Peptik Ülser	Evet	1	2,1	-	-	$p=1,000^*$
	Hayır	47	97,9	43	100	
Migren	Evet	-	-	1	2,3	$p=0,473^*$
	Hayır	48	100	42	97,7	
KOAİ	Evet	4	8,3	3	7,0	$p=1,000$
	Hayır	44	91,7	40	93,0	
Aritmi	Evet	5	10,4	3	7,0	$p=0,717^*$
	Hayır	43	89,6	40	93,0	
Hastalıktan Şikâyetçi Olma Süresi	1 yıldan az	33	51,6	37	57,8	$\chi^2=0,958$ $p=0,818$
	1-2 yıl	18	28,1	18	28,1	
	3-4 yıl	3	4,7	2	3,1	
	5 ve üzeri	10	15,6	7	10,9	
Katarakt Ameliyatı Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler Hakkında Bilgi Düzeyi						
		Ort.				Ss.
0-10		0,73				1,13

Katarakt Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Evet	2	3,1	1	1,6	p=1,000*
	Hayır	62	96,9	63	98,4	
Ameliyat Sonrası Bakımla İlgili Bilginin Alındığı Yer	Yakınımdan	16	88,9	21	95,5	p=0,579*
	(İnternet/TV)	2	11,1	1	4,5	
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu	Evet	56	87,5	48	75,0	$\chi^2=3,282$
	Hayır	8	12,5	16	25,0	p=0,070
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu	Evet	50	78,1	47	73,4	$\chi^2=0,383$
	Hayır	14	21,9	17	26,6	p=0,536
Ailede Katarakt Ameliyatı Olma Durumu	Evet	18	28,1	25	39,1	$\chi^2=1,716$
	Hayır	46	71,9	39	60,9	p=0,190
Sürekli Kullanılan İlaç	Evet	47	73,4	42	65,6	$\chi^2=0,922$
	Hayır	17	26,6	22	34,4	p=0,337
Antidiyabetik	Evet	23	48,9	24	55,8	$\chi^2=0,426$
	Hayır	24	51,1	19	44,2	p=0,514
Antihipertansif	Evet	30	63,8	28	65,1	$\chi^2=0,016$
	Hayır	17	36,2	15	34,9	p=0,899
Antikoagülan	Evet	16	34,0	12	27,9	$\chi^2=0,394$
	Hayır	31	66,0	31	72,1	p=0,530
Antiaritmik	Evet	6	12,8	3	7,0	p=0,489*
	Hayır	41	87,2	40	93,0	
İnhaler İlaçlar	Evet	7	14,9	7	16,3	$\chi^2=0,033^a$
	Hayır	40	85,1	36	83,7	p=0,856
Statinler	Evet	4	8,5	5	11,6	p=0,732*
	Hayır	43	91,5	38	88,4	
Tiroit İlaçları	Evet	4	8,5	2	4,7	p=0,679*
	Hayır	43	91,5	41	95,3	
Prostat İlacı	Evet	7	14,9	2	4,7	p=0,161*
	Hayır	40	85,1	41	95,3	
Antiinflamatuvar/Kortikosteroid	Evet	-	-	1	2,3	p=0,478*
	Hayır	47	100	42	97,7	
Proton Pompa İnhibitörü	Evet	1	2,1	-	-	p=1,000*
	Hayır	46	97,9	43	100	

*Fisher'in kesin ki-kare testi yapıldığı için ki-kare değeri bulunmamaktadır. χ^2 : Ki-kare analizi

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi, deney grubundaki hastaların %75'inin kronik bir hastalığı vardır. Hastalarda %62,5 hipertansiyon, %47,9 diyabet, %8,3 guatr, %6,3 kolesterol, %27,1 kalp yetmezliği, %10,4 prostat, %10,4 astım-bronşit, %2,1 peptik ülser, %8,3 KOAH ve %10,4 aritmi vardır. Hastaların %51,6'sı hastalıklarından 1 yıldan az süredir şikâyet etmektedirler. Hastaların %96,9'u katarakt hakkında bilgi sahibi değildir, %88,9'u ameliyat sonrası bakımla ilgili bilgiyi yakınlarından almışlardır, %87,5'i daha önce hastaneye yatmışlardır ve %78,1'i daha önce ameliyat olmuşlardır. Hastaların %71,9'unun ailesinde

katarakt ameliyatı olan yoktur, %73,4'ünün uzun süreden beri kullandıkları ilaç vardır, hastalar %48,9 antidiyabetik, %63,8 antihipertansif, %34'ü antikoagülan, %12,8'i antiaritmik, %14,9'u inhaler, %8,5'i statin, %8,5'i tiroit ilacı, %14,9'u prostat ilacı ve %2,1'i proton pompa inhibitörü kullanmaktadırlar. Kontrol grubundaki hastaların %65,6'sının kronik bir hastalığı vardır. Hastalarda %65,1 hipertansiyon, %55,8 diyabet, %4,7 guatr, %2,3 kronik böbrek yetmezliği, %11,6 kolesterol, %27,9 kalp yetmezliği, %4,7 prostat, %2,3 romatoid artrit, %9,3 astım-bronşit, %2,3 migren, %7 KOAH ve %7 aritmi vardır. Hastaların %57,8'i hastalıklarından 1 yıldan az süredir şikâyet etmektedirler, Hastaların %98,4'ü katarakt hakkında bilgi sahibi değildir, %95,5'i ameliyat sonrası bakımla ilgili bilgiyi yakınlarından almışlardır, %75'i daha önce hastaneye yatmışlardır ve %73,4'ü daha önce ameliyat olmuşlardır. Hastaların %60,9'unun ailesinde katarakt ameliyatı olan yoktur, %65,6'sının uzun süreden beri kullandıkları ilaç vardır, hastalar %55,8 antidiyabetik, %65,1 antihipertansif, %27,9 antikoagülan, %7 antiaritmik, %16,3 inhaler, %11,6 statin, %4,7 tiroit ilacı, %4,7 prostat ilacı ve %2,3 antiinflamatuvar kullanmaktadırlar. Deney ve kontrol grubunun bilgi düzeyi ortalaması $0,73 \pm 1,13$ 'tür. Tablo 4.2'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grupları, tüm kontrol değişkenleri bakımından benzerdirler ($p > 0,05$).

Ameliyat Öncesi Deney ve Kontrol Gruplarında Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Genel Sağlık	64	48,44	18,83	64	54,30	17,57	t=-1,820, p=0,071
Genel Görme	64	59,69	10,98	64	61,88	11,11	t=-1,120, p=0,265
Göz Ağrısı	64	67,38	15,69	64	69,14	17,10	t=-0,606, p=0,546
Yakın Aktivite	64	54,56	13,52	64	57,42	15,22	t=-1,126, p=0,263
Uzak Aktivite	64	40,36	14,86	64	41,02	14,27	t=-0,253, p=0,801
Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	64	82,42	8,83	64	84,96	10,49	t=-1,481, p=0,141
Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	64	34,86	12,54	64	38,87	14,02	t=-1,703, p=0,091
Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	64	46,48	17,18	64	50,78	17,23	t=-1,413, p=0,160
Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	64	45,18	9,37	64	46,35	9,14	t=-0,716, p=0,475
Renkli Görme	64	70,70	19,19	64	76,17	19,63	t=-1,594, p=0,114
Periferik Görme	64	64,84	17,66	64	69,53	20,64	t=-1,381, p=0,170
Yaşam Kalitesi Toplam	64	55,90	12,27	64	59,13	13,13	t=-1,436, p=0,153

t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi ameliyat öncesi deney ve kontrol grubu arasındaki Genel Sağlık, Genel Görme, Göz Ağrısı, Yakın Aktivite, Uzak Aktivite, Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon, Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık, Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri, Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık, Renkli Görme, Periferik Görme alt boyutları ve Yaşam Kalitesi toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Hareket	64	16,55	1,51	64	16,64	1,51	U=1984,000, p=0,724
Mutfak	64	14,94	0,24	64	14,97	0,18	U=1984,000, p=0,405
Ev İşleri	64	12,75	0,98	64	12,89	0,72	U=1954,000, p=0,255
Boş Zaman Aktivitesi	64	9,13	2,04	64	9,78	2,12	t=-1,783, p=0,077
GYA Toplam	64	53,36	3,85	64	54,28	3,58	U=1651,500, p=0,164

U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi ameliyat öncesi deney ve kontrol grubu arasındaki Hareket, Mutfak, Ev İşleri, Boş Zaman aktivitesi alt boyutları ve Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında ameliyat öncesi karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Durumluk Kaygı	64	46,45	7,29	64	51,88	8,47	t=-3,884, p= 0,000 d=0,687*
Sürekli Kaygı	64	32,88	2,00	64	31,59	2,27	U=1280,500, p= 0,000 d=0,600*

U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi. * 0,2 küçük etki büyüklüğü, 0,5 orta etki büyüklüğü, 0,8 yüksek etki büyüklüğü.

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi ameliyat öncesi deney ve kontrol grubu arasındaki Durumluk ve Sürekli kaygı ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kontrol grubunda Durumluk Kaygı puan ortalaması, deney grubunda Sürekli Kaygı puan ortalaması daha yüksektir.

Deney ve Kontrol Gruplarında Ameliyat Sonrası 3. Günde Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 3. gün karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 3. gün karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Genel Sağlık	64	48,44	18,83	64	54,30	17,57	t=-1,820, p=0,071
Genel Görme	64	71,56	12,75	64	67,19	12,01	t=1,998, p= 0,048 d=0,353*
Göz Ağrısı	64	83,01	15,96	64	70,70	17,57	t=4,147, p= 0,000 d=0,733*
Yakın Aktivite	64	66,80	14,12	64	62,89	15,06	t=1,513, p=0,133
Uzak Aktivite	64	62,11	12,24	64	59,90	10,80	U=1912,000, p=0,467
Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	64	85,55	7,46	64	86,52	9,26	t=-0,657, p=0,513
Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	64	55,47	13,11	64	54,10	14,14	t=0,567, p=0,571
Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	64	62,11	18,89	64	56,64	19,02	t=1,632, p=0,105
Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	64	33,07	4,69	64	33,33	5,94	t=-0,275, p=0,784
Renkli Görme	64	76,17	15,70	64	78,52	17,74	t=-0,791, p=0,430
Periferik Görme	64	71,09	14,92	64	73,05	18,53	t=-0,657, p=0,513
Yaşam Kalitesi Toplam	64	65,03	11,34	64	63,38	12,17	t=0,798, p=0,427

U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi. * 0,2 küçük etki büyüklüğü, 0,5 orta etki büyüklüğü, 0,8 yüksek etki büyüklüğü.

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi 3. gün deney ve kontrol grubu arasındaki Genel Görme ve Göz Ağrısı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Deney grubunun Genel Görme ve Göz Ağrısı puan ortalaması daha yüksektir. Deney ve kontrol grubu arasındaki Genel Sağlık, Yakın Aktivite, Uzak Aktivite, Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon, Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık, Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri, Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık, Renkli Görme, Periferik Görme alt boyutları ve Yaşam Kalitesi toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 3. gün karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 3. gün karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Hareket	64	16,55	1,51	64	16,69	1,50	U=1952,000, p=0,596
Mutfak	64	7,00	0,00	64	7,06	0,50	U=2016,000, p=0,317
Ev İşleri	64	7,00	0,00	64	7,01	0,13	U=2016,000, p=0,317
Boş Zaman aktivitesi	64	8,88	1,73	64	8,27	1,76	t=1,976, p=0,050
GYA Toplam	64	39,42	2,87	64	39,23	3,48	U=1879,500, p=0,398

U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi 3. gün deney ve kontrol grubu arasındaki Hareket, Mutfak, Ev İşleri, Boş Zaman aktivitesi alt boyutları ve Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında 3. gün karşılaştırılması Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında 3. gün karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Durumluk Kaygı	63	32,90	5,20	64	38,75	5,08	t=-6,409, p=0,000 d=1,137*

t: Bağımsız gruplarda t testi. * 0,2 küçük etki büyüklüğü, 0,5 orta etki büyüklüğü, 0,8 yüksek etki büyüklüğü.

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi 3. gün deney ve kontrol grubu arasındaki Durumluk Kaygı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Kontrol grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Deney ve Kontrol Gruplarında Ameliyat Sonrası 10. Günde Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 10. gün karşılaştırılması Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4.9: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 10. gün karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Genel Sağlık	64	48,44	18,83	64	54,69	17,75	t=-1,932, p=0,056
Genel Görme	64	90,31	12,34	64	86,88	12,46	t=1,568, p=0,119
Göz Ağrısı	64	97,27	7,86	64	91,02	12,29	t=3,426, p= 0,001 d=0,606*
Yakın Aktivite	64	90,23	12,82	64	86,46	13,49	t=1,623, p=0,107
Uzak Aktivite	64	62,11	12,24	64	59,90	10,80	U=1912,000, p=0,467
Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	64	96,88	5,89	64	96,29	6,17	t=0,549, p=0,584
Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	64	87,01	16,34	64	82,71	17,03	t=1,457, p=0,148
Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	64	85,94	19,35	64	81,64	19,02	t=1,267, p=0,208
Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık	64	85,94	18,18	64	81,25	18,37	t=1,451, p=0,149
Renkli Görme	64	95,31	10,80	64	94,92	10,14	U=1990,500, p=0,685
Periferik Görme	64	93,75	11,79	64	92,58	12,34	t=0,549, p=0,584
Yaşam Kalitesi Toplam	64	84,83	11,37	64	82,58	11,57	t=1,114, p=0,267

U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi. * 0,2 küçük etki büyüklüğü, 0,5 orta etki büyüklüğü, 0,8 yüksek etki büyüklüğü.

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi 10. gün deney ve kontrol grubu arasındaki Göz Ağrısı alt boyutu puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Deney grubunun Göz Ağrısı alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir. Deney ve kontrol grubu arasındaki Genel Sağlık, Genel Görme, Yakın Aktivite, Uzak Aktivite, Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon, Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık, Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri, Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık, Renkli Görme, Periferik Görme alt boyutları ve Yaşam Kalitesi toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 10. gün karşılaştırılması Tablo 4.10’da sunulmuştur.

Tablo 4.10: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının deney ve kontrol gruplarında 10. gün karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Hareket	64	17,81	0,73	64	17,91	0,53	U=1984,000, p=0,405
Mutfak	64	14,94	0,24	64	14,97	0,18	U=1984,000, p=0,405
Ev İşleri	64	14,03	1,33	64	13,77	1,21	t=1,183, p=0,239
Boş Zaman aktivitesi	64	13,97	2,20	64	13,80	1,98	t=0,464, p=0,643
GYA Toplam	64	60,75	4,11	64	60,44	3,42	U=1841,500, p=0,297

U: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi 10. gün deney ve kontrol grubu arasındaki Hareket, Mutfak, Ev İşleri, Boş Zaman aktivitesi alt boyutları ve Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında 10. gün karşılaştırılması Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının deney ve kontrol gruplarında 10. gün karşılaştırılması

	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Önemlilik
	n	Ort.	Ss.	n	Ort.	Ss.	
Durumluk Kaygı	64	22,64	4,25	64	27,13	5,00	t=-5,468, p= 0,000 d=0,967*

t: Bağımsız gruplarda t testi. * 0,2 küçük etki büyüklüğü, 0,5 orta etki büyüklüğü, 0,8 yüksek etki büyüklüğü.

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi 10. gün deney ve kontrol grubu arasındaki Durumluk Kaygı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kontrol grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Grup İçi Karşılaştırmalar

Deney ve kontrol gruplarında Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12: Deney ve kontrol gruplarında Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının grup içi karşılaştırılması

Genel Sağlık	Deney Grubu (n=64)			Kontrol Grubu (n=64)		
	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	48,44	18,83		54,30	17,57	F=1,000
3. Gün (b)	48,44	18,83	-	54,30	17,57	p=0,371
10. Gün (c)	48,44	18,83		54,69	17,75	
Genel Görme	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	59,69	10,98	$x^2_F=116,027$	61,88	11,11	F=411,935
3. Gün (b)	71,56	12,75	p=0,000	67,19	12,01	p=0,000
10. Gün (c)	90,31	12,34	c>b>a	86,88	12,46	c>b>a
Göz Ağrısı	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	67,38	15,69	$x^2_F=94,000$	69,14	17,10	F=172,075
3. Gün (b)	83,01	15,96	p=0,000	70,70	17,57	p=0,000
10. Gün (c)	97,27	7,86	c>b>a	91,02	12,29	c>a, b
Yakın Aktivite	Deney Grubu (n=64)			Kontrol Grubu (n=64)		
	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	54,56	13,52	F=423,075	57,42	15,22	F=483,513
3. Gün (b)	66,80	14,12	p=0,000	62,89	15,06	p=0,000
10. Gün (c)	90,23	12,82	c>b>a	86,46	13,49	c>b>a
Uzak Aktivite	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	40,36	14,86	$x^2_F=124,000$	41,02	14,27	F=379,861
3. Gün (b)	62,11	12,24	p=0,000	59,90	10,80	p=0,000
10. Gün (c)	62,11	12,24	b, c>a	59,90	10,80	b, c>a
Görmeye Bağlı Sosyal Fonksiyon	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	82,42	8,83	F=264,321	84,96	10,49	F=156,130
3. Gün (b)	85,55	7,46	p=0,000	86,52	9,26	p=0,000
10. Gün (c)	96,88	5,89	c>b>a	96,29	6,17	c>b>a
Görmeye Bağlı Ruhsal Sağlık	Deney Grubu (n=64)			Kontrol Grubu (n=64)		
	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	34,86	12,54	$x^2_F=128,000,$	38,87	14,02	F=755,307
3. Gün (b)	55,47	13,11	p=0,000	54,10	14,14	p=0,000
10. Gün (c)	87,01	16,34	c>b>a	82,71	17,03	c>b>a
Görmeye Bağlı Rol Güçlükleri	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik

Ameliyat Öncesi (a)	46,48	17,18	F=308,871	50,78	17,23	$x^2_F=120,899$
3. Gün (b)	62,11	18,89	p=0,000	56,64	19,02	p=0,000
10. Gün (c)	85,94	19,35	c>b>a	81,64	19,02	c>b>a
Görmeye Bağlı Başkalarına Bağlılık	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	45,18	9,37	$x^2_F=121,632$	46,35	9,14	F=569,517
3. Gün (b)	33,07	4,69	p=0,000	33,33	5,94	p=0,000
10. Gün (c)	85,94	18,18	c>b>a	85,94	18,18	c>b>a
Renkli Görme	Deney Grubu (n=64)			Kontrol Grubu (n=64)		
	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	70,70	19,19	$x^2_F=93,636$	76,17	19,63	F=96,475
3. Gün (b)	76,17	15,70	p=0,000	78,52	17,74	p=0,000
10. Gün (c)	95,31	10,80	c>b>a	94,92	10,14	c>b>a
Periferik Görme	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	64,84	17,66	F=264,321	69,53	20,64	F=160,061
3. Gün (b)	71,09	14,92	p=0,000	73,05	18,53	p=0,000
10. Gün (c)	93,75	11,79	c>b>a	92,58	12,34	c>b>a
Yaşam Kalitesi	Deney Grubu (n=64)			Kontrol Grubu (n=64)		
Toplam	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	55,90	12,27	F=773,099	59,13	13,13	F=872,476
3. Gün (b)	65,03	11,34	p=0,000	63,38	12,17	p=0,000
10. Gün (c)	84,83	11,37	c>b>a	82,58	11,57	c>b>a

F=Bağımlı gruplarda varyans analizi, x^2_F =Friedman testi

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *Genel Sağlık* alt boyutu ortalamaları aynıdır. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *Genel Sağlık* alt boyutu ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *Genel Görme* alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *Genel Görme* alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Benferoni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. Bu durum kısaca şu şekilde özetlenebilir; 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Göz Ağrısı** alt boyutu ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Göz Ağrısı** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Benferroni); 10. gün ortalamasının, 3. gün ve ameliyat öncesinden büyük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Yakın Aktivite** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Yakın Aktivite** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Uzak Aktivite** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); ameliyat öncesi puan ortalamasının, 3 ve 10. günden düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Uzak Aktivite** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); ameliyat öncesi ortalamasının, 3. ve 10. gün ortalamasından düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Sosyal Fonksiyon** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Sosyal Fonksiyon** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir.

10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Ruhsal Sağlık** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Ruhsal Sağlık** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Rol Güçlükleri** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Rol Güçlükleri** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Başkalarına Bağımlılık** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması ameliyat öncesinden düşüktür. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Başkalarına Bağımlılık** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması ameliyat öncesinden düşüktür.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Renkli Görme** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Renkli Görme** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Periferik Görme** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Periferik Görme** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir.

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Yaşam Kalitesi Toplam** puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Yaşam Kalitesi Toplam** puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden yüksektir.

Deney ve kontrol gruplarında Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.13’te sunulmuştur.

Tablo 4.13: Deney ve kontrol gruplarında Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyutlarının grup içi karşılaştırılması

Hareket	Deney Grubu (n=64)			Kontrol Grubu (n=64)		
	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	16,55	1,51	$x^2_F=54,000,$	16,64	1,51	$x^2_F=52,074,$
3. Gün (b)	16,55	1,51	$p=0,000$	16,69	1,50	$p=0,000$
10. Gün (c)	17,81	0,73	$c>b$	17,91	0,53	$c>b$
Mutfak	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	14,94	0,24	$x^2_F=128,000,$	14,97	0,18	$x^2_F=128,000,$
3. Gün (b)	7,00	0,00	$p=0,000$	7,06	0,50	$p=0,000$
10. Gün (c)	14,94	0,24	$b<a, c$	14,97	0,18	$b<a, c$
Ev İşleri	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	12,75	0,98	$x^2_F=119,906,$	12,89	0,72	$x^2_F=118,836,$
3. Gün (b)	7,00	0,00	$p=0,000$	7,01	0,13	$p=0,000$
10. Gün (c)	14,03	1,33	$c>b>a$	13,77	1,21	$c>b>a$
Boş Zaman aktivitesi	Deney Grubu (n=64)			Kontrol Grubu (n=64)		
	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	9,13	2,04	$F=386,655$	9,78	2,12	$F=386,836$
3. Gün (b)	8,88	1,73	$p=0,000$	8,27	1,76	$p=0,000$
10. Gün (c)	13,97	2,20	$c>a, b$	13,80	1,98	$c>b>a$
GYA Toplam	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	53,36	3,85	$x^2_F=128,000,$	54,28	3,58	$x^2_F=127,506,$
3. Gün (b)	39,42	2,87	$p=0,000$	39,23	3,48	$p=0,000$
10. Gün (c)	60,75	4,11		60,44	3,42	

F=Bağımlı gruplarda varyans analizi, x^2_F =Friedman testi

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Hareket** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); 10. gün ortalamasının, 3. günden yüksek olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Hareket** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); 10. gün ortalamasının, 3. günden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Mutfak** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); 3. gün ortalamasının, ameliyat öncesi ve 10. gün ortalamasından düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün **Mutfak** alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); 3. gün ortalamasının, ameliyat öncesi ve 10. gün ortalamasından düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *Ev İşleri* alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması, ameliyat öncesinden düşüktür. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *Ev İşleri* alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması, ameliyat öncesinden düşüktür.

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *Boş Zaman Aktivitesi* alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); 10. gün ortalamasının, 3. gün ve ameliyat öncesinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *Boş Zaman Aktivitesi* alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Benferroni); 10. gün ortalamasının, 3. gün ve ameliyat öncesinden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *GYA Toplam* puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden düşüktür. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün *GYA Toplam* puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden düşüktür.

Deney ve kontrol gruplarında Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.14'te sunulmuştur.

Tablo 4.14: Deney ve kontrol gruplarında Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının grup içi karşılaştırılması

Durumluk Kaygı	Deney Grubu (n=64)			Kontrol Grubu (n=64)		
	Ort.	Ss.	Önemlilik	Ort.	Ss.	Önemlilik
Ameliyat Öncesi (a)	46,45	7,29	$x^2_F=126,000,$	51,88	8,47	$F=892,950$
3. Gün (b)	32,90	5,20	$p=0,000$	38,75	5,08	$p=0,000$
10. Gün (c)	22,64	4,25	$a>b>c$	27,13	5,00	$a>b>c$

F=Bağımlı gruplarda varyans analizi, x^2_F =Friedman testi

Tablo 4.14'te görüldüğü gibi, deney grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün Durumluk Kaygı puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden düşüktür. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden düşüktür. Kontrol grubunda ameliyat öncesi, 3. gün ve 10. gün Durumluk Kaygı puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Benferroni); tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden düşüktür. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden düşüktür.

5. TARTIŞMA

Katarakt cerrahisi hastalarına, ameliyat öncesi verilen taburculuk eğitiminin, hastaların yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma ile elde edilen bulgular tartışılmaktadır.

Katarakt, dünya genelindeki geri döndürülebilir görme bozukluğunun önemli bir nedenidir ve küresel körlüğün %50'sinden sorumludur (Xiaoning Yu vd., 2014; Lam vd., 2015; Alhamed, 2021). Yaşam süresinin artması ve yaşlanan nüfus sebebiyle katarakt cerrahisine olan talep dünya genelinde artmaktadır (Wang vd., 2016). Gelişmekte olan ülkelerde ve düşük sosyoekonomik düzeydeki toplumlarda daha çok görülmektedir (Lam vd., 2015). Katarakt, kişinin yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediğinde ameliyat yapılır (Mohamed vd., 2015; Elgazar vd., 2017).

Ameliyat sonrası kısa bir gözlem süresinin ardından hastalar evlerine dönmektedirler (Qiu vd., 2019). Katarakt cerrahisinde hemşireler kilit oyuncudur ve hastaların yönetilmesinde önemli rolleri vardır (El Shafaey vd., 2018). Ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi için taburculuk eğitimi son derece önemlidir. Kaliteli bir taburculuk eğitimi, iyileşme hızını arttırabilir, komplikasyonları önler, hastaların ağrılarıyla baş etmelerini kolaylaştırır, yaşam kalitesini arttırır, günlük yaşam aktivitelerini etkin bir şekilde gerçekleştirebilmelerine yardımcı olur (El Shafaey vd., 2018; Abdel Azeem vd., 2019; Qiu vd., 2019; Türk, 2023). Eğitim, hasta bakımının önemli bir parçasıdır ve cerrahi sonuçları olumlu yönde etkilediği ve hastalara ameliyattan önce verildiğinde kaliteli bakımın bir göstergesi olduğu kabul edilmektedir (Okyay, 2018).

Bu bilgiler doğrultusunda, katarakt cerrahisi planlanan 128 hasta iki gruba ayrıldı. Deney grubunda yer alan hastalara, ameliyat öncesi dönemde, araştırmacı tarafından eğitim kitapçığı ile taburculuk eğitimi verildi. Kontrol grubundaki hastalara ise rutin tedavi ve bakımda yer aldığı şekilde, ameliyattan sonra, servis hemşireleri tarafından taburculuk bilgilendirilmesi yapıldı. Ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. gün ve 10. günde hem deney, hem de kontrol grubu hastaların yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeyleri karşılaştırıldı.

Bu araştırmada, hastaların tanımlayıcı özellikleri bakımından her iki grubun da benzer özellik gösterdiği belirlendi ($p>0,05$). Bu sonuç, deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikler açısından bağımsız ve homojen olduklarını göstermektedir.

5.1. Gruplar Arası Karşılaştırmalar

Ameliyat öncesi dönemde, deney ve kontrol gruplarının Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Ameliyatın türü büyük ya da küçük fark etmeksizin, cerrahi müdahaleler hastalarda kaygıya neden olabilmektedir (Çavdar, 2016). Lokal anestezi altında katarakt ameliyatı geçiren hastalar, işlem sırasında uyanık oldukları için kendilerini kaygılı veya korkulu hissedebilirler (Daştan, 2022). Ramirez ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir araştırmada, katarakt ameliyatı öncesi kaygının nedenlerinin, ameliyatın kendisi ve görme kaybı korkusuyla ilişkili olduğu, ameliyat korkusunun ameliyat sonrasında da devam ederek kaygıya neden olduğu saptanmıştır (Ramirez vd., 2017). Araştırmamızda, deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puanı ortalaması $46,45\pm 7,29$ olarak saptanırken, kontrol grubu hastaların ameliyat öncesi durumluk kaygı puanı ortalaması $51,88\pm 8,47$ olarak saptandı. Araştırmamızda, deney grubundaki hastaların ameliyat öncesi sürekli kaygı puanı ortalaması $32,88\pm 2,00$ olarak saptanırken, kontrol grubu hastaların ameliyat öncesi sürekli kaygı puanı ortalaması $31,59\pm 2,27$ olarak saptandı. Grupların süreklilik ve durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Ameliyattan önce, deney grubunun anksiyete derecesi, kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Deney grubunun anksiyete düzeyinin daha düşük olmasında taburculuk eğitiminin etkisi olduğu düşünölmüştür.

Okyay'ın (2018) 114 hastanın katıldığı bir çalışmasında, ameliyat öncesi eğitim alan ve almayan katarakt hastalarının anksiyete seviyelerini karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, ameliyat öncesi eğitim alan deney grubunun durumluk anksiyete puan ortalamasının $31,754 \pm 6,406$, eğitim almayan kontrol grubunun ise ortalama puanının $50,193 \pm 8,576$ olduğunu göstermiştir. Grupların anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sürekli kaygı

puan ortalaması sırasıyla $44,105 \pm 7,843$ ve $49,947 \pm 6,634$ olarak ölçülmüştür. Gruplar arasında süreklilik kaygı puan ortalamaları arasında da istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır ($p < 0,001$) (Okuy, 2018). Katarakt ameliyatı geçiren hastaların kaygı düzeylerini inceleyen bir araştırmada, ameliyattan önce verilen eğitimin hastaların kaygı düzeylerini azalttığı bulunmuştur (Karaman Özlü vd., 2016). Araştırmamız, literatürdeki çalışma sonuçları ile uyumludur. Ameliyat öncesi dönemde, hastalara eğitim ve bilgilendirme yapılmasının anksiyete düzeyini azalttığı görülmektedir.

Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının 3. gün ortalamalarına bakıldığında, deney ve kontrol grubu arasındaki Genel Görme ve Göz Ağrısı alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Deney grubunun Genel Görme ve Göz Ağrısı alt boyut puan ortalaması daha yüksektir. Deney grubundaki hastaların daha az ağrı ve rahatsızlık hissetmesi taburculuk eğitiminin etkisi olduğunu düşündürmüştür. Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi işlemler sonrası kaçınılmaz bir deneyimdir. Katarakt ameliyatından sonra hastalar göz çevresinde ağrı yaşayabilir (Daştan, 2022). Hasta eğitiminde ağrının giderilmesinde, farmakolojik ve uygun nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği 3. gün ortalamalarına bakıldığında deney ve kontrol grubu arasındaki alt boyut ve toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Araştırmamızda 3. günde, deney ve kontrol gruplarında bireylerin en fazla mutfak ve ev işleri gibi aktiviteleri gerçekleştirmekte güçlük yaşadıkları görülmüş, sonraki haftalarda ise bireyler günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede daha az zorluk yaşamışlardır. Katarakt ameliyatından sonra görme fonksiyonu düzelineye kadar bireylerin günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde etkilenebilir (Korkusuz, 2014). Mutfak ve ev işleri gibi aktiviteleri gerçekleştirirken yakınlarından yardım alabilmektedirler.

Araştırmamızda, deney grubu hastalarının ameliyat sonrası 3. günde durumluk anksiyete puanı ortalaması $32,90 \pm 5,20$ olarak saptanırken, kontrol grubu hastalarının durumluk anksiyete puanı ortalaması $38,75 \pm 5,08$ olarak saptandı. Grupların durumluk anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Deney grubundaki hastaların, kontrol grubundaki hastalara göre ameliyat sonrası dönemde anksiyetelerinin

oldukça azaldığı görüldü. Hastaların taburculuk eğitiminde aldıkları ayrıntılı bilgilendirmenin bir etkisi olarak anksiyete düzeylerinde azalma olduğunu düşündürmüştür.

Dığın ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada; kontrol grubu hastalara klinik hemşireleri tarafından standart bakım uygulanırken, deney grubundaki hastalara taburculuk eğitimine ek olarak evde bir hafta boyunca takip edecekleri göz damlalarının dozu ve zamanıyla ilgili klinik hemşireleri tarafından özelleştirilmiş bir ilaç takip tablosu verilmiş ve hastalara detaylı olarak açıklanmıştır. Bu gruptaki hastalara ayrıca bir hafta süresince hatırlatma SMS'leri gönderilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, deney grubundaki hastaların anksiyete puanları, kontrol grubundakilerden daha düşük bulunmuştur (Dığın vd., 2022). Bu araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Benzer şekilde Çilingir ve Bayraktar'ın (2011) gününbirlik cerrahi hastalarının bilgiye olan gereksinimlerini ve evde yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılan çalışmasında, aralarında göz ameliyat olan 230 hastanın birinci gün % 55,7'sinin, ikinci gün % 35,7'sinin, üçüncü gün ise % 30,9'unun korku ve endişe yaşadıkları belirtilmiştir (Çilingir ve Bayraktar, 2011).

Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) ve alt boyutlarının ameliyat sonrası 10. günde, deney ve kontrol grubu arasındaki Göz Ağrısı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Deney grubunun Göz Ağrısı puan ortalaması daha yüksektir. Deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre daha az ağrı ve rahatsızlık hissettiği saptanmıştır. Bu durum taburculuk eğitiminin etkisi ile açıklanabilir.

Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği 10. gün ortalamalarına bakıldığında, deney ve kontrol grubu arasındaki alt boyut ve toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). 10. günde her iki grubun da günlük yaşam aktivitelerini benzer düzeyde yapabildikleri görüldü.

Ameliyat sonrası 10. günde, deney ve kontrol grubu arasındaki Durumluk Kaygı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kontrol grubunun puan ortalaması daha yüksektir. Deney grubundaki hastaların ameliyat sonrası 10. günde, kontrol grubuna göre daha az anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Bu durum, taburculuk eğitimin durumluk kaygı üzerine olumlu etki ettiğini göstermektedir.

Haripriya ve arkadaşları (2011) tarafından, katarakt cerrahisi hastaları ile yapılan randomize kontrollü çalışmada; cerrahi süreçte danışmanlık alan hastaların, almayan hastalara göre yaşadıkları korkunun daha az olduğunu belirlemesi, danışmanlığın hastalarda ruhsal yönden olumlu etki yarattığını göstermektedir (Haripriya vd., 2011).

Araştırmamızda, ameliyat öncesi taburculuk eğitimi verilen deney grubundaki hastaların, ameliyat öncesinde ve sonrasında kontrol grubuna göre daha az anksiyete yaşadığı belirlendi.

5.2. Grup İçi Karşılaştırmalar

Deney ve kontrol gruplarında, Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) alt boyutlarından Göz Ağrısı, Genel Görme, Yakın Aktivite, Uzak Aktivite, Sosyal Fonksiyon, Ruhsal Sağlık, Rol Güçlükleri, Renkli Görme, Periferik Görme alt boyut ve Yaşam Kalitesi toplam puanı, ameliyat sonrası 10. gün, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 3. günden daha yüksek bulunmuştur. Katarakt ameliyatının görmeyle ilişkili yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiğine dair güçlü kanıtlar mevcuttur (Castells vd., 2006; Lamoureux vd., 2011). Çalışma sonucu, ameliyat sonrası yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme olduğunu ortaya koydu. Çoğu alt ölçeklerdeki puanlarda iyileşme görüldü. Bunlardan farklı olarak Hong ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada, katarakt ameliyatı olduktan sonra üç yıl süre boyunca değerlendirilen hastaların yaşam kalitelerinde ameliyat öncesine göre herhangi bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Hong vd., 2014).

Deney grubunda ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. ve 10. gün Genel Sağlık ortalamaları aynıdır. Kontrol grubunda ise ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. ve 10. gün Genel Sağlık ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Çalışmamızda, Genel Sağlık dışındaki tüm alanlarda ameliyat öncesi ve sonrası genel ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler tespit edildi ($p<0,05$). Genel Sağlık puanlarında her iki grupta da anlamlı bir artış olmaması, hastaların kataraktlarının genel sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğine inanmadıklarını göstermektedir.

Deney ve kontrol grubunda Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) alt boyutlarından Başkalarına Bağımlılık puan ortalaması, ameliyat sonrası 3. gün, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 10. güne göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bu

durum, hastaların ameliyat sonrası erken dönemde, tam olarak iyileşene kadar yakınlarından yardım almasının önemli bir etken olduğunu düşündürmüştür. Hastaneden taburcu olduktan sonra hastanın tedavisini ve bakımını destekleyecek kişilerin hazır bulunması, ameliyat sonrası komplikasyon görülme sıklığını azaltabilir (Özdemir, 2019). Hastaya yardım ve destek verebilecek yakınlarının olması, hastanın iyileşmesine aktif olarak katkıda bulunabilir.

Deney ve kontrol grubunda ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. gün ve 10. gün Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği toplam puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). 10. gün ortalaması, 3. günden ve ameliyat öncesinden yüksektir. Ayrıca 3. gün ortalaması da ameliyat öncesinden düşüktür. 3. gün ortalamasının, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 10. günden düşük olmasının sebebinin, hastaların taburcu edildikten sonra özellikle ilk hafta yakınlarından tedavi ve bakımları için yardım almaları olarak düşünülmektedir. Taburculuk sonrası ev ortamında, hastaların bazı günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme zorlaşmaktadır. Ameliyattan sonraki ilk haftalarda özellikle de göz tümüyle iyileşene kadar hastaların yakınlarının desteğine ihtiyaçları vardır. Bu süre zarfında ortaya çıkan kaygılar, zorluklar ve sorunlar göz önüne alındığında, taburculuk sonrası eğitimin hastanın ihtiyaçlarını yeterince karşılayabilmesi için, bireyin ihtiyaçlarına uygun bir öğretim planı ve materyallere ihtiyaç duyulduğunu da belirtmektedir (Korkusuz, 2014).

Araştırmamızda, katarakt ameliyatından sonra 10. günde, her iki grupta da yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri toplam puanı artmıştır ($p<0,05$).

Deney ve kontrol grubunda ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. gün ve 10. gün Durumluk Kaygı puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). İki grupta da en yüksek anksiyete düzeyi ameliyat öncesinde görülmüştür. Ameliyat sonrası anksiyete düzeyi gittikçe azalmıştır. En düşük anksiyete düzeyi ameliyat sonrası 10. günde görülmüştür. Hastaların anksiyete seviyeleri perioperatif dönemde dalgalanma göstermektedir. Ameliyat öncesi dönemde hastaların, ameliyat gününe kadar artan kaygıları vardır. Anksiyete, hastaneye yatış gününde ve ameliyattan önce en yüksek düzeydedir fakat ameliyattan hemen sonra işlemin bitmesiyle beraber oluşan rahatlama nedeniyle önemli ölçüde azalır. En düşük anksiyete seviyesinin görüldüğü dönem ise komplikasyonun olmadığı ameliyat sonrası geç dönemdir (Obuchowska ve Konopinska, 2021). Özlü ve arkadaşlarının (2016) $n=100$,

Parveen ve arkadaşlarının (2016) n=100 ve Okyay'ın (2018) n=114 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarda, yapılandırılmış perioperatif eğitim ile azalan anksiyete düzeyleri arasında pozitif bir ilişki bulmuştur (Özlu vd., 2016; Parveen vd., 2016; Okyay, 2018). Bu sonuçlar bizim bulgularımızla tutarlıdır. Ameliyat öncesi hasta eğitimi, anksiyeteyi azaltmak ve komplikasyonları önlemek için oldukça etkili yöntem ve en önemli hemşirelik girişimidir. Bu nedenle hemşirelerin katarakt cerrahisine yönelik ameliyat öncesi eğitim sürecinde aktif rol oynaması gerekmektedir. Bununla birlikte, hastaların kaygılarına neden olan faktörlerin belirlenmesi ve uygun başa çıkma stratejilerinin planlanması önemlidir (Akoğlu, 2020).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin, hastaların yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda;

- Deney ve kontrol grubunun tanımlayıcı özellikler açısından anlamlı farklılık olmadığı ve her iki grubunun tanımlayıcı özelliklerinin benzer olduğu ($p>0,05$) (Tablo 4.1),
- Deney ve kontrol grubu hastaların sağlık öykülerinin benzer olduğu ($p>0,05$) (Tablo 4.2),
- Ameliyat öncesi deney ve kontrol grubunun Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) alt boyut ve toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) (Tablo 4.3),
- Ameliyat öncesi deney ve kontrol grubunun Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) (Tablo 4.4),
- Ameliyat öncesi kontrol grubunda Durumluk Kaygı puan ortalamasının, deney grubunun da ise Sürekli Kaygı puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.5),
- Ameliyat sonrası 3. gün deney ve kontrol grubunun Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) (Tablo 4.6),
- Ameliyat sonrası 3. gün deney grubu Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) Genel Görme ve Göz Ağrısı alt boyut toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.6),
- Ameliyat sonrası 3. gün deney ve kontrol grubunun Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) (Tablo

4.7),

- Ameliyat sonrası 3. gün kontrol grubunun Durumluk Kaygı puan ortalamasının deney grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.8),
- Ameliyat sonrası 10. gün deney ve kontrol grubunun Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) (Tablo 4.9),
- Ameliyat sonrası 10. gün deney grubu Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) Göz Ağrısı alt boyut toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.9),
- Ameliyat sonrası 10. gün deney ve kontrol grubunun Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) (Tablo 4.10.),
- Ameliyat sonrası 10. gün kontrol grubunun Durumluk Kaygı puan ortalamasının deney grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.11),
- Deney ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 10. gün Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25) Göz Ağrısı, Genel Görme, Yakın Aktivite, Sosyal Fonksiyon, Ruhsal Sağlık, Rol Güçlükleri, Görmeye Bağlı Başkalarına Bağımlılık, Renkli Görme, Periferik Görme alt boyut ve Yaşam Kalitesi toplam puanları, ameliyat sonrası 3. gün ve ameliyat öncesine göre yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.12),
- Deney ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 10. gün Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği alt boyut ve toplam puanları, ameliyat sonrası 3. gün ve ameliyat öncesine göre yüksek olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.13),
- Deney ve kontrol grubu hastaların ameliyat sonrası 10. gün Durumluk Kaygı toplam puanları, ameliyat sonrası 3. gün ve ameliyat öncesine göre düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.14).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

“H0_a: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesine etkisi yoktur. H0_b: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların günlük yaşam aktivitelerine etkisi yoktur. H1_c: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların anksiyete düzeyleri üzerine etkisi vardır.” hipotezleri kabul edildi.

“H1_a: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesine etkisi vardır. H1_b: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların günlük yaşam aktivitelerine etkisi vardır. H0_c: Katarakt ameliyatı öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastaların anksiyete düzeyleri üzerine etkisi yoktur.” hipotezleri reddedildi.

ÖNERİLER

- Katarakt cerrahisi uygulanacak hastaların gereksinimleri belirlenerek, kapsamlı bir taburculuk eğitimi hazırlanmalıdır.
- Katarakt cerrahisi olan hastaların ameliyat sonrası anksiyetesini azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve günlük yaşam aktivitelerini daha rahat sürdürebilmelerine yönelik taburculuk sonrası verilen danışmanlık ve takibin sürekliliği tele sağlık gibi yöntemlerle sağlanmalıdır.
- Hemşireler, hastaları taburculuğa hazırlamak ve katarakt ameliyatının sağlık sonuçlarını daha da iyileştirmek için hastalara verdikleri taburculuk eğitimini güçlendirmelidir.
- Hizmet içi eğitimler yapılarak hemşirelerin eğitim materyali hazırlama konusundaki farkındalıkları artırılmalıdır.
- Katarakt cerrahisi hastaları için hazırlanan kitapçığın klinik uygulamada aktif kullanımı önerilebilir.
- Araştırma sonuçları ilgili kurumla paylaşılarak taburculuk eğitiminin önemine yönelik farkındalık sağlanmalıdır.
- Bu hasta grubunda genellenebilir sonuçlara ulaşılması için farklı kurumlarda, randomize kontrol gruplu ve daha geniş bir örneklem grubu ile daha uzun sürede araştırmanın tekrarlanması ve sonuçların karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdel Azeem, A., Abdullah, W. H., Shehata, O. ve Ellakwa, A. F. (2019). Effect of nursing intervention on nurses' knowledge and practice regarding cataract surgery. *Menoufia Nursing Journal*, 4(2): 95-105. <https://doi.org/10.21608/menj.2019.119060>
- Akoğlu, C.A. (2020). Katarakt Ameliyatı Esnasında Ağrı ve Anksiyete: Birinci Göz ve İkinci Göz Cerrahisi Arasında Karşılaştırma. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir, 89 s.
- Akpolat, C., Demir, M., Cevher, S., Ozturk, S. Z. ve Yesiltas, S. (2022). The impact of phacoemulsification surgery on vision-related quality of life in senile cataract patients. *Therapeutic Advances in Ophthalmology*, 14: 1-9. 251584142110632. <https://doi.org/10.1177/25158414211063293>
- Alhamed, H. S. (2021). Cataracts: An overview. *East African Scholars Journal of Medicine and Surgery*, 3(11): 216-219.
- Alptekin, Ü. M., Ölmez, E. H. ve Aslan, Ö. (2023). Covid-19 ile ilgili çevrimiçi bilgilerin kalitesi ve güvenilirliği üzerine bir araştırma. *International Anatolia Academic Online Journal*, 9(1): 66-76.
- Alshamrani, A. Z. (2018). Cataracts pathophysiology and managements. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70(1): 151-154. <https://doi.org/10.12816/0042978>
- Altinel, M. ve Ardagil Akçakaya, A. (2014). Geriatrics and the eye. *The Medical Journal of Okmeydani Training and Research Hospital*, 29(2): 110-115. <https://doi.org/10.5222/otd.suppl2.2013.110>
- Amedo, A. O., Koomson, N. Y., Pascal, T. M., Kumah, D. B., Ocansey, J. N. A. ve Asare-Bediako, B. (2016). Quality of life of cataract patients before and after surgery-evidence from four rural communities in Ghana. *Mathews Journal of Ophthalmology*, 1(1): 1-7.
- Ang, M. J. ve Afshari, N. A. (2021). Cataract and systemic disease: A review. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 49(2): 118-127. <https://doi.org/10.1111/ceo.13892>
- Arslankılıç, Ç. (2019). Katarakt Cerrahisi Geçirecek Hastalarda Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 70 s.
- Assam, J. H., Bernhisel, A. ve Lin, A. (2018). Intraoperative and postoperative pain in cataract surgery. *Survey of Ophthalmology*, 63(1): 75-85. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2017.07.002>

- Baskın, B. (2019). Günübürlük ve Hastanede Yatarak Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne, 66 s.
- Bayomi, R. R., Taha, N. M. ve Zaiton, H. I. (2014). Nurses' role regarding postoperative patients with cataract needs and problems. *Zagazig Nursing Journal*, 10(1): 48-65. <https://doi.org/10.12816/0029304>
- Bayraktar, Ş., Cebeci, Z., Gözüm, N. ve Gücükoğlu, A. (2016). Senil kataraktı olan hastalarda operasyon öncesi ve sonrası görmeye bağlı yaşam kalitesi değerlendirilmesi. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine/İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 79(2): 54-60. <https://doi.org/10.18017/iuitfd.259631>
- Bilecen, M. E. ve Aksu, Ç. (2022). The effect of education on quality of life in accordance with the requirements of patients with laparoscopic cholecystectomy surgery. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1): 37-44. <https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.976038>
- Birer, Z. (2015). Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulanan Terapötik Dokunmanın Anksiyete ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa, 170 s.
- Blancafort Alias, S., Del Campo Carrasco, Z., Salvador-Miras, I., Luna Mariné, S., Gómez Prieto, M. J., Liñán Martín, F. ve Salvà Casanovas, A. (2022). Exploring vision-related quality of life: A qualitative study comparing patients' experience of cataract surgery with a Standard Monofocal IOL and an Enhanced Monofocal IOL. *Clinical Ophthalmology*, 16: 1641-1652. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S358386>
- Chan, E., Mahroo, O. A. R. ve Spalton, D. J. (2010). Complications of cataract surgery. *Clinical and Experimental Optometry*, 93(6): 379-389. <https://doi.org/10.1111/j.1444-0938.2010.00516.x>
- Cholkar, K., Dasari, S. R., Pal, D. ve Mitra, A. K. (2013). Ocular transporters and receptors, *Eye: Anatomy, physiology and barriers to drug delivery*, Ed.; Mitra AK; Amsterdam, The Netherlands, 1-36. <https://doi.org/10.1533/9781908818317.1>
- Costa, D., Maltez, F., Mota, L. ve Príncipe, F. (2021). Relevance of information when elderly returning home after cataract surgery. *Millenium*, (14): 21-28. <http://dx.doi.org/10.29352/mill0214.20801>
- Cypel, M. C., Salomão, S. R., Dantas, P. E. C., Lottenberg, C. L., Kasahara, N., Ramos, L. R. ve Belfort Jr., R. (2017). Vision status, ophthalmic assessment, and quality of life in the very old. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 80(3): 159-164. <https://doi.org/10.5935/0004-2749.20170039>
- Castells, X., Comas, M., Alonso, J., Espallargues, M., Martínez, V., García-Arumí, J. ve Castilla, M. (2006). In a randomized controlled trial, cataract surgery in both eyes increased benefits compared to surgery in one eye only. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(2): 201-207. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.06.007>

- Çavdar, A.U. (2016). Katarakt Ameliyatı Öncesi Yapılan El Masajının Hasta Anksiyetesi ve Konforuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa, 181 s.
- Çavdar, A. U., Yılmaz, E. ve Baydur, H. (2020). The effect of hand massage before cataract surgery on patient anxiety and comfort: A randomized controlled study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(1): 54-59. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.06.012>
- Çay, E. (2011). Günübirlık Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 109 s.
- Çekiç, O. ve Elbay, A. (2015). Sigara katarakt gelişimi için bir etken mi? *Glokom Katarakt*, 10(1): 61-71.
- Çelebi, C. (2015). Günübirlık Cerrahi Hastalarının Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 58 s.
- Çelebi, C. ve Kanan, N. (2023). Günübirlık cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Black Sea Journal of Health Science*, 6(2): 233-239. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1220826>
- Çelik, S. ve Köstekli, S. (2021). Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar, *Göz-Kulak Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı*, Ed.; Çelik S; Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya, 709-764.
- Çevik, İ., Çakmak, H., Çelik, Ö. ve Okyay, P. (2021). Yaşam boyu göz sağlığı: “2020 vizyonu: Görme hakkı”. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 6(3): 310-321. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.891156>
- Çilingir D ve Bayraktar N. (2011). İnformation requirements and difficulties experienced after discharge in day surgery patients: A descriptive cross sectional survey. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 31(1): 164-75. <https://doi.org/10.5336/medsci.2009-13582>
- Danquah, L., Kuper, H., Eusebio, C., Rashid, M. A., Bowen, L., Foster, A., ve Polack, S. (2014). The long term impact of cataract surgery on quality of life, activities and poverty: Results from a six year longitudinal study in Bangladesh and the Philippines. *PLoS ONE*, 9(4): e94140. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094140>
- Daştan, N. (2022). Katarakt Cerrahisi Öncesi Uygulanan El Masajının Anksiyete, Cerrahi Korku, Ağrı ve Fizyolojik Parametreler Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri, 107 s.
- Davis, G. (2016). The evolution of cataract surgery. *Missouri medicine*, 113(1): 58-62.

- Demircan, S., Ataş, M., Altunel, O., Gülhan, A. ve Zararsız, G. (2015). Anksiyetenin katarakt cerrahisi uygulanan hastalarda uyum ve intraoperatif ağrı üzerine etkisi. *Glokom-Katarakt*, 10(4): 278-282.
- Demirhan, H. ve Akı, E. (2012). Az gören yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin mobilite ile ilişkisi: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 23(1): 36-43.
- Dığın, F., Özkan, Z. K. ve Şahin, A. (2022). Effect of sending sms, which reminds about the intake of medication, on reducing postoperative anxiety in patients undergoing cataract surgery: A randomized controlled study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(1): 75-79. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.07.002>
- Doak L.G, Doak C.C. ve Meade C.D. (1996). Strategies to improve cancer education materials. *Oncology Nursing Forum*, 23(8): 1305-12.
- Ekim Yıldız, H. (2023). Katarakt Ameliyatı Öncesi Ses Kayıt Yöntemi İle Yapılan Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Zonguldak, 85 s.
- El Shafaey, M., Basal, A., Ibrahim, R. A. ve Shalaby, O. E. (2018). Effect of implementing teaching program on knowledge and practice of nurses and clinical outcomes of patients post cataract surgery. *Journal of Nursing and Health Science*, 7(3): 60-70.
- Erden, S. (2021). Cerrahi Hemşireliği Kavram Haritası ve Akış Şemalı, *Göz Cerrahisinde Bakım*, Eds.; Karadağ M ve Bulut H; Ayrıntı Basımevi, Ankara, 989-1005.
- Erdil, F. ve Elbaş, A. (2008). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, *Göz Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*; Aydoğu Ofset Matbaacılık, Ankara, 589-619.
- Erdurmuş, M., Simavlı, H. ve Aydın, B. (2019). Cataracts: An overview. *Handbook of Nutrition, Diet, and the Eye*, 231-244. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815245-4.00014-4>
- EYGHM (2022). Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, TC Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, https://www.aile.gov.tr/media/98625/eyghm_istatistik_bulteni_ocak_2022.pdf, (01.03.2024).
- Fraser, M. L., Meuleners, L. B., Lee, A. H., Ng, J. Q. ve Morlet, N. (2013). Vision, quality of life and depressive symptoms after first eye cataract surgery. *Psychogeriatrics*, 13(4): 237-243. <https://doi.org/10.1111/psyg.12028>
- Gökdoğan, F., Kır, E., Özcan, A., Cerit, B., Yıldırım, Y. ve Akbal, S. (2003). Eğitim kitapçıkları güvenilir mi?, 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya.
- Gözüm, N. (2012). Katarakt ve tedavisi. *Klinik Gelişim*, 25: 12-15.
- Gupta, V., Rajagopala, M. ve Ravishankar, B. (2014). Etiopathogenesis of cataract: An appraisal. *Indian Journal of Ophthalmology*, 62(2): 103. <https://doi.org/10.4103/0301-4738.121141>

- Güçlü, A. ve Kurşun, Ş. (2017). Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2): 107-113.
- Güllülü, Z.Z. (2021). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki Asistan Doktorların Fakoemülsifikasyon Cerrahisi Öğrenim Eğrilerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi (yayımlanmamış), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, 50 s.
- Gülşen, M. (2018). Günübürlük Cerrahi ile Katarakt Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ile Telefonla Hasta İzleminin Hastaların İyileşme Sürecine ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bursa, 131 s.
- Gülşen, M. ve Akansel, N. (2020). Effects of discharge education and telephone follow-up on cataract patients' activities according to the model of living. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(1): 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.04.010>
- H. Abdullah, W., Said M. H. Shehata, O., Mohamed Abdel Azeem, A. ve Faisal Ellakwa, A. (2021). Educational nursing intervention: Its effect on the nurses' performance, patients' daily living activities, needs and selected visual problems of cataract surgery. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(2): 280-297. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.150268>
- Haripriya, A., Tan, C. S. H., Venkatesh, R., Aravind, S., Dev, A. ve Au Eong, K.-G. (2011). Effect of preoperative counseling on fear from visual sensations during phacoemulsification under topical anesthesia. *Journal of Cataract and Refractive Surgery*, 37(5): 814-818. <https://doi.org/10.1016/j.jcrs.2010.11.041>
- Hegazy, S. M., Ragheb, M. M., Ragheb, S. G., El-Sayed, N. O. ve Rashad, M. A. (2012). Health needs management among patients undergoing day case cataract surgery: A proposed protocol. *Life Science Journal*, 9(2): 1316-1327.
- Helvacioğlu, F., Şencan, S., Tunç, Z., Uyar, O. M. ve Kapran, Z. (2014). Katarakt ve güncel tedavi yaklaşımları. *Maltepe Tıp Dergisi*, 6(1): 30-37.
- Hong, T., Mitchell, P., Fong, C. S., Rochtchina, E., De Loryn, T. ve Wang, J. J. (2014). Patients' short-term satisfaction with cataract surgery and long-term sustainability of improved visual-related quality of life over 3 postoperative years. *The Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*, 3(2): 83-87. <https://doi.org/10.1097/APO.0b013e3182a0c492>
- Huri, M., Akı, E., Bumin, G. ve Karel, F. (2013). Senil kataraktı olan geriatriklerde fakoemülsifikasyon cerrahisinin aktivite performansı ve katılımı üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(1): 33-43.
- Kahraman, H. ve Kurşun, Ş. (2022). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimini uygulama durumları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3): 258-268.
- Karabulut, S. (2021). Tıp Fakültesi Öğrencileri İçin Göz Hastalıkları, *Lens Hastalıkları*, Eds.; Karalezli A ve Kaderli A; Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, 20-25.

- Karahan, A., Kav, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N. ve Tepe, A. (2010). Günübirlik cerrahiye takiben hastaların ev ortamındaki deneyim ve güçlükleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(3): 38-48.
- Karaman Özlü, Z., Tuğ, Ö. ve Çay Yayla, A. (2016). Inevitable problems of older people: presurgery information effect on anxiety levels in patients undergoing cataract surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10): 1388-1394. <https://doi.org/10.1111/jocn.13233>
- Karini, B. (2017). Kataraktlı Olgularda Fakoemülsifikasyon Sonrası Göz İçi Lenslerinin Görsel ve Refraktif Sonuçlarının, Kontrast Duyarlılık Değişiklerinin, Arka Kapsül Opasifikasyonu ve Residüel Astigmatizmanın Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi (yayımlanmamış), Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 65 s.
- Kececs, Z., Jakubovits, E., Varga, K. ve Gombos, K. (2014). Effects of patient education and therapeutic suggestions on cataract surgery patients: A randomized controlled clinical trial. *Patient Education and Counseling*, 94(1): 116-122. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.019>
- Kels, B. D., Grzybowski, A. ve Grant-Kels, J. M. (2015). Human ocular anatomy. *Clinics in Dermatology*, 33(2): 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.clinidermatol.2014.10.006>
- Kılıç, E. (2018). Az Gören Erişkin Bireylerde Serbest Zamanla İlişkili Aktivite Performansını Etkileyen Faktörlerin Kişi-Çevre-Aktivite Modeli ile İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergoterapi Anabilim Dalı, Ankara, 83 s.
- Klyushnikova, E. (2021). Possibility of using of international classification of functioning in rehabilitation of patients with cataract. *Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine*, 16(4): 246-254. <https://doi.org/10.21638/spbu11.2021.403>
- Korkusuz, A. (2014). Katarakt Ameliyatı Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Güçlüklerin ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, 119 s.
- Köse, B., İmamoğlu, H. İ. ve Türk, A. (2021). Evaluation of refractive results after phacoemulsification surgery without complication: Prospective clinical study. *Türkiye Klinikleri Journal of Ophthalmology*, 30(4): 240-249. <https://doi.org/10.5336/ophthal.2021-82866>
- Lam, D., Rao, S. K., Ratra, V., Liu, Y., Mitchell, P., King, J., Tassignon, M.-J., Jonas, J., Pang, C. P. ve Chang, D. F. (2015). Cataract. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1): 1-15. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.14>
- Lamoureux, E. L., Fenwick, E., Pesudovs, K. ve Tan, D. (2011). The impact of cataract surgery on quality of life. *Current Opinion in Ophthalmology*, 22(1): 19-27. <https://doi.org/10.1097/ICU.0b013e3283414284>

- Lim, J. C., Caballero Arredondo, M., Braakhuis, A. J. ve Donaldson, P. J. (2020). Vitamin C and the lens: New insights into delaying the onset of cataract. *Nutrients*, 12(10): 3142. <https://doi.org/10.3390/nu12103142>
- Liu, Y. C., Wilkins, M., Kim, T., Malyugin, B. ve Mehta, J. S. (2017). Cataracts. *The Lancet*, 390(10094): 600-612. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30544-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30544-5)
- Ługowska, D., Konopinska, J., Mariak, Z. ve Obuchowska, I. (2020). Comparison of subjective preoperative experiences of patients before first- or second-eye cataract surgeries. *Clinical Ophthalmology*, 14: 2883–2889. <https://doi.org/10.2147/OPHT.S270196>
- Luna, M. G. P., Arciniega, M. D. R. S., Wbaldo, M. D. C. M., Weber, E. B. ve Montiel, I. C. V. (2016). Quality of life of patients who have undergone cataract surgery at the national institute of rehabilitation. *Trabajo Social UNAM*, (5): 93-110.
- Mahfouz, E. N. A., Mohamed, A. A., Abdelhalim, A. S. ve Mohamed, R. F. (2019). Effect of post cataract surgery discharge instructions on reducing eye infection among elderly patients. *Minia Scientific Nursing Journal*, 006(1): 19-25. <https://doi.org/10.21608/msnj.2019.187794>
- McGhee, C. N. J., Zhang, J. ve Patel, D. V. (2020). A perspective of contemporary cataract surgery: The most common surgical procedure in the world. *Journal of the Royal Society of New Zealand*, 50(2): 245-262. <https://doi.org/10.1080/03036758.2020.1714673>
- Messina-Baas, O. ve Cuevas-Covarrubias, S. A. (2017). Inherited congenital cataract: a guide to suspect the genetic etiology in the cataract genesis. *Molecular Syndromology*, 8(2): 58-78. <https://doi.org/10.1159/000455752>
- Meşe, S. (2018). Taburculuk Eğitimi Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir, 110 s.
- Mohamed, N. A., Abdel Rahman, M. S. ve Hussein, A. H. (2015). Cataract: Effect of designed nursing guidelines on patients to minimize postoperative complications. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 3(5): 34-41. <https://doi.org/10.21608/asnj.2015.58907>
- Moladoost, A., Salehi, A., Farzi, S., Dehghani, A., Razmjoo, H., Mohammadi, Z. S. ve Farzi, S. (2021). The effects of an interdisciplinary supportive educational program on anxiety among patients undergoing cataract surgery. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(3): 145.
- Ni, W., Li, X., Ao, M., Zhang, H., Hou, Z., Si, S. ve Wang, W. (2012). Using the real-life vision test to assess the functional vision of age-related cataract patients. *Eye*, 26(11): 1402-1411. <https://doi.org/10.1038/eye.2012.168>
- Ni, W., Li, X., Hou, Z., Zhang, H., Qiu, W. ve Wang, W. (2015). Impact of cataract surgery on vision-related life performances: The usefulness of Real-Life Vision Test for cataract surgery outcomes evaluation. *Eye*, 29(12): 1545-1554. <https://doi.org/10.1038/eye.2015.147>

- Obuchowska, I. ve Konopinska, J. (2021). Fear and anxiety associated with cataract surgery under local anesthesia in adults: A systematic review. *Psychology Research and Behavior Management*, 14: 781–793. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S314214>
- Oh, E. G., Lee, H. J., Yang, Y. L. ve Kim, Y. M. (2021). Effectiveness of discharge education with the teach-back method on 30-day readmission: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 17(4): 305-310. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000596>
- Okyay, M. (2018). Ameliyat Öncesi Eğitim Yapılan Katarakt Hastaları ile Eğitim Yapılmayan Katarakt Hastalarının Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 102 s.
- Oymağaçlıo, K. (2017). Katarakt Ameliyatı Planlanan Hastaların Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 97 s.
- Oymağaçlıo, K. ve Ateş, S. (2019). Identifying factors affecting anxiety levels in the patients planned for cataract surgery: A cross-sectional study. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2): 1-10.
- Öner, N. ve A. Le Compte. (1983). Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayını, İstanbul.
- Özdemir, Ç. (2019). Katarakt Tanısı Alan Bireylerde Düşme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa, 166 s.
- Özlu, Z. K., Tuğ, Ö. ve Yayla, A. Ç. (2016). Inevitable problems of older people: Presurgery information effect on anxiety levels in patients undergoing cataract surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25: 1388-1394.
- Özşaker, E., Durak, H. ve Canbazogulları, Ü. (2019). Günübürlük cerrahide hastaların ameliyat sonrasına ilişkin endişelerinin incelenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 9(1): 100-105. <https://doi.org/10.16899/gopctd.478417>
- Parveen, A., Ellahi, R., Sultana, S., Tahir, M. ve Khatoon, T. (2016). Effect of preoperative education on level of anxiety in patients undergoing cataract surgery. *Journal of Islamabad Medical & Dental College (JIMDC)*, 5(4): 192-194.
- Pınar, C. L. (2015). Katarakt Hastalarının Lens Ön Kapsülünde İcam-1 ve Vimentin'in Araştırılması. Uzmanlık Tezi (yayımlanmamış), Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum, 67 s.
- Prokofyeva, E., Wegener, A. ve Zrenner, E. (2013). Cataract prevalence and prevention in Europe: A literature review. *Acta Ophthalmologica*, 91(5): 395-405. <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2012.02444.x>

- Ramirez, D. A., Brodie, F. L., Rose-Nussbaumer, J. ve Ramanathan, S. (2017). Anxiety in patients undergoing cataract surgery: A pre- and postoperative comparison. *Clinical Ophthalmology*, 11: 1979–1986. <https://doi.org/10.2147/OPTH.S146135>
- Shah, R. (2010). Anesthesia for cataract surgery: Recent trends. *Oman Journal of Ophthalmology*, 3(3): 107. <https://doi.org/10.4103/0974-620X.71881>
- SHGM (2017). Katarakt Cerrahisi Klinik Protokolü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/297726/0/katarakt-cerrahisi-klinik-protokolupdf.pdf> (01.04.2024).
- Shiels, A. ve Hejtmancik, J. F. (2013). Genetics of human cataract. *Clinical genetics*, 84(2): 120-127. <https://doi.org/10.1111/cge.12182>
- Smith, L., Timmis, M. A., Pardhan, S., Latham, K., Johnstone, J. ve Hamer, M. (2017). Physical inactivity in relation to self-rated eyesight: Cross-sectional analysis from the English Longitudinal Study of Ageing. *BMJ Open Ophthalmology*, 1(1): e000046. <https://doi.org/10.1136/bmjophth-2016-000046>
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. ve Lushene, R. E. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 - Y2). CA: Consulting Psychologists Press, 4.
- Şahin, F., Yilmaz, F., Ozmaden, A., Kotevoglu, N., Sahin, T. ve Kuran, B. (2008). Reliability and validity of the Turkish version of the nottingham extended activities of daily living scale. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(5): 400- 405. <https://doi.org/10.1007/BF03325144>
- Tan, Y., Liu, L., Li, J., Qin, Y., Sun, A. ve Wu, M. (2022). Effect of cataract surgery on vision-related quality of life among cataract patients with high myopia: A prospective, case-control observational study. *Eye*, 36(8): 1583-1589. <https://doi.org/10.1038/s41433-021-01697-6>
- Thompson, J. ve Lakhani, N. (2015). Cataracts. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 42(3): 409-423. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2015.05.012>
- Toprak, A. B., Eser, E., Guler, C., Baser, F. E. ve Mayali, H. (2005). Cross-validation of the Turkish version of the 25-Item National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI-VFQ 25). *Ophthalmic Epidemiology*, 12(4): 259-269. <https://doi.org/10.1080/09286580590967763>
- Tök, L. (2016). Lens Hastalıkları. *Derman Medical Publishing*, 88-107. doi:10.4328/DERMAN.4571
- Türk, B. (2023). Katarakt Cerrahisi Öncesi Verilen Eğitimin Hastaların Perioperatif Anksiyete Düzeylerine Etkisi: Bir Metaanaliz Çalışması. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Bahçeşehir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 68 s.
- URL-1 (2023). <https://www.jotform.com/tr/form-templates/egitim-degerlendirme-formu>, JOTFORM, Eğitim Değerlendirme Formu, (20.03.2024).

- URL-2 (2023). https://ticaret.edu.tr/wp-content/uploads/2022/06/INS.FR_26-Egitim-Değerlendirme-Formu.docx.pdf, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Eğitim Değerlendirme Formu, (20.03.2024).
- URL-3 (2023). <https://www.metem.org.tr/egitim-degerlendirme-formu>, METEM, TMMOB Metalurji ve Malzeme Mühendisleri Odası Eğitim Merkezi, (20.03.2023).
- URL-4 (2023). https://proje.ksu.edu.tr/depo/duyuru_belge/E%C4%9Fitim%20De%C4%9Ferlendirme%20Formu_2012241142500358.docx, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Eğitim Değerlendirme Formu, (21.03.2023).
- URL-5 (2023). <https://persdb.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/128/files/fr-060-egitim-degerlendirme-formu-24032022.docx>, Süleyman Demirel Üniversitesi Personel Daire Başkanlığı, Eğitim Değerlendirme Formu, (21.03.2023).
- Uysal, A.T. (2019). Katarakt Hastalarında Gonyoskopik Muayenenin Biometrik Ölçümler Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi (yayımlanmamış), Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, 61 s.
- Ülkü, S. (2019). Günübürlük Cerrahi Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Bakım Sırasında Karşılaştıkları Güçlükler, Başetme Yöntemleri ve Bilgilendirilme Gereksinimleri. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sakarya, 109 s.
- Wang, W., Yan, W., Fotis, K., Prasad, N. M., Lansingh, V. C., Taylor, H. R., Finger, R. P., Facciolo, D. ve He, M. (2016). Cataract surgical rate and socioeconomic: A global study. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 57(14): 5872. <https://doi.org/10.1167/iovs.16-19894>
- Watkinson, S. ve Seewoodhary, R. (2015). Cataract management: Effect on patients' quality of life. *Nursing Standard*, 29(21): 42-48. <https://doi.org/10.7748/ns.29.21.42.e9222>
- Weikel, K. A., Garber, C., Baburins, A. ve Taylor, A. (2014). Nutritional modulation of cataract. *Nutrition Reviews*, 72(1): 30-47.
- Weiss, M. E., Sawin, K. J., Gralton, K., Johnson, N., Klingbeil, C., Lerret, S., Malin, S., Yakusheva, O. ve Schiffman, R. (2017). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34: 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.021>
- Yaşar, T. Ö. ve Çınar, İ. N. (2023). Katarakt Cerrahisi ve İntraoküler Lensler, *İntraoküler Lensler*, Ed.; Yaşar TÖ; İksad Yayınevi, Ankara, 18-37.
- Yıldırım, B. ve Demirarslan, D. (2019). Gözün görme işlevi ve sanal iç mimari ürün. *Mimarlık ve Yaşam*, 4(1): 155-165. <https://doi.org/10.26835/my.558206>
- Yılmaz, E., Birer, Z. ve Baydur, H. (2016). The effect of therapeutic touch performed during cataract surgery on anxiety and patient satisfaction. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 7(1): 52-56.

- Yu, X., Lyu, D., Dong, X., He, J. ve Yao, K. (2014). Hypertension and risk of cataract: A meta-analysis. *PloS One*, 9(12): e114012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114012>
- Zetterberg, M. ve Celojovic, D. (2014). Gender and cataract – The role of estrogen. *Current Eye Research*, 40(2): 176-190. <https://doi.org/10.3109/02713683.2014.898774>
- Zhu, M., Yu, J., Zhang, J., Yan, Q. ve Liu, Y. (2015). Evaluating vision-related quality of life in preoperative age-related cataract patients and analyzing its influencing factors in China: A cross-sectional study. *BMC Ophthalmology*, 15(1): 160. <https://doi.org/10.1186/s12886-015-0150-8>
- Zümrüt Acar, E. ve Yıldız Fındık, Ü. (2021). Ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar ve ameliyat sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunların hastalık algısına etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3): 197-206.
- Qiu, C., Feng, X., Zeng, J., Luo, H. ve Lai, Z. (2019). Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in cataract patients treated with day surgery: A cross-sectional study. *Indian Journal of Ophthalmology*, 67(5): 612. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_1116_18
- Quaranta, L., Riva, I., Gerardi, C., Oddone, F., Floriano, I. ve Konstas, A. G. P. (2016). Quality of life in glaucoma: A review of the literature. *Advances in Therapy*, 33(6): 959-981. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0333-6>

EKLER

EK 1: Gönüllü Onam Formu



BARTIN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi TUĞBA BALOĞLU tarafından yürütülen “Katarakt Ameliyatı Öncesi Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastaların Yaşam Kalitesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Anksiyete Düzeyine Olan Etkisi” adlı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Amacı: Literatür taramalarından elde edilen bilgilere göre, ameliyat öncesi hemşireler tarafından verilen eğitimin hastalarda anksiyeteyi ve postoperatif komplikasyonları azalttığı, yaşam kalitesini, günlük yaşam aktivitelerini iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda, bu çalışma, ameliyat öncesi verilen taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi

amacıyla yapılacaktır.

b. Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma Tez çalışması

c. Araştırmanın Öngörülen Süresi:

d. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Devlet Hastanesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile):

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

EK 2: Demografik Bilgi Formu

Aşağıda kişisel bilgilerinizi öğrenebilmek için bir bilgi formu hazırlanmıştır. Size uygun olan cevabı işaretleyiniz veya yazınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Bu bilgi formunda vereceğiniz yanıtlar bilimsel bir amaç için kullanılacak olup başka hiç kimse ile hiçbir yerde paylaşılmayacaktır. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyup, en uygun cevabı veriniz. Lütfen boş soru bırakmayınız.

Hastanın Adı- Soyadı:

Hastanın İletişim Bilgileri: Ev Telefonu:

Cep Telefonu:

1-Yaş:

2-Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

3- Boyunuz: Kilomuz:

4-Medeni Durum: a) Bekar b) Evli c) Dul d) Boşanmış e) Diğer

5-Eğitim Durumu: a) Sadece okur-yazar b) İlk- Ortaokul c) Lise
d) Üniversite e) Yüksek Lisans ve üzeri

6-Mesleğiniz: a) Ev Hanımı b)Emekli c)Aylıklı Çalışan d)Serbest Meslek e)Diğer

7-Aylık Gelir Düzeyi: a) Gelir Giderden Düşük b) Gelir Gidere Eşit c) Gelir Giderden Fazla

8-Sağlık Güvenceniz: a)Var b)Yok

9- İkamet ettiğiniz yer: a)İl b)İlçe c)Belde d)Köy

10-Çocuğunuz var mı? a) Evet (ise kaç çocuğunuz var?) b) Hayır

11- Evde yaşadığınız kişi/kişiler: a)Yalnız yaşıyor b) Eşiyle yaşıyor c)Çocuklarıyla yaşıyor d)Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor e)Huzurevi ya da barınma evinde yaşıyor

12-Kronik bir hastalığınız var mı ? a) Evet (açıklayınız) b) Hayır

13- Alışkanlıklarınız:

Sigara.....paket/günay/yıldır

Alkol.....paket/günay/yıldır

Çay.....paket/günay/yıldır

Kahve.....paket/günay/yıldır

14. Ne zamandır bu hastalıktan şikayetçisiniz?gün

15-Katarakt ameliyatı sonrasında dikkat etmeniz gerekenler hakkında bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Yetersiz

Yeterli

16-Katarakt hakkında bilgi sahibi oldunuz mu? a) Evet b)Hayır

17-Katarakt ameliyatı sonrası bakımla ilgili bilgiyi kimden/nereden edindiniz?

a)Yakınımdan b)Hemşire c)Doktor d)Kitap ve Dergilerden
e)Kitle İletişim Araçları (İnternet/TV) f)Diğer

18- Daha önce hastaneye yattınız mı? a)Evet b)Hayır

19- Daha önce ameliyat oldunuz mu? a) Evet b)Hayır

20- Ailenizde katarakt ameliyatı olan var mı? a) Evet b) Hayır

21- Uzun süreden beri kullandığımız ilaç var mı? a) Evetay/yıldır b)Hayır
.....ay/yıldır

EK 3: Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

NOTTINGHAM GENİŞLETİLMİŞ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ				
AKTİVİTE	Hiç yapamıyorum (0)	Yardım alarak (1)	Tek başma zorlanarak (2)	Tek başma kolayca (3)
HAREKET				
Dışarıda yürür müsünüz?				
Merdiven çıkar mısınız?				
Arabaya binip mermisiniz?				
EngEBeli yolda yürür müsünüz?				
Karşıdan karşıya geçer misiniz?				
Toplu taşıma araçlarına biner misiniz?				
MUTFAKTA				
Yemeğinizi kendiniz mi yersiniz?				
Kendinize sıcak içecek yapar mısınız?				
Bir odadan diğerine sıcak içecek taşır mısınız?				
Bulaşıkları yıkar mısınız?				
Kendinize atıştırarak sıcak bir şeyler yapar mısınız?				
EV İŞLERİ				
Dışarı çıktığınızda kendi paranızı idare edebiliyor musunuz?				
Ufak tefek çamaşırları yıkar mısınız?				
Ev işlerinizi yapabilir misiniz?				
Kendi alışverişinizi yapar mısınız?				
Bütün çamaşırları yıkar mısınız?				
BOŞ ZAMAN AKTİVİTELERİ				
Gazete ya da kitap okur musunuz?				
Telefon kullanabilir misiniz?				
Mektup yazar mısınız?				
Dışarı çıkıp insanlarla görüşür müsünüz?				
Bahçenizle, çiçek, evcil hayvan bakımı ile uğraşır mısınız ?				
Araba kullanır mısınız?				

EK 4: Ulusal Göz Sağlığı Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ 25)

1. BÖLÜM - GENEL SAĞLIK VE GÖRME

1. Genel olarak, tüm sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

KATEGORİLERİ OKUYUN:	<i>(Birini daire içine alın)</i>	
	Mükemmel	1
	Çok iyi	2
	İyi	3
	Orta	4
	Kötü	5

2. Şu anda her iki gözünüzle baktığımızda, eğer kullanıyorsanız gözlük ya da kontakt lenslerinizle de olsa, görmenizin, mükemmel, iyi, orta, kötü, veya çok kötü olduğunu mu sövlersiniz yoksa tamamen kör müsünüz? (Birini daire icine alın)

KATEGORİLERİ OKUYUN:	Mükemmel..... 1
İyi.....2	
Orta3	
Kötü.....4	
Çok kötü5	
Tamamen Kör6	

3. Ne sıklıkla görmeniz ile ilgili endişe duyuyorsunuz?

(Birini daire içine alın)

KATEGORİLERİ OKUYUN:	Hiçbir zaman 1
Nadiren.....2	
Bazen.....3	
Çoğu zaman.....4	
Her zaman.....5	

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

(Birini daire içine alın)

KATEGORİLERİ OKUYUN:	Hiç.....	1
	Hafif.....	2
	Orta.....	3
	Şiddetli veya.....	4
	Çok şiddetli.....	5

2. BÖLÜM - FAALİYETLERLE İLGİLİ ZORLUKLAR

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

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

(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alın)

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

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

(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alın)

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

©R1996

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

(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alın)

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

8. Sokak isimlerini ya da mağaza tabelalarını okumak sizin için ne kadar zor?
(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alm)

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

9. Görmeniz nedeniyle loş ışıkta ya da geceleri, basamak, merdiven veya kaldırımlardan aşağı inmek sizin için ne kadar zor?
(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alm)

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

10. Görmeniz nedeniyle, yürürken çevrenizdeki şevleri fark etmek sizin için ne kadar zor?
(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alm)

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

11. Görmeniz nedeniyle, söylediğiniz sözlere insanların nasıl tepki verdiklerini görebilmek sizin için ne kadar zor?
(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alm)

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

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

(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alın)

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

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

(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alın)

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

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

(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alın)

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

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

(Birini daire içine alın)

Evet..... 1 *(Soru 15c'ye gidin iz)*

Hayır..... 2

15a. EĞER HAYIRSA SOR: Hiç mi araba kullanmadınız yoksa araba kullanmayı mı bıraktınız?

(Birini daire içine alın)

Hiç kullanmadım..... 1 *(3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz)*

Bıraktım..... 2

15b. EĞER ARABA KULLANMAYI BIRAKTIYSA: Bıraktığınız, temelde görmenize mi, başka nedenlere mi yoksa hem görmenize hem başka nedenlere mi bağlıydı?

(Birini daire içine alın)

Temelde görmeme bağlı.....1 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz

Temelde başka nedenlere bağlı.....2 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz

Hem görme hem başka nedenlere bağlı....3 3. Bölüm, 17. Soruya

gidiniz

15c. EĞER ŞU ANDA ARABA KULLANIYORSA: Alıştığınız yerlerde gündüz araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1

Biraz zor 2

Orta derecede zor 3

Çok zor 4

16. Geceleri araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil..... 1

Biraz zor..... 2

Orta derecede zor..... 3

Çok zor..... 4

Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5

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

©R1996

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

(CEVAP İÇİN KATEGORİLERİ OKUYUN)

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil..... 1

Biraz zor..... 2

Orta derecede zor..... 3

Çok zor..... 4

Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5

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

3. BÖLÜM - GÖRME SORUNLARININ SONUÇLARI

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

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
17. Görmeniz nedeniyle, hedeflediğimizden daha azını mı başarıyorsunuz?	1	2	3	4	5
18. Görmeniz nedeniyle, iş ya da başka etkinlik için harcayabileceğiniz süre daha mı az?	1	2	3	4	5
19. Gözlerinizde veya çevresindeki ağrı ya da rahatsızlık hissi, örneğin, yanma, kaşınma veya ağrı, sizi yapmak istediklerinizden, ne kadar alıkoyuyor?	1	2	3	4	5

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

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Kararsızım	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
20. Görmem nedeniyle, çoğu zaman evden dışarı çıkamıyorum.	1	2	3	4	5
21. Görmem nedeniyle, çoğu zaman kendimi sınırlı hissediyorum.	1	2	3	4	5
22. Görmem nedeniyle, yaptığım işlere daha az hakim olabiliyorum.	1	2	3	4	5
23. Görmem nedeniyle, başka insanların söylediklerine daha fazla bel bağlamak zorundayım	1	2	3	4	5
24. Görmem nedeniyle, başkalarının yardımına çok fazla ihtiyaç duyuyorum.	1	2	3	4	5

25. Görmem nedeniyle, yapabileceğim, kendimi veya başkalarını utandıracak şeyler yapmaktan endişe duyuyorum.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

©R1996

EK 5: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)

Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI-S)

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

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sınırlarım 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	Sınırlarımın 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)

Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-T) (DEVAM)

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

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

EK 6: Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

	Evet 1 puan	Hayır 0 puan
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?		

25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

EK 7: Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN

BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1. soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşamayacağımı düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- Taburculuk ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı.

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır.

Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanılmasının olması

Dikkatli olunmalı eğer;

- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz

edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Bu kitapçıkta bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Bu kitapçıkta bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim kitapçığının daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında taburculuk ile ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük		Orta		Yüksek
Ciddi/Aşırı eksikleri var		Önemli Eksiklikleri var		Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5

EK 8: Eğitim Değerlendirme Formu

Eğitmen: Tuğba BALOğLU

Değerlendirmelerinizi size en uygun seğeneği işaretleyerek yapınız.

1. Eğitimin amacı güzelce aklandı.

1 2 3 4 5

Katılmıyorum

Katılıyorum

2. Eğitici eğitim verdiği konuya hâkimdi.

1 2 3 4 5

Katılmıyorum

Katılıyorum

3. Eğitimin süresi yeterliydi.

1 2 3 4 5

Katılmıyorum

Katılıyorum

4. Eğitim ortamı uygundu.

1 2 3 4 5

Katılmıyorum

Katılıyorum

5. Eğitimin düzenlendiği tarih (zamanlaması) uygundu.

1 2 3 4 5

Katılmıyorum

Katılıyorum

6. Eğitimde ele alınan konular benim gereksinimlerime cevap verdi.

1 2 3 4 5

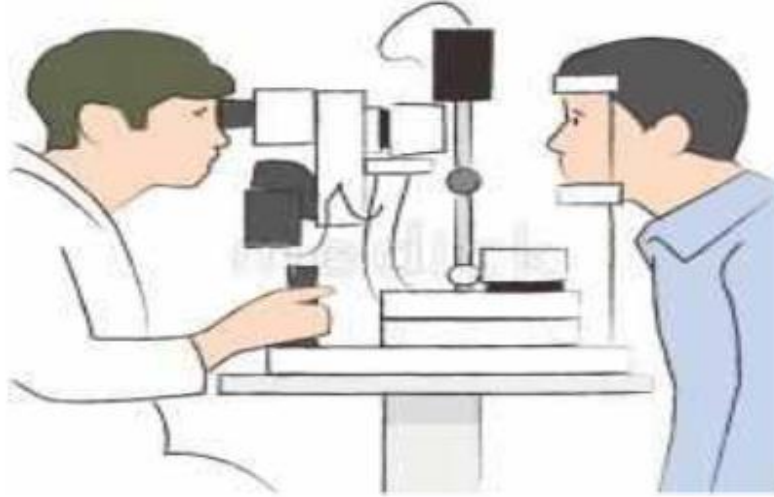
Katılmıyorum

Katılıyorum

EK 9: Eğitim Kitapçığı



KATARAKT CERRAHİSİ SONRASI EVDE BAKIM KİTAPÇIĞI



Değerli Hastalarımız ve Yakınları,

Bu kitapçık katarakt ameliyatı geçiren hastalar için hazırlanmıştır. Amacımız, ameliyat öncesi verilecek olan taburculuk eğitiminin hastanın yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve anksiyete düzeylerine etkisinin değerlendirilmesidir. Kitapçıkta yer alan bilgiler size katarakt ameliyatı sonrası iyileşme sürecinde ihtiyaç duyacağınız bilgileri verecektir. Talimatların çoğu ameliyatta yerleştirilen yeni lensinizin yerinde kalmasını sağlamak, gözünüzde enfeksiyon oluşmasını önlemek ve erkenden iyileşmeyi sağlamak içindir. Başka sorularınız veya endişeleriniz olursa, lütfen doktorunuzla iletişime geçiniz. Bu kitapçığı aldığınız gün mutlaka okuyunuz.

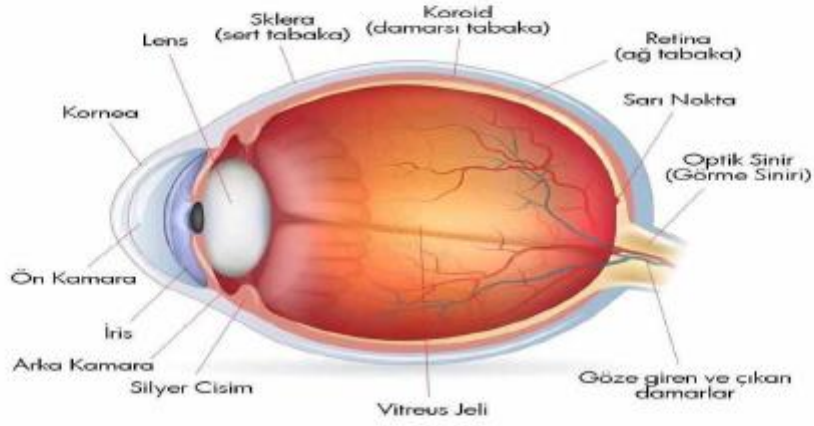
Geçmiş olsun dileklerimizle.

Hazırlayan: Tuğba BALOĞLU, Bartın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Elif KARAHAN, Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

2023

Gözün yapısı nasıldır?



Göz, görmeyi sağlamak için birçok bölümden oluşur. Gözlerimizin içinde doğal bir mercek (lens) vardır. Mercek göze gelen ışık ışınlarını kırarak görmemizi sağlar. Mercek, aşağıdaki normal göz resminde olduğu gibi şeffaf olmalıdır.



Normalde şeffaf olan göz merceğinin (lensin) bulanıklaşmasına katarakt denir.

Katarakt nasıl gelişir?

Gözümüzde bulunan mercek (lens) esas olarak su ve proteinlerden oluşur. Mercekteki bu proteinler normalde ışığın kolayca geçebileceği şekilde düzenlenir. Ancak gözdeki bu proteinler zamanla bir araya toplanır ve katarakt

dediğimiz yapıyı oluşturur. Proteinler bu şekilde kümelendiğinde ışık da geçemez ve mercek bulanıklaşır.

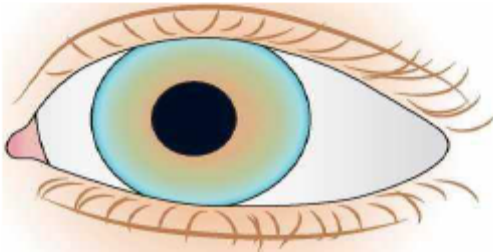
Kataraktın sebepleri nedir?

Kataraktın birçok sebebi vardır. Bunlar;

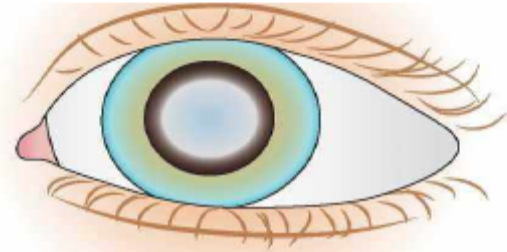
- İleri yaş,
- Uzun süre güneşe maruz kalmak,
- Kadın cinsiyet,
- Genetik yatkınlık (özellikle anne babada katarakt olması),
- Sigara kullanmak,
- Diyabet hastası (şeker hastalığı) olmak,
- Erken yaşlarda katarakta neden olabilecek kortikosteroid gibi bazı ilaçların kullanılması,
- Göz yaralanmaları,
- Gözden ameliyat geçirmiş olmak,
- Gözden radyasyon tedavisi görmüş olmak.

Katarakt belirtileri nelerdir?

Katarakt yıllar içinde çok yavaş ilerlediği için ilk başta herhangi bir belirti fark etmeyebilirsiniz. Katarakt olan gözler dışardan bakıldığında genelde normal görünür, ancak katarakt ilerlediği zaman göz bebeğiniz artık siyah görünmeyebilir, göz bebeğinizde bulanık ya da beyaz bir görüntü oluşur.



Normal Göz



Kataraktlı Göz

- Az görme,
- Ağrısız, bulanık şekilde görme (temizlenmemiş gözlük ile bakıyor gibi),
- Renklerin canlılığında azalma,
- Çift görme,
- Işığa karşı hassasiyet (ışıklar çok fazla parlak görünür),
- Gözde kamaşma,
- Gözlük numarasının sürekli olarak değişmesi,
- Gözlüğü sürekli silme ihtiyacı hissedilmesi,
- Gece görüşünün azalması ve ışıkların dağılması,
- Okurken güçlü bir ışığa ihtiyaç duyma isteği,
- Geceleri araba kullanırken zorlanmak (özellikle geceleri karşıdan gelen farların rahatsız etmesi),
- Sarı-kahverengi şekilde görme gibi belirtiler olmaktadır.



Normal Göz ile Görüş

Kataraktlı Göz ile Görüş

Katarakt nasıl teşhis edilir?

Göz doktorunuz gözünüzde katarakt olup olmadığını düzenli bir göz muayenesi ile kontrol edecektir.



Katarakt sadece yaşlılarda mı görülür?

Katarakt her yaşta, bir ya da iki gözünüzde de gelişebilir. Yaşlanma nedeniyle oluşan kataraktların çoğu daha yavaş gelişir. Diğer kataraktlar, örneğin genç insanlarda ya da şeker hastalarında olan kataraktlar daha hızlı gelişebilir. Katarakt, aynı zamanda "yaşlanma hastalığı" olarak da adlandırılır. Genç yaşlarda lenslerimiz genellikle şeffaf cam gibidir, yaşlandıkça banyo camı gibi buğulanmaya ve görmemizi sınırlamaya başlar.

Katarakt bir gözden diğerine yayılır mı?

Katarakt bir gözden diğer göze yayılmaz.

Kataraktın tedavisi nasıl yapılır?

Katarakt ilaç, gözlük, göz damlaları ile tedavi edilemez, bu yüzden tek tedavisi ameliyattır. Katarakt için ana tedavi, genellikle lokal anestezi ile ultrason eşliğinde özel bir teknik kullanılarak (fakoemülsifikasyon) yapılan katarakt ameliyatıdır. Cerrah tarafından yapılan katarakt ameliyatı, hastanın korneasında küçük bir kesi yapılarak gerçekleştirilir. Ameliyatla bulanıklaşan doğal mercek çıkarılır ve çıkarılan doğal merceğin yerine yapay bir mercek yerleştirilir. Bu mercek daha sonra ömür boyu yerinde kalacaktır. Yeni merceği hiçbir zaman hissetmeyeceksiniz ve görmeyeceksiniz.



Katarakt teşhisi konuldu, ne zaman ameliyat olmalıyım?

Katarakt ameliyatı acil bir ameliyat olmadığı için siz ve göz doktorunuz ameliyatınız için en uygun zamanı planlayabilirsiniz.

Her iki gözde katarakt olduğu durumlarda ne yapılır?

Her iki gözünüzde de katarakt varsa, önce bir göz tedavi edilir. Ameliyat edilen göz tamamen iyileştikten sonra diğer göz ameliyat edilir.

Ameliyattan sonra gözlük takılması gerekir mi?

Bazı insanlar ameliyattan sonra da hala gözlüğe ihtiyaç duyabilir. Ameliyattan 6-8 hafta sonra göz doktorunuz gözlerinizi tekrar muayene edecek ve gözlüğe ihtiyacınız varsa size yeniden gözlük reçete edecektir. Daha fazla bilgi almak için lütfen göz doktorunuzla iletişime geçin.

Ameliyat ne kadar sürer?

Ameliyat yaklaşık olarak 15 ila 30 dakika sürer. Genellikle ameliyat sonrası aynı gün eve gitmenize izin verilir, ancak sizi eve bırakacak ve ameliyattan sonra 24 saat sizinle ilgilenecek birine ihtiyacınız olacaktır.

Ameliyatın riskleri nelerdir?

Katarakt cerrahisinin ana hedefi, hastaya görme işlevini yeniden kazandırmak ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesini arttırmaktır. Katarakt ameliyatı güvenilir bir ameliyattır. Çoğu hasta ameliyatta yeni lensleri takıldıktan sonra daha iyi görür. Ancak tüm ameliyatlarda olduğu gibi katarakt ameliyatında da küçük sorunlar oluşabilmektedir. Bu sorunlar şunları içerebilir:

- Gözde enfeksiyon gelişmesi,
- Göz içinde basınç artışı,
- Ameliyat sırasında kullanılan anesteziye karşı reaksiyon gelişmesi;

reaksiyon göz çevresinde şişlik veya kızarıklık şeklinde kendini gösterebilir.

Cerrahiniz sizinle bu riskler ve bu risklerin her birinin sizin için ne anlama geldiği hakkında konuşacaktır. Ameliyatınızdan önce sizden ameliyat için rıza belgesi alınacaktır.

Ameliyat sonrası gözün iyileşmesi ne kadar sürer?

Gözünüzün tamamen iyileşmesi ve en iyi görüşe ulaşmanız 3 haftaya kadar uzayabilir.

Katarakt ameliyatının başarı oranı nasıldır?

Katarakt ameliyatı en güvenli ve başarı oranı en yüksek ameliyatlardan biridir. Ameliyatı geçirenlerin yaklaşık yüzde 90'ı, ameliyat sonrası daha iyi görüşe sahip olur.

Katarakt önlenir mi?

Kataraktın önlenip önlenemeyeceği kesin olarak bilinmemektedir. Yapılan araştırmalar bazı besinleri tüketmenin katarakt oluşumunu yavaşlattığını göstermektedir. Bu besinler; yeşil yapraklı sebzeler, turunçgiller ve meyveler (C vitamini içerir), balık (omega-3 içerir), badem ve ıspanak (E vitamini içerir). Ayrıca ultraviyole ışınlarından koruyan bir güneş gözlüğü takmak da çok yararlıdır.

Ameliyat sonrası ne zaman eve gidebileceğim?

Katarakt ameliyatı günübürlük olarak yapılan ameliyatlardan biridir. Günübürlük cerrahi, ameliyat olacağınız gün hastaneye gelmeniz ve ameliyattan birkaç saat sonra taburcu olup evinize döneceğiniz anlamına gelmektedir. Aynı zamanda ameliyattan sonra sizi eve getirebilecek ve ilk 24 saat boyunca yanınızda kalabilecek bir arkadaşına ya da aile üyenizden birine ihtiyacınız

olacaktır. Ameliyattan sonra eve gittiğinizde her şeyin sizin için hazır olduğundan emin olmalısınız. Başlangıçta, muhtemelen yemek pişirme, çamaşır yıkama ve temizlik gibi ev işlerinde ailenizin veya arkadaşlarınızın yardımına ihtiyacınız olacaktır.



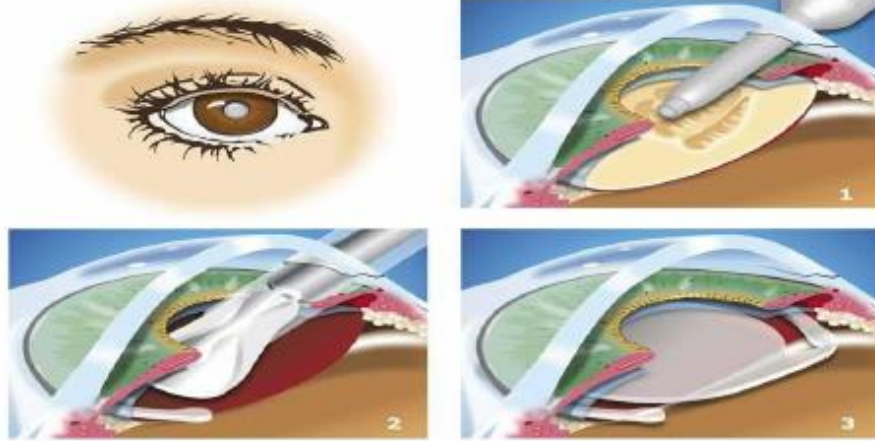
Ameliyattan hemen önce ne yapılır?

Ameliyattan birkaç dakika önce hemşire gözünüze göz damlası damlatacaktır. Bu damla göz doktorunuzun ameliyatı gerçekleştirmek için gözünüzü daha iyi görmesine yardımcı olmak için göz bebeğinizi büyütür. Diğer bir göz damlası enfeksiyonun önlemesine yardımcı olur. Gözünüze damlatılan bu damlalar görmenizi bulanıklaştırabilir ve damlaların etkisinin geçmesi yaklaşık olarak 6 saat kadar sürmektedir.



Ameliyat sırasında ne olur?

Ameliyat yapılacak olan gözün üzerine, ortası delik olan ince bir örtü yerleştirilecek ve tedavi ekibinin bir üyesi tarafından ağrı hissetmemeniz için gözünüzden ilaç (lokal anestezi) yapılacaktır. Ameliyat sırasında sırtüstü uzanmış olacaksınız ve ameliyat yapılırken uyanık olacaksınız. Cihaz ve insan seslerini duyabileceksiniz fakat hiçbir acı hissetmeyeceksiniz. Göz doktorunuz ameliyatta sizin için seçilen yeni merceği gözünüze takacaktır. Bu mercek eski bulanıklaşan merceğin (katarakt) yerine konacaktır. Bu işlemlerin hepsi yaklaşık olarak 20 dakika kadar sürecek ve ameliyatınız bittiğinde gözünüzün üzerine bir pansuman yerleştirilecektir.



Ameliyattan sonra beklenen durumlar nelerdir?



- Gözde kaşıntı olabilir ve ışığa karşı hassasiyet olabilir. Bunları hissetmeniz normaldir ve ameliyattan sonraki günlerde kademeli olarak

düzelecektir.

- Ameliyattan sonraki bir ya da iki gün hafif göz ağrısı veya hafif bir baş ağrısı yaşayabilirsiniz.
- Ameliyattan sonra gözleriniz haftalarca ya da aylarca ışığa karşı duyarlı olabilir.
- Gözünüzde birkaç gün kızarıklık olabilir veya göz kapağınız şişebilir.
- Bulanık görebilirsiniz, birkaç gün içinde düzelecektir.
- Ara sıra gözde yaşarma, göze bir şey kaçmış hissi olabilir, bunlar geçicidir.

Katarakt ameliyatı sonrası nelere dikkat etmeliyim?



ARABA

- Ameliyat sonrası dönemde, hastaneden çıktığınızda eve bir refakatçi ile gitmeniz ve mümkünse toplu taşıma araçlarını kullanmamanız önerilir.
- Özel araç ile geldiyse ameliyat sonrasında aracı kesinlikle siz kullanmamalısınız.
- Göz doktorunuz gözlerinizi muayene edip araba kullanmanızın güvenli olduğunu söyleyene kadar da araba kullanmayın.
- Bir sonraki randevunuzda doktorunuz size araba kullanıp kullanamayacağınızı söyleyecektir.



AKTİVİTE/HAREKET

- Ameliyat sonrası ilk gün eve geldiğinizde dışarı çıkmayın, mümkün olduğunca evde sakin bir ortamda istirahat etmeye çalışın.
- Normal aktivitelere ne zaman dönebileceğinizi doktorunuz size söyleyecektir.
- Fiziksel aktivitelerinizi tamamen kısıtlamanıza gerek yok; yürüyebilir, merdiven çıkabilir ve hafif ev işleri yapabilirsiniz.
- Hafif egzersizler yapabilirsiniz ancak yorucu egzersizler yapmayın.
- Ameliyat olduktan birkaç saat sonra kısa bir süre olmak şartıyla televizyon izleyebilirsiniz ya da cep telefonu veya bilgisayar ekranlarına bakabilirsiniz ancak gözünüzü yormamaya dikkat edin.
- Özellikle ilk hafta yemek pişirmek, ocağa yaklaşmak kısıtlanmalıdır.
- Gözünüzü bu süreçte travmalardan koruyun.
- Kendinizi rahat hissettiğiniz zaman cinsel aktivitenize geri dönebilirsiniz.



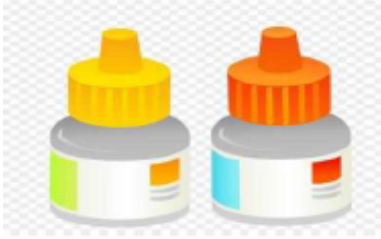
İŞ

- Ofis ya da masa başı işlerde çalışıyorsanız 3-5 gün içinde işe başlayabilirsiniz.
- Ağır kaldırma gerektiren veya tozlu ortamlarda çalışma gerektiren işlerde çalışıyorsanız ise iş yerinizden 1-2 hafta izin almalısınız.



AĞRI

- Ameliyatınızdan sonraki birkaç gün gözünüzde ağrı olabilir. Ağrınızı hafifletmek için doktorunuzun reçete ettiği ağrı kesicileri alabilirsiniz.
- Gözünüzdeki ağrı artıyorsa, gözünüz kızarıyorsa ve görmeniz kötüleşiyorsa, doktorunuza danışabilirsiniz veya size en yakın acil servise gidebilirsiniz. Gözünüzde enfeksiyon oluşmuş olabilir.



GÖZ DAMLASI/İLAÇLAR

- Gözünüzün en kısa sürede iyileşmesi için damlalarınızı belirtildiği şekilde kullanmanız çok önemlidir.
- Ameliyat sonrası reçete edilen ilaçları (damla, pomat, tablet gibi hangisi reçete edildiyse) doktorunuzun önerdiği şekilde ve sürede alın.
- Doktorunuza danışmadan reçete edilen ilaçları değiştirmeyin, azaltmayın veya kesmeyin.
- Ameliyattan sonra göz bandınız varsa, damlalara yalnızca doktorunuz size söylediğinde başlayın.
- Aspirin/ecopirin gibi ilaçlar kanamaya neden olabileceği için kullanmayın. Kullanmanız gerekiyorsa mutlaka doktorunuza danışın.
- Ameliyattan önce sürekli olarak kullandığınız (şeker/tansiyon gibi) kendi ilaçlarınızı doktorunuza danışarak alabilirsiniz.



Göz Damlası Nasıl Damlatılır?

- Damlaları yalnızca ameliyat yapılan gözde kullanın.
- Damlalarınızı kullanmadan önce mutlaka ellerinizi yıkayın.
- Damlalarınızı oturma ya da yatma pozisyonunda başınızı geriye doğru eğerek damlatabilirsiniz.
- Gözünüzde bir cep oluşturmak için alt göz kapağınızı yavaşça aşağıya doğru çekin ve tavana doğru bakın.
- Göz damlasını gözünüzün 1-2 cm yukarisından tutun. Şişenin ucunun parmaklarınıza, gözünüze, kirpiklerinize veya diğer yüzeylere değmemesine dikkat edin.
- Bir damla gözünüze gelene kadar şişeyi sıkın.
- Damlaların gözünüz tarafından emilmesini sağlamak için başınızı geride tutarak, her damlayı damlattıktan sonra gözünüzü 30-60 saniye kadar kapatın.
- Göz damlasının, göz çevrenizdeki hassas cildiniz ile temas etmesini önlemek için damlayı damlattıktan sonra göz çevrenizi tek kullanımlık mendillerle dikkatlice kurulayın.
- Damlalarınızı gözünüze damlattıktan sonra kesinlikle gözünüzü ovuşturmayın.
- Bir sonraki ilacı gözünüze 15 dakika bekledikten sonra uygulayın.
- Doktorunuzun tavsiyesi olmadan göz damlası kullanmayı bırakmayın.

- Göz damlanızı sadece kendi gözünüze uygulayın. Başkalarının size ait olan damlayı kendi gözlerinde kullanmasına izin vermeyin.
- Damlalarınızı damlattıktan sonra kapağını sıkıca kapatın ve uygun bir yere kaldırın.
- Göz damlarınızı oda sıcaklığında saklayın.
- Göz pomatları da (merhem) aynen damla da olduğu gibi yaklaşık 1 cm'lik şerit halinde yukarı bakarken alt göz kapağının içine sıkılır.



PANSUMAN (BANDAJ)

- Ameliyat sırasında göze lokal anestezi (gözü uyuşturmak için) yapıldıysa, anestezinin etkisi gözünüzden geçene kadar gözünüz bir bandaj ile kapatılır. Bunun sebebi, gözünüzü hareket ettiren kasların lokal anestezi etkisi altında olması nedeniyle hala düzgün çalışmaması ve bunun da çift görmenize neden olabilmesidir. Bandaj bu durumu fark etmenizi engeller.
- Eve bu bandajla gideceksiniz, bandajı gece boyunca çıkarmayın.

- Ameliyat sonrası ilk pansuman değişimini doktorunuz yapacaktır.
- Gözünüzde bandaj varken çok dikkatli hareket edin; yürürken, merdiven çıkarken, tuvalete giderken birinden yardım alabilirsiniz.
- Ameliyattan sonraki gün göz doktorunuza muayeneye gelmeyi unutmayın.



GÖZ KALKANI (GÖZ KORUYUCU)

- Göz kalkanını en az bir hafta boyunca her gece yatmadan önce ve gündüz kısa uyku durumunda takın. Bu, uyku esnasında yanlışlıkla gözünüzü ovuşturmanızı engeller.
- Bazı durumlarda göz kalkanını daha uzun süre kullanmanız gerekebilir. Doktorunuz size bu konuda bilgi verecektir.
- Göz kalkanını sabitlemek için tıbbi bant kullanın.



BESLENME

- Katarakt ameliyatından sonra herhangi bir yiyecek kısıtlaması yapmanıza gerek yoktur. Normal öğünlerinize geri dönebilirsiniz.
- Fakat bu süreçte kabız olmaktan ve kuvvetli şekilde ıkınmaktan kaçının. Kabızlık göz içi basıncını artırır ve bu durumda gözünüz zarar görebilir.
- Öğünlerinizde yeterli miktarda sıvı almak, aktivite (egzersiz) yapmak ve lifli gıdalar tüketmek kabızlık riskini azaltır.

- Tuvaletiniz geldiğinde ertelememeye çalışın.



GÖZLÜK

- Ameliyat sonrası gözleriniz parlak ışıklara karşı duyarlı olabilir. Bu nedenle ışıklara karşı korunmak için en az 1 hafta boyunca dışarıda olduğunuzda güneş gözlüğü takın. Katarakt ameliyatından sonra bir yıl kadar dışarıda bulunduğunuzda güneş gözlüğü takmanız gerekebilir.
- Gerekirse eski numaralı gözlüğünüzü takabilirsiniz ancak genellikle gözlük numaranız ameliyattan sonra değişir hatta gözlüksüz daha iyi görebilirsiniz.



BANYO/YÜZ YIKAMA

- Gözünüzü ameliyattan sonraki ilk bir hafta kuru tutun.
- Günde en az iki kez göz kapağı kenarlarınızı nemli ve temiz bir yüz beziyle temizleyin ve bunu yaparken üst göz kapağınıza baskı uygulamayın.
- Yüzünüze doğrudan su sıçratmamalısınız. Yüzünüzü direkt yıkamak yerine bir bez ile dikkatlice silebilirsiniz.
- Ameliyat kesilerinizin kısa süre içinde kapanması ve iyileşmesi için bu süreçte gözünüze su kaçmaması önemlidir. Eğer yüzünüzü yıkarsanız gözlerinizi daima kapalı tutun.
- Doktorunuz başınızı yıkamanıza izin verdiğinde gözünüze su kaçmaması

için başınızı geriye doğru eğerek yıkayın.

- Göz koruyucunuzu saçınızı yıkarken mutlaka takın.
- Ameliyatlı olan göze sabun veya şampuan kaçırmamaya dikkat edin.



UYKU

Uyurken;

- Geceleri göz kalkanını (göz koruyucu) mutlaka takın.
- Sırt üstü ya da ameliyatsız tarafınıza yatın.



AMELİYAT SONRASI YAPILMAMASI GEREKENLER

- Ameliyatlı tarafınıza en az 2 hafta boyunca yatmayın.
- Gözünüzde kaşıntı olabilir ve ışığa karşı daha hassas olabilir. Bunları yaşamanız normaldir. Ameliyattan sonraki günlerde kademeli olarak azalır. Ameliyattan sonra en az bir ay boyunca gözünüzü ovuşturmayın.
- Yerden herhangi bir şey almak için belden bükerek eğilmemeye çalışın. Bu gözünüzde basınç artışına sebep olur.
- Namaz kılarken öne eğilmek göz içi basıncını artırabilir bu nedenle belli bir süre işaret ile namaz kılmayı tercih edebilirsiniz.
- Ameliyattan sonraki bir ay boyunca yüzmeye veya saunaya gitmeyin.
- En az 1 hafta boyunca gözünüze makyaj yapmayın.
- Gözünüze kaçabileceği için pamuk topları veya makyaj pedi gibi lifli malzemeler kullanmayın.

- Ağır egzersiz, ıkınma, öksürme, kusma, aksırma, aşırı duygulanma, koşma, atlama, ağır eşya kaldırma veya itme gibi durumlar göz içi basıncını artıracığı için bu aktivitelerden kaçınılmalıdır. Eğer öksürecekse ağzınız açık şekilde öksürün.
- Hapşırıırken ağzınızı açık tutarak hapşırın.
- Duman, sprey, toz, pudra, baharat gibi ürünlerin bulunduğu ortamlar öksürme ve aksırmaya yol açabileceğinden böyle ortamlarda bulunmayın.
- Bu süreçte kazalardan korunmalısınız. Yakınlarınız sizin bakımınıza yardımcı olmalıdır.
- Bir ay boyunca 4,5 kilogramdan ağır cisimleri kaldırmayın.
- Yüzünüze krem veya losyon gibi ürünler kullanmayın.
- Rüzgâr, polen ve kir bulunan ortamlar gözlerinizde tahrişe neden olabileceği için bu tür ortamlardan kaçının.
- Uçak ile seyahat etmeyi planlıyorsanız doktorunuza mutlaka danışın.



Hangi durumlarda doktorumla iletişime

geçmeliyim?

Aşağıdaki belirtilerden bir ya da daha fazlasıyla karşılaşırsanız doktorunuzla mutlaka iletişime geçin:

- Ağrı kesicilere rağmen ağrınız geçmiyorsa,
- Ameliyatlı gözünüzde görmeniz kötüleşirse ya da aniden görmeniz

azalma olduğunu fark ederseniz,

- Gözünüzün önünde uçuşan cisimler veya ışık çakmaları görürseniz,
- Gözünüzdeki kızarıklıkta veya akıntıda artış olursa,
- Şiddetli derecede öksürük, mide bulantısı veya kusmanız varsa,
- 38 °C ve üstünde ateşiniz olursa,
- Göz yaralanması yaşarsanız,
- Başka sorularınız veya endişeleriniz var ise mutlaka doktorunuzla iletişime geçin.



TAKİP RANDEVULARI

- Ameliyat sonrası kontrolleriniz için lütfen doktorunuzun talimatlarına uyunuz.

KAYNAKLAR

- Baharani, A. (2019). Cataract Surgery Post-Operative Care, Neoretina, <https://neoretina.com/blog/post-operative-care-following-a-cataract-surgery/> (28.04.2023).
- Bare, B. G., Hinkle, J. L. ve Cheever, F. H. (2010). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing Handbook, *Cataract*, Ed.; Suddarth L.S; Philadelphia, 213-214.
- Boyd, K. (2022). American Academy of Ophthalmology, <https://www.aao.org/eye-health/diseases/what-are-cataracts> (18.04.2023).
- Coblentz, J., Oliver, K., Discepola, M., Lindlay, S., Saheb, H. ve Burnier Jr., M. (2019). A Guide to Preparing For Your Cataract Surgery, https://muhcpatienteducation.ca/DATA/GUIDE/361_en~v~cataract-surgery.pdf (28.04.2023).
- Çekiç, O. ve Elbay, A. (2015). Sigara katarakt gelişimi için bir etken mi? *Glokom Katarakt*, 10(1): 61-71. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/196130/>

- Çelik, S. ve Köstekli, S. (2021). Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar, *Göz-Kulak Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı*, Ed.; Çelik S; Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya, 709-764.
- Çevik, İ., Çakmak, H., Çelik, Ö. ve Okyay, P. (2021). Yaşam boyu göz sağlığı: "2020 vizyonu: Görme hakkı". *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 6(3): 310-321. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.891156>
- Dudek, L. (2020). After Cataract Surgery: Dos and Don'ts, <https://www.heartoftexaseye.com/blog/after-cataract-surgery/> (29.04.2023).
- Erdil, F. ve Elbaş, A. (2008). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, *Göz Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*; Aydoğu Ofset Matbaacılık, Ankara, 589-619.
- Gülşen, M. (2018). Günübirlik Cerrahi ile Katarakt Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ile Telefonla Hasta İzleminin Hastaların İyileşme Sürecine ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi (yayımlanmamış), Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bursa, 131 s.
- Gülşen, M. ve Akansel, N. (2020). Effects of discharge education and telephone follow-up on cataract patients' activities according to the model of living. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(1): 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.04.010>
- Kaymakçı, Ş. (2022). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, *Göz Hastalıkları*, Eds.; Karadakovan A ve Eti Aslan F; Akademisyen Kitabevi, Ankara, 1057-1077.
- Mahfouz, E.N.A, Mohamed, A. A., Abdelhalim, A. S. ve Mohamed, R. F. (2019). Effect of post cataract surgery discharge instructions on reducing eye infection among elderly patients. *Minia Scientific Nursing Journal*, 006(1): 19-25. <https://doi.org/10.21608/msnj.2019.187794>.
- McGhee, C. N. J., Zhang, J. ve Patel, D. V. (2020). A perspective of contemporary cataract surgery: The most common surgical procedure in the world. *Journal of the Royal Society of New Zealand*, 50(2): 245-262. <https://doi.org/10.1080/03036758.2020.1714673>.
- Moladoost, A., Salehi, A., Farzi, S., Dehghani, A., Razmjoo, H., Mohammadi, Z. S. ve Farzi, S. (2021). The effects of an interdisciplinary supportive educational program on anxiety among patients undergoing cataract surgery. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(3): 145.
- Ni, W., Li, X., Hou, Z., Zhang, H., Qiu, W. ve Wang, W. (2015). Impact of cataract surgery on vision-related life performances: The usefulness of Real-Life Vision Test for cataract surgery outcomes evaluation. *Eye*, 29(12): 1545-1554. <https://doi.org/10.1038/eye.2015.147>.
- Prokofyeva, E., Wegener, A. ve Zrenner, E. (2013). Cataract prevalence and prevention in Europe: A literature review. *Acta Ophthalmologica*, 91(5): 395-405. <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2012.02444.x>.
- URL-1 (2007). <http://sakur.uludag.edu.tr/fr-hye-04detay.htm>, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Katarakt Hasta ve Yakını Yazılı Eğitim Materyalleri, (28.04.2023).
- URL-2 (2012). <https://www.islandhealth.ca/sites/default/files/2018-04/cataract-surgery.pdf>, Vancouver Island Healthy Authority, Before, During and After your Cataract Surgery, (13.04.2023).

- URL-3 (2020). https://www.moorfields.nhs.uk/mediaLocal/ojzfucricataract-service_1.pdf, Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust, Patient Information-Cataract Service, (12.04.2023).
- URL-4 (2021). <https://www.nhs.uk/conditions/cataract-surgery/recovery/>, NHS, Cataract surgery – Recovery, (15.04.2023).
- URL-5 (2021). <https://www.baptisteye.com/10-tips-to-minimize-cataract-surgery-recovery-time>, Baptist Eye Surgeons, (20.04.2023).
- URL-6 (2021). <https://www.uhcw.nhs.uk/download/clientfiles/files/Patient%20Information%20Leaflets/Surgical%20Services/Ophthalmology/Going%20home%20after%20cataract%20surgery.pdf>, University Hospitals Coventry And Warwickshire NHS Trust, The Eye Unit Going Home after Cataract Surgery, (30.04.2023).
- URL-7 (2022). <https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/cataracts-eye-care-after-surgery>, HealthlinkBC(British&columbia), Cataracts: Eye Care After Surgery, (15.04.2023).
- URL-8 (2022). <https://www.uhs.nhs.uk/Media/UHS-website-2019/Patientinformation/Eyes/Cataracts-3040-PIL.pdf>, University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, Patient Information Factsheet-Cataracts, (27.04.2023).
- URL-9 (2023). <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/eye-conditions-and-diseases/cataracts>, National Eye Institute, Cataracts, (17.04.2023).
- URL-10 (2023). <https://medlineplus.gov/ency/article/001001.htm>, MedlinePlus Medical Encyclopedia, Cataract – adult, (25.04.2023).
- URL-11 (2023). <https://www.wth.org/wp-content/uploads/2019/03/Cataracts.pdf>, A publication of West Tennessee Healthcare, Cataracts and Cataract Surgery, (28.04.2023).
- URL-12 (2023). <https://www.northtorontoeyecare.com/what-are-cataracts/patient-instructions-for-cataract-surgery/>, North Toronto Eye Care, Patient Instructions for Cataract Surgery, (29.04.2023).
- Watkinson, S. ve Seewoodhary, R. (2015). Cataract management: effect on patients' quality of life. *Nursing Standard*, 29(21): 42-48. <https://doi.org/10.7748/ns.29.21.42.e9222>.

EK 10: Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
BARTIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu



Sayı : E-23688910-050.01.04-2300023217
Konu : Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik
Kurulu Onay Belgesi

12.03.2023

Protokol No:	2023-SBB-0122
Araştırmanın Başlığı:	Katarakt Ameliyatı Öncesi Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastaların Yaşam Kalitesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Anksiyete Düzeyine Olan Etkisi
Proje Yürütücüsü:	Tuğba BALOĞLU
Başvuru Formunun Geliş Tarihi:	01.03.2023
Karar Tarihi:	07.03.2023
Toplantı No:	05

Başvuru dosyasında etik sorun oluşturabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmadığından 07.03.2023 tarihli ve 05 numaralı toplantıda 2023-SBB-0122 numaralı başvuruya araştırma için ETİK KURUL ONAY belgesinin verilmesine karar verilmiştir.

Doç. Dr. Sedat BALYEMEZ
Başkan yardımcısı

Doç. Dr. Melih BAŞKOL
Üye

Doç. Dr. Sefer Yetkin IŞIK
Üye

Doç. Dr. Vahit CELAL
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Basri
KANSIZOĞLU
Üye

EK 11: Araştırma İzni Yazısı

BELGE TARİHİ: 3.04.2023 BELGE SAYISI: 2300031959



T.C.
VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-30707382-799-211631555
Konu : Araştırma İzni
Tuğba BALOĞLU

20.03.2023

BARTIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 15.03.2023 tarihli ve E-44030360-605.01-2300025788 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Tuğba BALOĞLU'nun 15.03.2023 tarihli dilekçesi Müdürlüğümüz Bilimsel Çalışma Komisyonunda değerlendirilmiştir.

Adı geçenin söz konusu başvurusunda Tuğba BALOĞLU'nun Doç. Dr. Elif KARAHAN danışmanlığında yürütmekte olduğu "**Katarak Ameliyat Öncesi Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastaların Yasam. Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Anksiyete Düzeyine Olan Etkisi**" konulu çalışmasını Devlet Hastanesinde yürütülebilmeyi talep etmektedir.

Planlanan çalışmalarda kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla çalışmanın yapılması uygun görülmüştür. Ayrıca, bilimsel araştırma projesinin hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırmanın metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Vali a.
İl Sağlık Müdürü

EK 12: Ölçek Kullanım İzinleri

 **Feray Gokdogan**
Siz kişisine

 **Açıklama**
DOCX - 12 KB

 **DISCERN ve Eğiti...**
DOCX - 57 KB

 2 ek (69 KB)

Sn. Tuğba BALOĞLU
Bartın Üniversitesi
Çerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Öğrencisi

"Katarakt Ameliyatı Öncesi Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastaların Yaşam Kalitesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Anksiyete Düzeyine Olan Etkisi" " konulu yüksek lisans teziniz için yazılı eğitim materyallerinin uygunluğunun değerlendirmesinde geçerlilik güvenirliği tarafımdan yapılan DISCERN kullanırken kaynak gösterdiğiniz (aşağıda belirtilmiştir) ve aşamaları konusunda geribildirimde bulunduğunuz takdirde, DISCERN çalışmanızda kullanmanız bilgiyi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyada ölçek ve değerlendirme kriterleri yer almaktadır. Sonrasında verilen eğitimi ve citation ilişkin bilgiyi paylaşırsanız memnun olurum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. İyi çalışmalar ve iyi günler

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN

Gökdoğan F."Etkili Bir Hasta İletişimi İçin Araç Geliştirme: Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi (DISCERN). Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni. No:16-17: 8-16 (2003).

Kimden: "tuğba baloğlu"

Kime: "fgokdogan"

Gönderilenler:

Konu: Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi ve DISCERN izin

Sayın Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN Hocam,
Ben Bartın Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba BALOĞLU. "Katarakt Ameliyatı Öncesi Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastaların Yaşam Kalitesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Anksiyete Düzeyine Olan Etkisi" isimli yüksek lisans tez çalışmasını hazırlamaktayım. Çalışma kapsamında hastalara taburculuk eğitim kitapçığı hazırlıyorum. Kitapçığın uygunluğunun değerlendirilmesinde "Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi" formunu, güvenirlik ve kalitesinin değerlendirilmesi için ise "DISCERN" i kullanmak için izin istiyorum. Şimdiden teşekkür ederim.
Saygılarımla,



fusun sahin
Siz kişisine



NOTTHINGHAM...
DOCX - 14 KB



Nottingham EADL
PDF - 165 KB

📎 2 ek (178 KB)

Sayın Tuğba Baloğlu,
Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçek ve makaleyi ekte
gönderiyorum.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Füsun Şahin

Sayın Prof Dr. Füsun Şahin Hocam,
Bartın Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Adım
Tuğba Baloğlu. Geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış
olduğunuz Nottingham Genişletilmiş Günlük Yaşam
Aktiviteleri ölçeğini izniniz olursa yüksek lisans tez
çalışmamda kullanmak istiyorum.
Saygılarımla,



Re: Yüksek lisans tezi ölçek izni



Sayın Prof. Dr. Ahmet Barış Toprak Hocam,
Bartın Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Adım
Tuğba Baloğlu. Geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış
olduğunuz NEI-VFQ25 ölçeğini izninizle yüksek lisans tez
çalışmamda kullanmak istiyorum.
Saygılarımla,



Baris Toprak
Siz kişisine

Merhabalar,

Elbette kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim, sizde
ölçekler var mı?

Dr. Barış Toprak

ÖZGEÇMİŞ

