



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALÇA VE DİZ PROTEZİ AMELİYATI GEÇİRMİŞ
HASTALARIN DERİN VEN TROMBOZU RİSKİNİN
İNCELENMESİ**

MELTEM MUMCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. ŞULE ECEVİT ALPAR

2019 – İSTANBUL





TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALÇA VE DİZ PROTEZİ AMELİYATI GEÇİRMİŞ
HASTALARIN DERİN VEN TROMBOZU RİSKİNİN
İNCELENMESİ**

MELTEM MUMCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

PROF. DR. ŞULE ECEVİT ALPAR

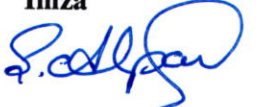


2019 – İSTANBUL



TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Meltem MUMCU
Tez Başlığı : Kalça ve Diz Protezi Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Derin Ven Trombozu Riskinin İncelenmesi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sınav Tarihi : 01.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR	Marmara Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK	Marmara Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Cemile SAVCI	Medeniyet Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..3.1./İmmu/.2019. tarih ve 100 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü 7.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı esnasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

11.06.2019

Meltem MUMCU



1. TEŞEKKÜR

Ders ve araştırma süresince tez danışmanlığımı üstlenen ve tezin sonlandırılmasında yardım ve önerileriyle değerli katkılar sunan sayın tez danışmanım Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR' a,

Verilerimi toplamamda yardımcı olan çok değerli mesai arkadaşlarıma ve danışanlarıma,

Desteklerini bir an olsun eksik etmeyen annem, babam ve kardeşlerime,

Her zaman yanımda olan desteğini bir an olsun eksik etmeyen değerli eşim Mutlu Mumcu' ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

Meltem MUMCU

II. İÇİNDEKİLER

SAYFA

I.TEŞEKKÜRLER	iv
II.İÇİNDEKİLER	v
III.KISALTMALAR	vi
IV.ŞEKİL LİSTESİ	vii
V.TABLOLAR LİSTESİ	viii
1.ÖZET	1
2.SUMMARY.....	3
3.GİRİŞ veAMAÇ.....	5
4.GENEL BİLGİLER.....	8
4.1.Derin Ven Trombozu	
4.1.1. Derin Ven Trombozu Tanım	
4.1.2. Derin Ven Trombozu Epidemiyolojisi	
4.1.3. Derin Ven Trombozu Etiyolojisi	
4.1.4. Derin Ven Trombozu Belirti ve Bulguları	
4.1.5. Derin Ven Trombozu Risk Faktörleri	
4.1.6. Derin Ven Trombozunun Tanılanması	
4.1.7. Derin Ven Trombozunun Önlenmesi ve Tedavisi	
4.1.8. Derin Ven Trombozunda Hemşirelik Yaklaşımı	

5.GEREÇ-YÖNTEM	17
5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi	
5.2.Araştırma Soruları	
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	
5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	
5.6. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	
5.7. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	
5.7.1. Veri Toplama Araçları	
5.7.2. Verilerin Toplanması	
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	
5.8.1. Araştırmanın Değişkenleri	
5.8.2. İstatistiksel Yöntemler	
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	
6. BULGULAR	21
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	34
7.1. Hastaların Autar DVT Riski İle İlgili Bulguların Tartışılması	34
7.2. Tanıtıcı Özelliklerin Autar DVT Risk İle İlişkisinin Tartışılması	37
8. KAYNAKÇA	40
9. EKLER	45
10. ÖZGEÇMİŞ	53

III. KISALTMALAR

DVT:	Derin Ven Trombozu
PE:	Pulmoner Emboli
VTE:	Venöz Tromboemboli
THA- TKA:	Total Kalça Artroplastisi
TDA:	Total Diz Artroplastisi
RA:	Romatoid artrit
MR:	Manyetik Rezonans
EKG:	Elektrokardiyografi
OA:	Oral Antikoagülan
DMAH:	Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin
UFH:	Fraksiyona Olmayan Heparin
INR:	Uluslararası Normalleştirilmiş Oran
ROM:	Range Of Motion
BKI:	Beden Kitle İndeksi
EÇ:	Elastik Çorap
APK:	Aralıklı Pnömatik Kompresyon

IV. ŞEKİL LİSTESİ

Őema 1: Tanı Dağılımları

Őema 2: AUTAR DVT Riski Puanlarının Dağılımı

Őema 3: AUTAR DVT Risk Düzeylerinin Dağılımı

Őema 4: Venöz Tromboprofilaksi Dağılımı

Őema 5: Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Dağılımlar

Őema 6: Venöz Tromboprofilaksiye Göre Autar DVT Riski Dağılımları

Őema 7: Ameliyat Sonrası Mobilizasyon Durumuna Göre AUTAR DVT Riski Dağılımları

Őema 8: Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre AUTAR DVT Riski Dağılımları

Őema 9: Varis Çorabı Kullanma Durumuna Göre AUTAR DVT Riski Dağılımları

V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Virchow üçlüsü ve oluşumunda etkili faktörler

Tablo 2: Diagnostic Algorithm For Clinically Suspected Deep Vein Trombosis

Tablo 3: Tanı Dağılımları

Tablo 4: Yaş Dağılımları

Tablo 5: BKİ Dağılımları

Tablo 6: Hareket Puanlarının Dağılımları

Tablo 7: Travma Puanlarının Dağılımları

Tablo 8: Risk Durumu Puanlarının Dağılımları

Tablo 9: Cerrahi Girişim Puanlarının Dağılımları

Tablo 10: Yüksek Riskli Hastalıklara İlişkin Puanlarının Dağılımları

Tablo 11: AUTAR DVT Riski Tanılama Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımları

Tablo 12: Autar DVT Riski Tanılama Ölçeği Puanların Dağılımları

Tablo 13: Venöz Tromboprolaksi Düzeyine İlişkin Dağılımlar

Tablo 14: Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımları

Tablo 15: Venöz Tromboprolaksi İle AUTAR DVT Riski İlişkisi

Tablo 16: Tanıtıcı Özelliklere Göre AUTAR DVT Risk Düzeyi Değerlendirmesi

1.ÖZET

Kalça Ve Diz Protezi Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Derin Ven Trombozu Riskinin İncelenmesi

Meltem MUMCU, Danışman: Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR
Hemşirelik Anabilim Dalı

Giriş: Kalça ve diz protezi ameliyatı geçirmiş hastalarda derin ven trombozu gelişim riskinin değerlendirilmesi oluşmasını önlemek için gerekli önlemin alınmasına yardımcı olacaktır.

Amaç: Bu çalışma kalça ve diz protezi ameliyatı geçirmiş hastaların derin ven trombozu risk düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir. Çalışmanın örneklemini 22 Mart- 15 Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul içindeki bir eğitim araştırma hastanesinde kalça ve diz protezi ameliyatı geçiren ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 117 birey oluşturmuştur. Basit tesadüf örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen Tanıtıcı Özellikler Formu ve AUTAR DVT Risk Tanılama Formu ile toplandı. Veriler Pearson Ki- Kare testi ve Fisher- Freeman-Halton testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %51,3' ü diz protezi, % 48,7' si kalça protezi ameliyatı geçirmiştir. Yaşlar 20- 77 yaş arasında değişmekte olup 51-60 yaş %36,7 oranında, % 39,3' ünün fazla kilolu, % 67,5' inin ihtiyaçlarını gidermede yarı bağımlı, %85,5' inde travma olmadığı, %42,7' sinin ortopedik cerrahi geçirdiği, %50,4' ünün yüksek riskli hastalığının olmadığı, %47,8' inin kalp hastalığı olduğu bulunmuştur. Hastaların %75,2' sinin sigara içmediği, %94,9' unun spor yapmadığı, %68,4' ünün ameliyat sonrası mobilize olduğu (postop 1. gün), %65,8' inin sürekli ilaç kullandığı, %98,3' ünün heparin kullandığı, %50,4' ünün varis çorabı giydiği bulunmuştur. Sigara kullanımı, düzenli spor yapma durumu, heparin kullanımı AUTAR DVT risk düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ameliyat sonrası mobilizasyon, sürekli ilaç kullanımı, varis çorabı kullanımı AUTAR DVT risk düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sonuç: Hastaların DVT açısından risk tanılaması yapılarak etkileyen faktörler tespit edilmeli ve uygun önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Derin Ven Trombozu, Prevelans, Ölçek, Autar DVT Riski Tanılama

2.SUMMARY

Investigation Of The Risk Of Deep Vein Thrombosis In Patients With Hip And Knee Prosthesis

Meltem MUMCU, Thesis Advisor: Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Nursing Department

Introduction: Evaluation of the risk of developing deep vein thrombosis in patients who have undergone hip and knee prosthesis surgery will help to take the necessary precautions to prevent the occurrence.

Objective: The aim of this study was to determine the risk factors and factors affecting deep vein thrombosis in patients who underwent hip and knee replacement surgery.

Method: The research was descriptive and cross-sectional. The sample of the study consisted of 117 individuals who underwent hip and knee replacement surgery between March 22 and June 15, 2018 in an educational research hospital in Istanbul and volunteered to participate in the study. A simple random sampling method was used. Data were collected using the Descriptive Properties Form developed by the researcher and the AUTAR DVT Risk Diagnostic Form. Data were evaluated with Pearson Chi-square test and Fisher-Freeman-Halton test.

Results: Of the participants, 51.3% underwent knee replacement and 48.7% underwent hip replacement surgery. The ages ranged from 20 to 77 years, 51-60 years were 36.7%, 39.3% were overweight, 67.5% were semi dependent, 85.5% had no trauma, 42%, 7 had orthopedic surgery, 50.4% had no high risk disease, 47.8% had heart disease. 75.2% of the patients were not smoking, 94.9% were not doing sports, 68.4% were mobilized postoperatively (postoperative day 1), 65.8% were using continuous medication, 98.3% There was no significant difference between cigarette use, regular exercise, heparin use AUTAR DVT risk level. There was a significant difference between postoperative mobilization, continuous drug use and varicose vein stocking.

Conclusion: The risk factors for DVT should be identified and the factors affecting them should be identified and appropriate precautions should be taken.

Keywords: Deep Vein Thrombosis, Prevalence, Scale, Autar DVT Risk Diagnosis

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Venöz tromboemboli, venlerde trombüslerin ve bunlardan kopan parçaların dolaşım sisteminde oluşturduğu patolojik durumdur. Bu durum alt ekstremitte venlerinde oluşursa derin ven trombozu (DVT), pulmoner arterlerde gerçekleşirse pulmoner emboli (PE) adı verilmektedir (Korkmaz ve Çullu, 2015).

Derin ven trombozu önemli bir sorun olmasına karşın çoğu zaman göz ardı edilmektedir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2014). Oysa ki derin ven trombozu önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir (Sarigül ve Tanyeli, 2007).

Bu patolojik duruma sebep olan etkenler 1858 yılında Virchow tarafından hiperkoagülabilitate, vasküler hasar, venöz staz olarak tarif edilmiştir (Bevis ve Smith, 2016).

Ülkemizde 1975 yılına kadar derin ven trombozu ve pulmoner emboli ile ilgili Sağlık Bakanlığı'ı verilerinde hiçbir veriye rastlanmamaktadır. 1975- 1994 yılları arasında pulmoner emboli ve venöz tromboemboli sebebiyle ölen kişilerin sayısının 115' den 386 kişiye ulaştığı tespit edilmiştir (Eryiğit, 2006).

Venöz tromboemboli (VTE) yıllık olarak her 1000 kişiden 1-2' sinde genellikle derin ven trombozu (DVT) şeklinde karşımıza çıkmaktadır. İnsidans 40 yaşının altında 10 000'de 1 iken, 60 yaşının üzerinde 100' de 1' e kadar yükselir. Her 100 kişiden 2- 5 kadarı ömürleri boyunca en az 1 kez VTE geçirdikleri öngörülmüştür. Bununla beraber ABD' de her yıl yaklaşık 200 000 kişi PE sebebiyle hayatını kaybetmektedir. ABD' de VTE insidansı 100 000' de 44- 145 arasında değişmektedir. VTE tanısındaki zorluklar sebebiyle gerçek insidans tam olarak bilinmemektedir (Gülen, 2016).

VTE riski yaş ilerledikçe artan bir durumdur. Hamilelik ve oral kontraseptiflerin VTE riskini arttırdığına dair bilgiler olmasına rağmen her iki cinste de görülme sıklığı aynıdır. Kanser, kronik kardiyopulmoner komorbidite ve ileri yaş ile mortalite oranı doğrusal ilişkilidir (Eryiğit, 2006).

Kanser ya da kanser tedavisi görme, 60 yaş ve üzeri olmak, yoğun bakım hastası olmak, dehidratasyon, bilinen trombofilik hastalık, obezite (BKİ> 30) , VTE öyküsü (hem hasta hem de 1. derece yakını için), hormon tedavisi, flebitli variköz venlerin bulunması, hamilelik veya altı hafta içinde doğum yapmış olmak, ortopedik

cerrahi ve non ortopedik cerrahinin olması venöz tromboemboli için risk faktörleridir (Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu, 2015).

Hiroki ve ark. total kalça artroplastisi için hastaneye başvuran toplam 505 hastada derin ven trombozu (DVT) riskini incelemiş ve 62'sinde (% 12.3) preoperatif DVT tanısı koymuştur. DVT'nin belirgin olarak artmış riskleri yaşı artmış, büyük cerrahi öyküsü olan hastalarda, revizyon total kalça artroplastisi (THA), romatoidartrit (RA) ve kanser öyküsü bulunmaktadır. Total kalça artroplastisi için hastaneye yatırılan hastalarda preoperatif DVT prevalansı yüksek (% 12.3) bulunmuştur. Artmış yaş, romatoidartrit (RA) ve büyük bir cerrahi öyküsü olan hastaların preoperatif DVT riskinin yüksek olabileceği ortaya konmuştur. Elde edilen sonuçlar, en azından preoperatif DVT riski yüksek olan alt gruplarda, tarama yapmanın teşvik edilmesi gerektiğini göstermiştir (Wakabayashi ve ark, 2014).

Derin ven trombozu tanılmasında klinik risk skorlaması yapılmakta, bilgisayarlı tomografi, kompresyon ultrasonografisi, MR kontrast venografi gibi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bunu yanında D-dimer seviyesi, kardiyak troponin, hemogram, hemotokrit, trombosit, lökosit, periferik yayma gibi kan tetkikleri de tanıya yardımcı olmaktadır. DVT olgularının % 50 sinden azında ağrı, duyarlılık, eritem, ısı artışı, gode bırakan ödem, Homans bulgusu gibi klinik bulgular bulunur. Bu bulgular çeşitli hastalık süreçlerinde bulunabilir. Bu belirtilere dayanarak DVT tanısı koymak güvenilir değildir (Bevis ve Smith, 2016).

Jiang ve ark. yaptıkları araştırmada, 360 hastadan 339' na analiz yapmış ve bunların 28'inde (% 8.26) DVT, ultrasonografik bulgulara dayanarak doğrulanmıştır. Beden kitle indeksinin DVT gelişimi için bağımsız bir risk faktörü ($P = 0.018$) olduğunu ve ameliyat sonrası 1. ve 7. günlerde D-dimer düzeylerinin DVT gelişimi ile bağımsız olarak korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur (sırasıyla $P = 0.019$ ve $P < 0.001$)). D-dimer düzeyi, DVT' yi hariç tutmak için yararlı bir tarama testi olduğu ve bu çalışmada saptanan D-dimer değerlerinin DVT' nin belirli bir oranda yokluğu için bir referans sağlayacağı bulunmuştur (Jiang ve ark., 2014).

Derin ven trombozu (DVT) riskinin önlenmesinde ve tanılmasında hemşirelere büyük görev düşmektedir (Büyükyılmaz ve Şendir, 2014). Sağlık çalışanları DVT

ve PE belirtilerine karşı dikkatli olmalıdır. Erken mobilizasyon ve bacak egzersizleri konusunda hastayı cesaretlendirme, elastik basınçlı çorap kullanımını sağlama konusunda bilinçli olmalıdır. Aralıklı pnömatik basınç aleti kullanımını sağlama, kanama komplikasyonları açısından hastayı izleme, hasta süresini izleme, ilaç tedavisini dikkatle uygulama ve bunların yanında hastanın hastanede kaldığı süre boyunca risk tanılmasını yapmakla sorumludur (Dirimeşe ve Yavuz, 2010). VTE yi önlemek tedavisinden daha etkilidir. Bu nedenle cerrahi öncesi, sırası ve sonrası koruma çok önemlidir. Trombüs oluşumunu engellemek ve emboli gibi komplikasyonları azaltmak için ilaç tedavisi ve koruyucu yöntemler uygulanmalıdır. İdeal korunma yöntemi güvenli, uygulanması ve izlemi kolay, maliyeti uygun, hastalar, hemşireler ve hekimler için kabul edilebilir olmalıdır (AORN, 2007).

Türkiye'nin de katıldığı ENDORSE (Epidemiologic International day for the Evaluation of Patients at Risk for Venous Thromboembolism in the Acute Hospital Care Setting=Akut hastane bakım ortamında venöz tromboemboli riskli hastaların değerlendirilmesi için Uluslararası Epidemiyoloji Günü) çalışmasından elde edilen bulgulara göre DVT riski taşıyan hasta prevalansının oldukça yüksek olduğu ve profilaksi uygulanma oranının artırılması gerektiğini göstermektedir (Arseven ve ark. 2010). Çalışmalar Türkiye' nin dünyada DVT profilaksisinin en çok ihmal eden ülkelerden birisi olduğunu göstermiştir (Ulusal VTE Profilaksi ve Tedavi kılavuzu, 2010). Bunun en büyük nedenlerinden birisi de ülkemizde DVT risk değerlendirme formlarının kullanılmamasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Buna karşın DVT profilaksisi için her şeyden önce risk faktörlerinin belirlenmesi önemlidir (<http://www.ahrg.gov/qual/vtguide>, pdf Erişim Tarihi 01.10.2017).

Mevcut çalışmanın amacı ise, kalça ve diz protezi ameliyatı olmuş hastaların derin ven trombozu riskini ve etkileyen faktörlerini incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Derin Ven Trombozu

2.1.1. Derin Ven Trombozu Tanımı

Venöz tromboemboli, venlerde trombüslerin ve bunlardan kopan parçaların dolaşım sisteminde oluşturduğu patolojik durumdur (Korkmaz ve Çullu, 2015). Sık olarak alt ekstremitte venlerinde, nadir olarakda üst ekstremitte, pelvis ve diğer venlerde görülebilir (Altıntaş ve ark., 2010).

2.1.2. Derin Ven Trombozu Epidemiyolojisi

Dünyada cerrahi girişimlerin artması ve yaşam süresinin uzamasıyla DVT önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Caprini, 2010). Venöz tromboembolizmin (VTE) yıllık ortalama insidansı 23-269/100.000 arasındadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık 250 000- 2 000 000 venöz tromboembolizm olgusu ortaya çıktığı, mortalite ise 60 000-200 000 oranında olduğu bildirilmektedir. Avrupa'da ise her 1000 kişiden 2-3'ünde DVT görüldüğü bildirilmektedir. Semptomatik ilerleyen VTE olgularının üçte birinde pulmoner emboli kalan üçte ikisinde ise DVT bulguları ortaya çıkmaktadır (Horasan ve Akın, 2008).

Türkiye'nin de katıldığı ENDORSE (Epidemiologic International day for the Evaluation of Patients at Risk for Venous Thromboembolism in the Acute Hospital Care Setting=Akut hastane bakım ortamında venöz tromboemboli riskli hastaların değerlendirilmesi için Uluslararası Epidemiyoloji Günü) çalışmasından elde edilen bulgulara göre DVT riski taşıyan hasta prevalansının oldukça yüksek olduğu ve profilaksi uygulanma oranının artırılması gerektiğini göstermektedir (Arseven ve ark. 2010). Çalışmalar Türkiye' nin dünyada DVT profilaksisinin en çok ihmal eden ülkelerden birisi olduğunu göstermiştir (Ulusal VTE Profilaksi ve Tedavi kılavuzu, 2010).

Venöz tromboembolizm riski, yaş ilerledikçe artar ve 45- 50 yaşındakine göre 80 yaşından sonra risk 10 katına yükselir. Hamilelik ve oral kontraseptifler kullanan kadınlarda DVT görülme riski daha yüksekken, genel olarak her iki cinsiyette eşit görülmektedir. Derin ven trombozu kış aylarında diğer aylara göre daha fazla görülmektedir (Ulusal VTE Profilaksi ve Tedavi kılavuzu, 2010).

Büyük cerrahi girişimlerinden sonra DVT görülme oranı % 20'den fazladır. Büyük ortopedi vakalarında ise bu oran % 40- 60'a ulaşmaktadır (AHRO 2008; ICSI 2008).

2.1.3. Derin Ven Trombozu Etiyolojisi

Venöz tromboemboliye sebep olan etkenler 1858 yılında Virchow tarafından hiperkoagülabilité, vasküler hasar, venöz staz olarak tarif edilmiştir (Bevis ve Smith, 2016).

Virchow triadı olarak biline bu faktörler venlerde meydana gelen çeşitli sebeplere bağılı hasar ya da işlev bozukluğu, venöz kan akımında bozulma ve kan pıhtılaşma eğiliminin fazla olmasıdır. Endotel hasarı gerçekleştiğinde, endotelin antikoagülan etkisi bozulmakta ve ortaya pıhtılaşmayı uyaran moleküller çıkmaktadır.

Vasküler hasar çeşitli sebeplerle oluşabilir. Bunlara intravenöz ve cerrahi girişimler, travma, endotel yırtıkları örnek verilebilir. Anestezi vasküler dilatasyona neden olarak emboli gelişimine zemin hazırlar.

Uzun süreli immobilizasyon ve hareketsizlik hiperkoagülasiona neden olmaktadır. Bunun yanı sıra malign hastalıklar, oral kontraseptif kullanımı, dehidratasyon, pıhtılaşma sorunları da bu duruma sebebiyet verir.

Faktör V Leiden mutasyonu, protein C ve S eksikliği, antitrombin III eksikliği gibi kalıtsal hastalıklar pıhtılaşmayı artırır (Kurtoğlu ve Sivrikoz, 2008).

Tablo 1: Virchow üçlüsü ve oluşumunda etkili faktörler (Lewis ve ark., 2007; Ulusal VTE Kılavuzu 2010; Caprini 2010).

Venöz staz	Damar duvarında hasar	Hiperkoagülabilité Edinsel Trombofililer
<ul style="list-style-type: none">• Uzun süreli yatak istirahati• Uzun seyahat• Cerrahi girişime bağlı hareketsizlik• Tümör, obezite, gebeliğe bağlı venöz obstrüksiyon• Kardiyomiyopati, konjestif kalp yetmezliği ve miyokard infarktüsüne bağlı sol ventrikül yetersizliği• Atriyal fibrilasyon• Yanık	<ul style="list-style-type: none">• Damar yaralanması/travması<ul style="list-style-type: none">• Kateter takılması• Derin ven trombozu öyküsü (varikoz ven oluşumu-kapak hasarı)• Yapay kalp kapağı• Cerrahi girişim• Kemik kırıkları• Kalp damar hastalığı• Tümör invazyonu	<ul style="list-style-type: none">• Derin ven trombozu öyküsü• Cerrahi girişimler• Antifosfolipid antikor sendromu• Kalıtısal trombofililer• Aktive protein C direnci• Faktör V Leiden mutasyonu• Protrombin gen mutasyonu (G20210A)• Protein C/S eksiklikleri• Antitrombin eksikliği• Nadir görülen kalıtısal trombofililer• Aile öyküsü• Diğerleri

2.1.4. Derin Ven Trombozu Belirti ve Bulguları

Taramalar sonucunda DVT olgularının % 90' ı asemptomatik seyretmektedir. Belirtilerin ilki venöz tıkanmayla birlikte solukluk, yüzeysel tromboflebit, periferik eritem şeklinde seyredir. Ven dilatasyonu ve tıkanıklık sebebiyle ilerleyen dönemde sıcaklık hissi, ödem, lokal kızarıklık, hassasiyet ve ağrı olur. Sol alt ekstremitede de sağ alt ekstremitede göre daha fazla tromboz görüldüğü belirtilmiş ve bu durum sol iliak ven sağ iliak arteri çarpıştığı yerde baskıya uğramasıyla açıklanmaktadır. Homans bulgusu ortaya çıkar (Horasan ve Akın, 2008).

DVT belirtileri spesifik değildir, belirtiler olguların % 40-50' sinde görülür. En çok görülen belirtiler ise ağrı ve şişliktir. Ayhan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da olguların hastaneye benzer şikayetlerle başvuruşlardır. DVT belirtileri başka hastalıklarda da görülse de DVT' nin tanıklanmasında önemli rol oynar. Bu nedenle DVT risk faktörü taşıyan hastalar bu açıdan dikkate alınmalıdır. DVT şüphesi olan hastalarda tanıyı kesinleştirmek için doğru incelemelerin yapılması ve tanı algoritması kullanılması önerilmektedir (Ayhan ve ark., 2013).

2.1.5. Derin Ven Trombozu Risk Faktörleri

Derin ven trombozunda en önemli risk faktörü cerrahi girişimlerdir. Cerrahi girişim immobilizasyona neden olarak DVT riskini artırır. İnmeli hastalarda DVT riski % 30-80 oranında bulunmuştur (Pulmoner Tromboembolizm Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu – 2015). Cerrahi girişim Damar duvarına direkt hasar vermesiyle DVT ye yol açar ve bunun yanı sıra koagülasyon aktivitesini arttırarak trombüs oluşumuna neden olur (Ayhan ve ark., 2013).

Altıntaş ve ark., majör ortopedik cerrahi geçiren 899 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada olgularında %73,2 oranında VTE risk faktörü olduğu, obezite, sigara içme,uzamış immobilizasyon (72 saat ve üstü), venöz yetersizlik en sık görülen risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Birçok olguda birden fazla risk faktörü görülmüştür (Altıntaş ve ark., 2008).

Gebelik, oral kontraseptif kullanımı, trombofili, malignite ve varis varlığı diğer risk faktörleridir. Malignite, tümör hücrelerinden koagülasyonu artırıcı maddeler sayesinde ve kemoterapik ajanların etkisiyle trombüs oluşumuna ve endotel hasarına neden olur (Ayhan ve ark., 2013).

Hamilelik ise hareketsizlik, hormonları etkisi ve ilak vene olan baskı ile DVT riskini arttırmaktadır.

Obezite hareketsizliğe neden olduğu için risk faktörüdür. Beden kitle indeksi 30 kg/m² ve üzerinde ise risk ikiye katlanmaktadır. Türklere başlıca risk faktörü immobilizasyon ve trombofili olduğu tespit edilmiştir. Bu iki durumda eşit oranlarda görülmektedir (Çebi ve Tanrıverdi, 2009).

Risk faktörlerini erken belirlemek tedavininde seyrini değiştirir. Geri döndürülebilir bir faktör varsa tedavi sürecinde kısa sürer, nüks oranında azalır. Ayrıca erken tanılamaya sayesinde gerekli önlemler alınır ve profilaksi uygulanır. Bu durum DVT ye bağlı mortalite ve morbidite oranının azlmasını sağlar (Bewis ve Smith, 2017).

2.1.6. Derin Ven Trombozunun Tanılanması

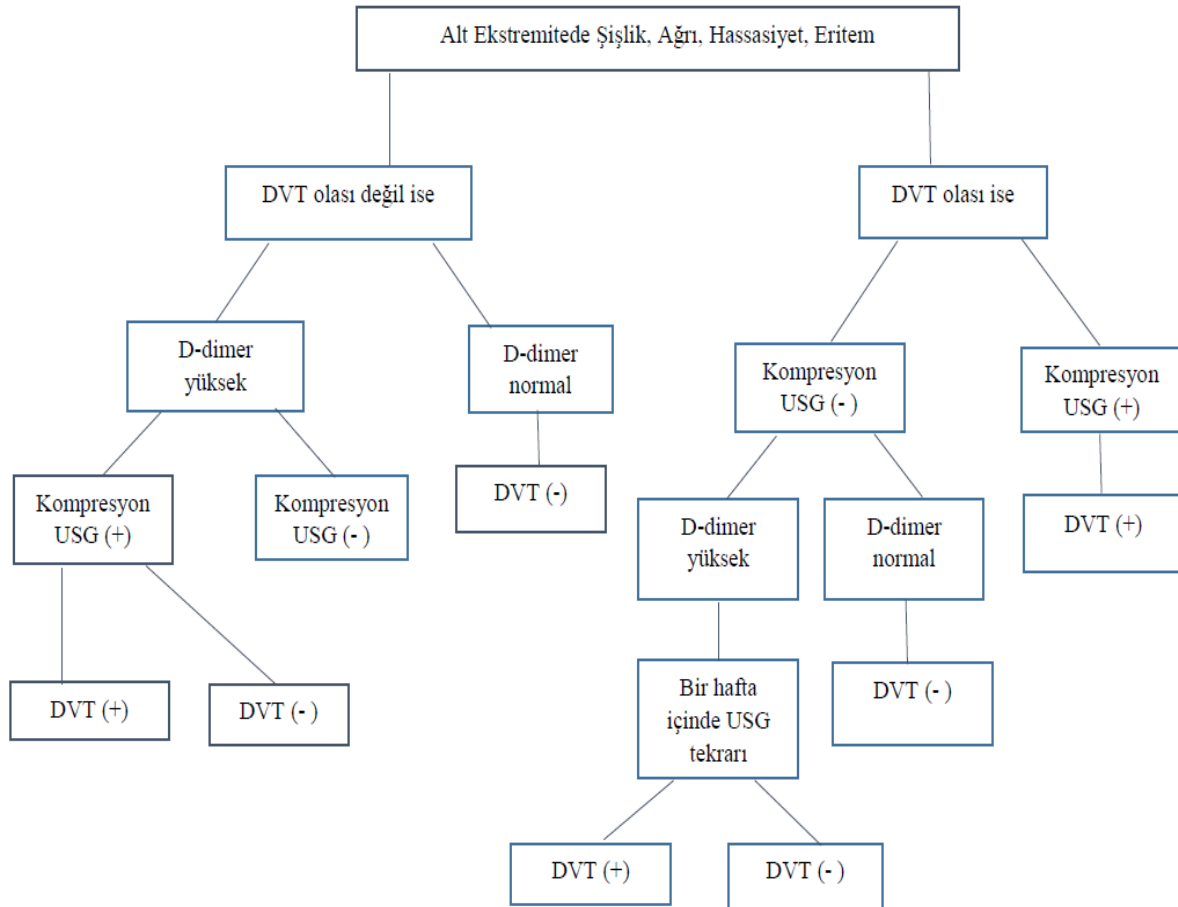
Derin ven trombozu tanılmasında klinik risk skorlaması yapılmakta, bilgisayarlı tomografi, kompresyon ultrasonografisi, MR kontrast venografi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bunu yanında D-dimer seviyesi, kardiyak troponin, hemogram, hemotokrit, trombosit, lökosit, periferik yayma gibi kan tetkikleri de tanıya yardımcı olmaktadır. DVT olgularının % 50 sinden azında ağrı, duyarlılık, eritem, ısı artışı, gode bırakan ödem, Homans bulgusu gibi klinik bulgular bulunur. Bu bulgular çeşitli hastalık süreçlerinde bulunabilir. Bu belirtilere dayanarak DVT tanısı koymak güvenilir değildir (Bevis ve Smith, 2016).

Kompresyon ultrasonografisi en sık kullanılan ve invaziv olmayan işlemdir. Trombozlu hastalarda özgüllüğü %98, duyarlılığı % 97 dir. Asemptomatik hastalarda duyarlılığı düşebilir. Trombozu tek başına ekarte edemez.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), pelvik, iliak, kaval ve baldır trombozlarında ultrasonografinin negatif sonuç verdiği durumlarda başarı ile kullanılır.

DVT tanılamada kontrast venografi altın standarttır. Pahalı ve invaziv bir işlemdir. Yüksek DVT şüphesi olup ultrasonda negatif çıkan hastalarda kullanılır (Khoon, 2010).

Tablo 2: * Khoon Ho W., Deep vein thrombosis Risks and diagnosis, Australian Family Physician Vol. 39, No. 7, JULY 2010.



2.1.7. Derin Ven Trombozunun Önlenmesi ve Tedavisi

Tedavide hedef; PE gelişimini önlemek, varolan trombüsün ilerlemesini durdurmak, tromboze olan damarların reperfüzyonunu sağlamak ve posttrombotik sendrom, tromboz nöksleri, pulmoner hipertansiyon gibi geç komplikasyonların gelişiminin engellenmesidir (Özcan ve ark., 2019). Hastayı cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında derin ven trombozundan korumak çok önemlidir. Çünkü önlemek tedaviden daha etkilidir.

Mekanik koruyucu girişimler ve ilaç tedavisinin temel amacı trombüs oluşumunu önlemektir. Bu koruyucu yöntemlerin uygulanması kolay, maliyeti uygun, hemşire ve hekim için izlemi kolay olmalıdır (AORN, 2007). Bu konudaki ilk çalışma 1960 yılında yapılmıştır. Tedavi edilmeyen grupta yüksek mortalite görülmüştür (Sarıgül ve Tanyeli, 2007). DVT tedavisinde üç yaklaşım vardır. Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH), IV fraksiyone olmayan heparin (UFH) veya takip ve doz ayarlaması ile subkutan UFH yaklaşımıdır.

Heparin ve vitamin K antagonistlerinin tanıda eş zamanlı başlanması INR değerinin stabil (yaklaşık 2,0 olduğunda) heparinin kesilmesi günümüzde önerilen tedavi yaklaşımıdır. Kanama riski artacağı için trombolitik ajanlar tedavide rutin olarak kullanılmazlar. DVT de diğer bir tedavi de cerrahi trombektomidir. Ameliyat sonrası, doğum ve travma gibi durumlarda 40 yaş üstündeki DVT li hastalara uygulanması önerilir. Ayrıca antikoagülan kullanılmayacak hastalarda vena kava filtreleri değiştirilebilir (Sarıgül ve Tanyeli, 2007).

Bazı rehberler atikoagülan tedaviye ek olarak mekanik önlemlerinde de önemini vurgulamaktadır. Ameliyat öncesi ve sonrasında hastalar hareketsizlikten korunmalı, elastik çorap giydirilmeli, genel anestezi yerine epidural – spinal anestezi tercih edilmeli, hastanın sıvı alımı desteklenmelidir. Ameliyat öncesinde koruyucu tedaviye başlanmalıdır (Dirimeşe ve Yavuz, 2010).

2.1.8. Derin Ven Trombozunda Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşirelerin hasta ile ilgili riskleri belirleme, önlem alma ve hastanın bu konudaki uyumunu değerlendirmedeki rolü çok önemlidir.

Hemşire ameliyat öncesinde hastanın öyküsünü almalı ve fiziksel değerlendirmesi doğrultusunda risk faktörlerini tespit etmelidir. Ameliyat öncesini ve sonrasında karşılaştırmak için bu değerlendirme önemlidir. Risk değerlendirmesi, hastanın hastaneye yatışından itibaren ve durumu her değiştiğinde yeniden yapılmalıdır. DVT riskini değerlendirmek için bazı tanılama araçları geliştirilmiştir. Bunların ilki 1997 yılında Wells ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Wells skorlama yöntemi, kendisi tarafından 2003 yılında bazı değişiklikler yapılmış ve yeniden düzenlenmiştir.

Diğer risk değerlendirme aracı ise Virchow Triadı baz alınarak geliştirilen Autar Derin Ven Trombozu Risk Tanılama aracıdır. Bu ölçek Ricky Autar tarafından 1994 yılında geliştirilmiş fakat 2003 yılında yapılan çalışmayla kullanılabilirliği test edilmiştir. A, B, C, D, E sıralaması da DVT risk değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. A (allergies) hastanın ilaç ya da lateks alerjisi varlığını ifade eder. B (bleeding) kanama eğilimi, C (corticosteroids) kortikosteroid kullanımı, D (diabetes) diyabeti, ve E (emboli) VTE öyküsü varlığını sorgulamasıdır.

Hasta DVT açısından eğitilmeli. Bu durum hastanın ameliyat sonrası bakımı için uyumunu artırır. Hastaya doğru pozisyon, ROM egzersizleri, derin soluk alıp verme egzersizleri anlatılmalı ve bunların önemi vurgulanmalıdır. Hastaya elastik çorap giydirilmeli, bu çorabın fonksiyonu anlatılmalıdır.

Ameliyatın türü ve verilen pozisyon, genel anestezi, ameliyatın süresi, ameliyatta kullanılan tespit malzemesi DVT yi etkileyen risk faktörleridir. Hemşire hastanın elastik çorap giyip giymediğini kontrol etmeli, bası önleyici araçlar kullanılmalıdır. Kullanılan tespit araçları hastanın dolaşımını engellemeyecek şekilde olmalıdır. Pnömatik turnike kullanılacaksa cilt ile turnike arasında ped koyulmalı, turnike kullanım kurallarına dikkat edilmelidir.

Ameliyat sonrası hemşire DVT belirti ve bulgularına karşı dikkatli olmalıdır. Hastaya ilaç tedavisi uygulanıyorsa kanama belirtileri takip edilmelidir. Ameliyat sonrasında hasta erken mobilizasyon ve bacak egzersizleri açısından desteklenmelidir.

Aldığı- çıkardığı takibi yapılmalı, hastanın oral alımı desteklenmelidir. Hastaneden ayrılmadan önce hastalara popliteal vene bası yapabileceği için diz altına yastık koyulmaması gerektiği söylenmelidir. K vitamini alması gerektiği vurgulanmalı ve K vitamini içeren besinler anlatılmalıdır. Elastik çorabın önemi Tekrar hatırlatılmalı ve doğru kullanımı konusunda hasta bilinçlendirilmelidir (Gürsoy ve Çilingir, 2018).



3.GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlandı. Amacı ise, kalça ve diz protezi ameliyatı olmuş hastaların derin ven trombozu riskini ve faktörlerini incelemektir.

5.2.Araştırmanın Soruları

- Kalça ve diz protezi ameliyatı geçirmiş hastalarda derin ven trombozu riski var mıdır?
- Kalça ve diz protezi ameliyatı geçirmiş hastalarda derin ven trombozu risk oranı nedir?
- Kalça ve diz protezi ameliyatı geçirmiş hastalarda derin ven trombozu risk faktörleri nelerdir?

5.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 22 Mart – 15 Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul’ da bir eğitim araştırma hastanesinde yapıldı.

5.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 22 Mart– 15 Haziran 2018 tarihleri arasında hastaneye yatan hastalar, örneklemini ise bu tarihler arasında hastaneye yatan hastalardan kalça ve diz protezi operasyonu geçirmiş, araştırmaya gönüllü ve araştırma kriterlerine uyan toplam 117 hasta oluşturdu. Araştırmada basit tesadüf örnekleme yöntemi kullanıldı.

5.5.Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olan
- Okuma yazma bilen ve iletişim kurabilen
- Kalça veya diz protezi ameliyatı geçirmiş olan
- Soruları anlamasına bilişsel bir engeli olmayan kişiler örnekleme alındı.

5.6.Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri

Örneklem seçim ölçütlerini karşılamayan ve anketleri yanıtladığı sırada çalışmada olmak istemediğine karar veren bireyler çıkartıldı.

5.7. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

5.7.1. Veri Toplama Araçları

- Tanıtcı Özellikler Formu (Ek-1):

Araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Hastaların özelliklerini öğrenmek ve hastanede uygulanan profilaksi hakkında bilgi edinmek amacıyla oluşturulmuştur. Hastaların sigara kullanıp kullanmama durumu, mobilizasyon durumları, varis çorabı kullanımı, heparin tedavisi uygulanması ve sürekli olarak kullandıkları ilaçlar, spor yapma alışkanlıklarına ilişkin bilgiler bulunmaktadır (AHRQ 2008).

- Autar DVT Riski Tanılama Ölçeği (Ek-2) :

Autar Derin Ven Trombozu Risk Tanılama Ölçeği ilk olarak 1994 yılında Ricky Autar tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra ise yine aynı kişi tarafından 2002 yılında revize edilmiştir. Bu ölçeğin ilk olarak geçerlilik güvenilirliği 1994 yılında Ricky Autar tarafından yapılmış, 150 hasta üzerinde başlanan çalışma iki hastanın taburcu olması nedeniyle 148 hasta ile yapılabilmektedir. Autar Derin Ven Trombozu Risk Tanılama Ölçeği, araştırma örneğine alınan hastaların yaşı, BKİ, mobilizasyon durumu, özel risk grubunu, travma geçirip geçirmediğini, geçirdiği cerrahi operasyonun özelliğini, yüksek riskli bir hastalığa sahip olup olmadığını, değerlendirme yönergesi ve protokolünü, venöz tromboproflaksiyi de içeren; yedi kategoriden oluşan ve puan aralığı 0-32 puan arasında olan bir ölçektir. Tanılama ölçeğinden elde edilen puan arttıkça DVT riski artmaktadır (Autar, 2002). Bu ölçeğin Türk hastaları için uyarlaması, Doç. Dr. Funda Büyükyılmaz ve Prof. Dr. Merdiye Şendir tarafından 2010 yılında yapılmıştır (Büyükyılmaz ve ark., 2015).

5.7.2. Verilerin Toplanması

Veriler kurum izinleri alındıktan sonra araştırmacı tarafından bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile hasta odalarında, postoperatif birinci günde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-1) ve Autar DVT Risk Tanılama Ölçeği (Ek-2) kullanılmıştır. Görüşmeler yaklaşık on dakikada yapılmıştır.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

5.8.1. Araştırmanın Değerkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değerkeni: Autar DVT Riski Tanılama Ölçeği'ne göre DVT risk puanıdır.

Araştırmanın Bağımsız Değerkenleri: Yaş, mobilizasyon durumu, travma öyküsü, ek bir hastalığın olup olmadığı, BKI, oral kontraseptif veya hormon replasman tedavisi alıp almadığı, geçirdiği cerrahi operasyonun özelliği, kronik hastalık durumu, sigara kullanımı gibi ek risklerin bulunmasıdır.

5.8.2. İstatistiksel Yöntemler

Çalışma verileri değerlendirilirken elektronik ortamda tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi (Coşansu, 2014).

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Ek-5), çalışmanın yürütüldüğu hastaneden kurum izni (Ek-6) alındı. Araştırma kapsamında kullanılması planlanan Autar DVT Riski Tanılama Ölçeği (Ek-2) kullanılması için gerekli izin (Ek-7) alınmıştır. Hastalara çalışma ile ilgili gereken açıklama yapılmıştır, Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-3) okutuldu ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlere imzalatılmıştır. Hastaların kimliği gizli tutulmuş ve

araştırmaya katılmak istemeyen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma süresince otonomi, gizlilik, zarar vermeme, yarar sağlama etik ilkelerine dikkat edilmiştir (Karaöz, 2000; Esin, 2014).

5.10. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma verilerin toplandığı hastanede ve çalışmaya alınan olguların yanıtları ile sınırlıdır. Olguların verdikleri yanıtlarda samimi oldukları dşnlmştir.



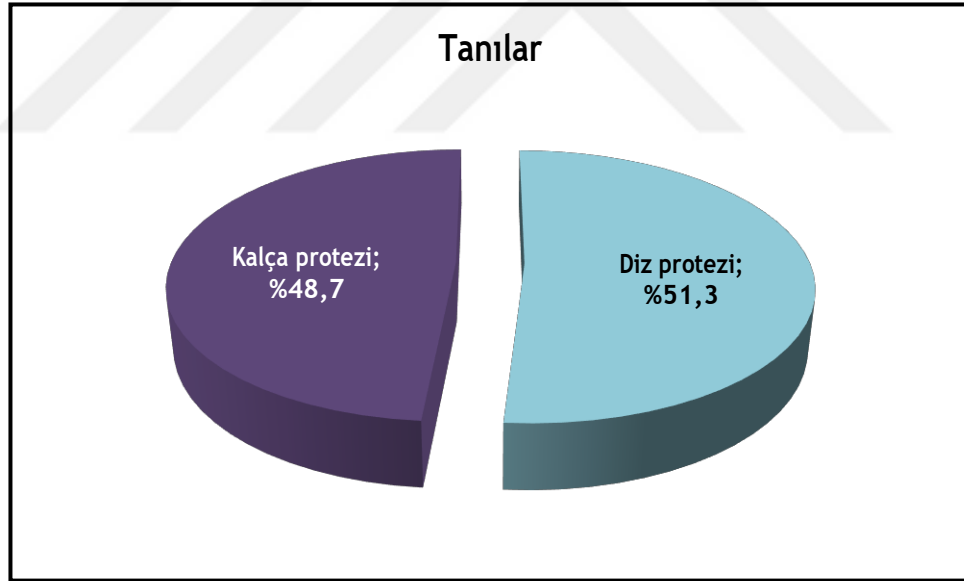
6. BULGULAR

Çalışma 22 Mart- 15 Haziran 2018 tarihleri arasında toplam 117 olgu üzerinde yapılmıştır.

Tablo 3: Tanı Dağılımları

Tanımlar	n	%
Diz protezi	60	51,3
Kalça protezi	57	48,7
Total	117	100,0

Tanımlar incelendiğinde; olguların %51,3'üne (n=60) diz protezi, %48,7'sine (n=57) kalça protezi uygulandığı görülmüştür.



Şekil 1: Tanı dağılımları

AUTAR DVT RİSKİ TANILAMA ÖLÇEĞİ DAĞILIMLARI

Tablo 4: Yaş Dağılımları

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Yaş (yıl)	20-77 (58)	58,35±10,73
Yaş puanı	0-5 (3)	3,27±1,10
	N	%
10-30 yaş	4	3,4
31-40 yaş	1	0,9
41-50 yaş	18	15,4
51-60 yaş	43	36,7
61-70 yaş	38	32,5
≥71 yaş	13	11,1
Total	117	100,0

Bu çalışmada yaşlar 20 ile 77 arasında değişmekte olup, ortalama 58,35±10,73 yıl saptanmıştır. Yaş puanları 0 ile 5 arasında değişmekte olup (10-30 yaş 0 puan, 31-40 yaş 1 puan, 41-50 yaş 2 puan, 51-60 yaş 3 puan, 61-70 yaş 4 puan, 71+ yaş 5 puan) bu çalışmada ortalama 3,27±1,10'dur. Olguların %3,4'ü (n=4) 10-30 yaş, %0,9'u (n=1) 31-40 yaş, %15,4'ü (n=18) 41-50 yaş, %36,7'si (n=43) 51-60 yaş, %32,5'i (n=38) 61-70 yaş, %11,1'i (n=13) 71 yaş ve üzeri olan grupta yer almaktadır.

Tablo 5: BKİ Dağılımları

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
BKİ puanı	1-4 (2)	2,03±0,83
	n	%
Normal kilolu	35	29,9
Fazla kilolu	46	39,3
Şişman	33	28,2
Çok şişman	3	2,6
Total	117	100,0

Bu çalışmada BKİ puanları 1 ile 4 arasında değişmekte olup (düşük kilo 0 puan, normal kilo 1 puan, fazla kilo 2 puan, şişman 3 puan, çok şişman 4 puan) ortalama $2,03\pm 0,83$ 'tür. BKİ dağılımları incelendiğinde; %29,9'unun (n=35) normal kilolu, %39,3'ünün (n=46) fazla kilolu, %28,2'sinin (n=33) şişman ve %2,6'sının (n=3) ise çok şişman olduğu gözlenmiştir.

Tablo 6: Hareket Puanlarının Dağılımları

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Hareket puanı	0-4 (1)	1,55±0,99
	n	%
Bağımsız	1	0,9
Yarı bağımlı	79	67,5
Oldukça bağımlı	22	18,8
Tekerlekli iskemleye bağlı	2	1,7
Yatağa bağımlı	13	11,1
Total	117	100,0

Bu çalışmada hareket puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup (kendi ihtiyaçlarını bağımsız karşılayabilen 0 puan, yarı bağımlı 1 puan, yardıma gereksinimi olan oldukça bağımlı 2 puan, tekerlekli iskemleye bağımlı 3 puan, yatağa bağımlı 4 puan) ortalama $1,55\pm 0,99$ 'dur. Olguların %0,9'u (n=1) bağımsız, %67,5'i (n=79) yarı bağımlı, %18,8'i (n=22) oldukça bağımlı, %1,7'si (n=2) tekerlekli iskemleye bağlı ve %11,1'i (n=13) ise yatağa bağımlı olarak tanımlanmıştır.

Tablo 7: Travma Puanlarının Dağılımları

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Travma puanı	0-4 (0)	0,39±1,08
	n	%
0 puan	100	85,5
1 puan	6	5,1
3 puan	4	3,4
4 puan	7	6,0
Total	117	100,0

Bu çalışmada travma puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup (kafa yaralanması geçiren 1 puan, göğüs yaralanması 1 puan, omurga yaralanması 2 puan, pelvik yaralanma 3 puan, alt ekstremit 4 puan) ortalama 0,39±1,08'dir. Alınan puanlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 7'te verilmiştir.

Tablo 8: Risk Durumu Puanlarının Dağılımları

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Risk durumu puanı	0-3 (0)	0,18±0,55
	n	%
0 puan	104	88,9
1 puan	6	5,1
2 puan	6	5,1
3 puan	1	0,9
Total	117	100,0

Bu çalışmada risk durumu puanları 0 ile 3 arasında değişmekte olup (oral kontraseptif kullanımı (20-35 yaş) 1 puan, oral kontraseptif kullanımı (35+ yaş) 2 puan, hormon replasman tedavisi 2 puan, gebelik/ lohusalık 3 puan, kalıtsal tromboflebit 4 , ortalama 0,18±0,55'tir. Alınan puanlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 8'da verilmiştir.

Tablo 9: Cerrahi Girişim Puanlarının Dağılımları

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Cerrahi girişim puanı	0-4 (3)	2,70±1,44
	n	%
0 puan	15	12,8
1 puan	13	11,1
2 puan	14	12,0
3 puan	25	21,4
4 puan	50	42,7
Total	117	100,0

Bu çalışmada cerrahi girişim puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup (küçük cerrahi girişim < 30 dak. 1 puan, planlı büyük cerrahi girişim 2 puan, acil büyük cerrahi girişim 3 puan, torasik cerrahi girişim 3 puan, jinekolojik cerrahi girişim 3 puan, abdominal cerrahi girişim 3 puan, ürolojik cerrahi girişim 3 puan, nöroşirürjik cerrahi girişim 3 puan, ortopedik cerrahi girişim (bel altı) 4 puan) ortalama 2,70±1,44'tür. Alınan puanlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 9'da verilmiştir. Olguların en yüksek (n:50) % 42,7 oranında bel altı ortopedik cerrahi girişim geçirdiği tespit edilmiştir.

Tablo 10: Yüksek Riskli Hastalıklara İlişkin Puanların Dağılımları

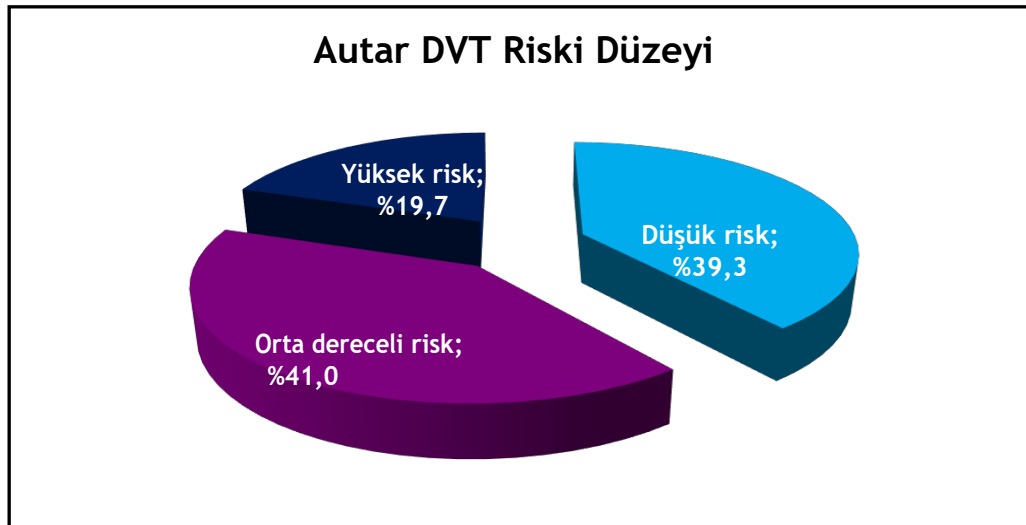
	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Yüksek riskli hastalık puanı	0-4 (0)	1,48±1,51
	n	%
0 puan	59	50,4
1 puan	1	0,9
3 puan	56	47,8
4 puan	1	0,9
Total	117	100,0

Yüksek riskli hastalıklara ilişkin puanlar 0 ile 4 arasında değişmekte olup (ülseratif kolit 1 puan, polisitemi 2 puan, varis 3 puan, kronik kalp hastalığı 3 puan, akut miyokard infarktüsü (MI) 4 puan, malignite (aktif kanser) 5 puan, serobrovasküler atak (SVA) 6 puan, DVT hikayesi 7 puan) ortalama $1,48 \pm 1,51$ 'dir. Alınan puanlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 11: Autar DVT Riski Tanılama Ölçeği Toplam Puanların Dağılımları

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Toplam puan	2-21 (12)	11,61±3,63
	n	%
Düşük risk (≤ 10 puan)	46	39,3
Orta dereceli risk (11-14 puan)	48	41,0
Yüksek risk (≥ 15 puan)	23	19,7
Total	117	100,0

AUTAR DVT riski puanları 2 ile 21 arasında değişmekte olup, ortalama $11,61 \pm 3,63$ saptanmıştır. Puanları sınıflandığında; olguların %39,3'ü (n=46) düşük risk, %41,0'i (n=48) orta dereceli risk ve %19,7'si (n=23) yüksek risk grubunda yer almaktadır.

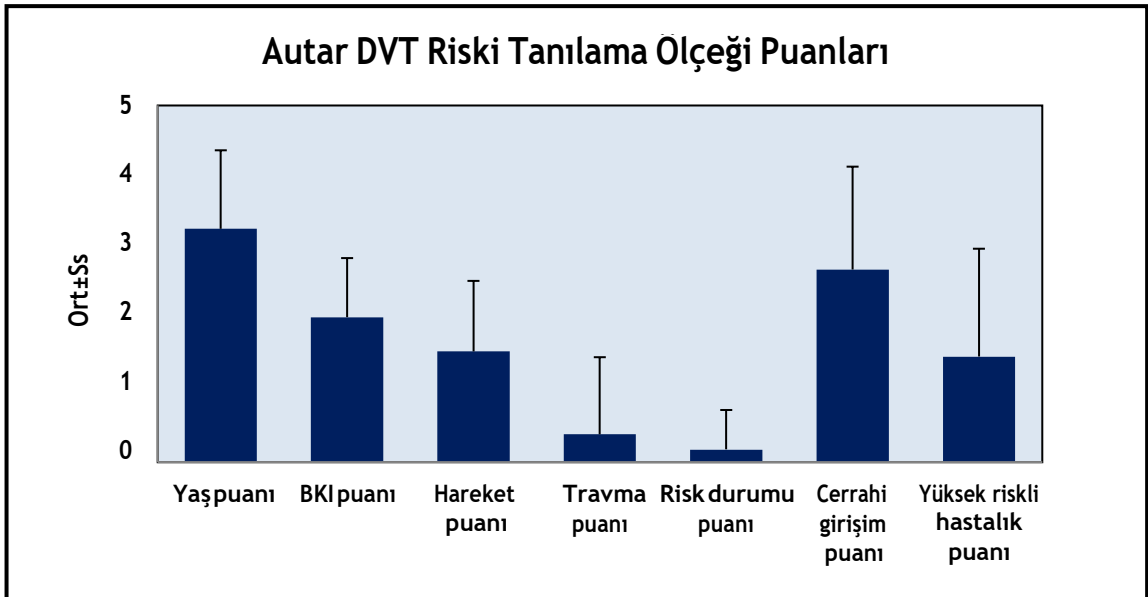


Şekil 3: Autar DVT riski düzeylerinin dağılımı

Tablo 12: Autar DVT Riski Tanılama Ölçeği Puanların Dağılımları

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Yaş puanı	0-5 (3)	3,27±1,10
BKI puanı	1-4 (2)	2,03±0,83
Hareket puanı	0-4 (1)	1,55±0,99
Travma puanı	0-4 (0)	0,39±1,08
Risk durumu puanı	0-3 (0)	0,18±0,55
Cerrahi girişim puanı	0-4 (3)	2,70±1,44
Yüksek riskli hastalık puanı	0-4 (0)	1,48±1,51
Toplam puan	2-21 (12)	11,61±3,63

Yaş puanları 0 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama $3,27\pm 1,10$ 'dur. BKI puanları 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $2,03\pm 0,83$ 'tür. Hareket puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $1,55\pm 0,99$ 'dur. Travma puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $0,39\pm 1,08$ 'dir. Risk durumu puanları 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalama $0,18\pm 0,55$ 'tir. Cerrahi girişim puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $2,70\pm 1,44$ 'tür. Yüksek riskli hastalıklara ilişkin puanlar 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $1,48\pm 1,51$ 'dir. AUTAR DVT riski puanları 2 ile 21 arasında değişmekte olup, ortalama $11,61\pm 3,63$ saptanmıştır.

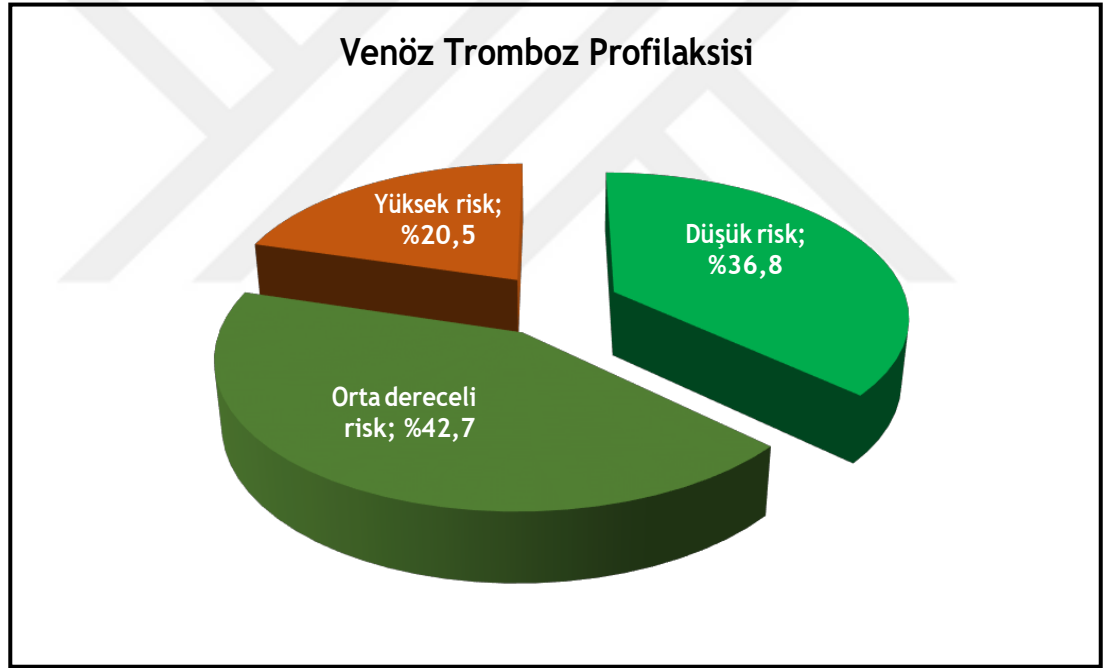


Şekil 2: Autar DVT riski puanlarının dağılımı

Tablo 13: Venöz Tromboz Profilaksi Düzeyine İlişkin Dağılımlar

Venöz Tromboprofilaksisi	n	%
Düşük risk (<i>Ambulasyon+Dereceli varis çorabı</i>)	43	36,8
Orta dereceli risk (<i>Dereceli varis çorabı ya da aralıklı pnomatik kompresyon</i>)	50	42,7
Yüksek risk (<i>Dereceli varis çorabı ya da aralıklı pnomatik kompresyon + Heparin</i>)	24	20,5
Total	117	100,0

Venöz tromboz profilaksisine göre olguların %36,8'inde (n=43) düşük risk, %42,7'sinde (n=50) orta dereceli risk ve %20,5'inde (n=24) yüksek risk saptanmıştır.



Şekil 4: Venöz tromboz profilaksisi dağılımı

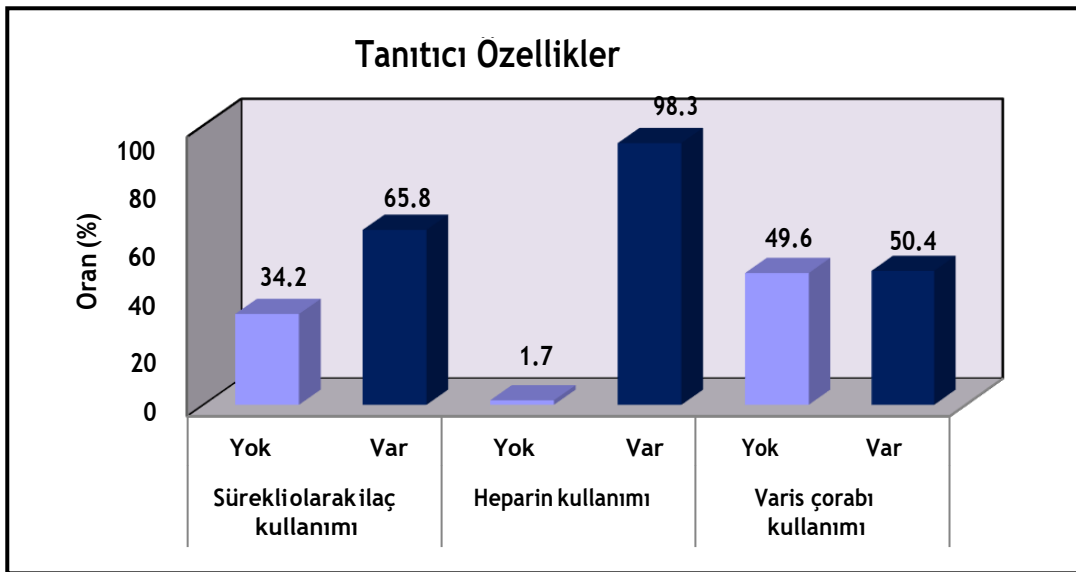
Tablo 14: Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımları

		N	%
Sigara kullanımı	Yok	88	75,2
	Var	29	24,8
Spor yapma durumu	Yok	111	94,9
	Var	6	5,1
Ameliyat sonrası mobilizasyon	Yok	37	31,6
	Var	80	68,4
Sürekli olarak ilaç kullanma durumu	Yok	40	34,2
	Var	77	65,8
Heparin kullanımı	Yok	2	1,7
	Var	115	98,3
Varis çorabı kullanımı	Yok	58	49,6
	Var	59	50,4

Olguların %75,2'si (n=88) sigara kullanmazken; %24,8'i (n=29) sigara kullanmaktadır. Düzenli olarak spor yapan olgu oranı %5,1 (n=6) olarak bulunmuştur.

Ameliyat sonrası mobilizasyon işlemi olguların %68,4'üne (n=80) uygulanmıştır.

Olguların %65,8'i (n=77) sürekli olarak ilaç kullanmakta, %98,3'ü (n=115) heparin kullanmakta ve %50,4'ü (n=59) varis çorabı kullanmaktadır.



Şekil 5: Tanıtıcı özelliklere ilişkin dağılımlar

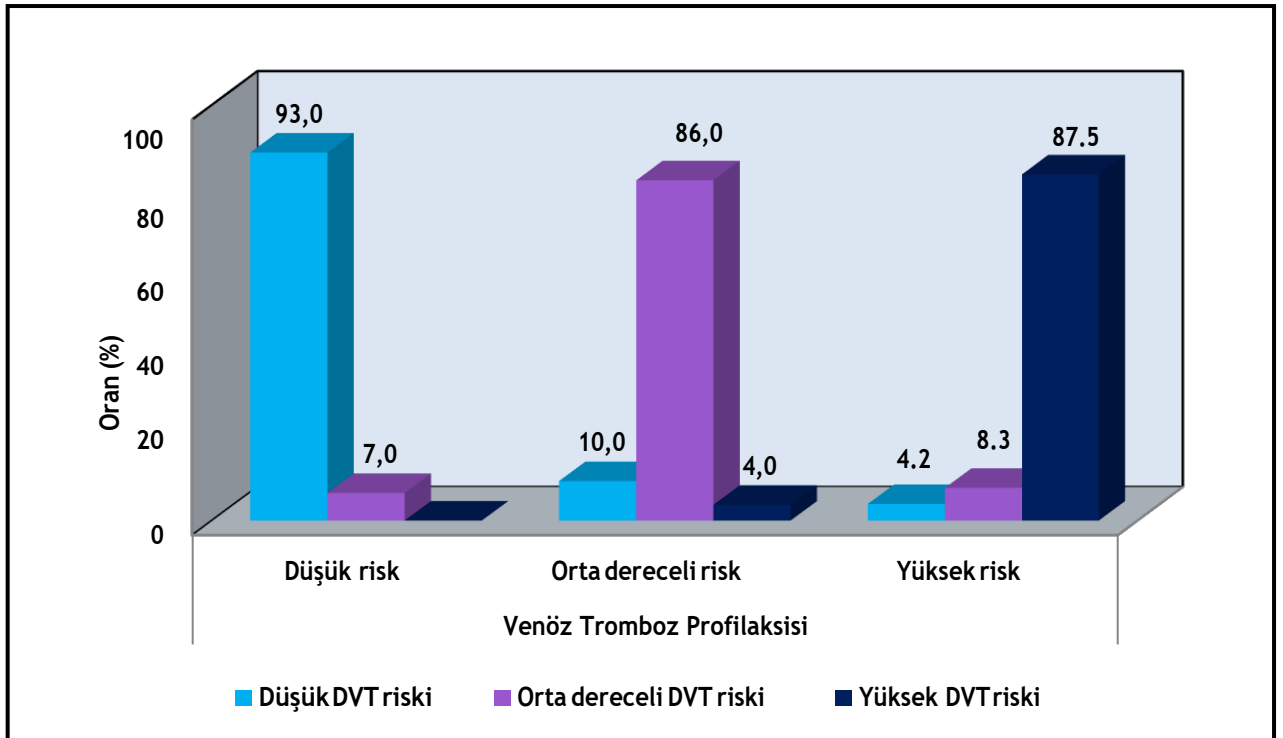
Tablo 15: Venöz Tromboz Profilaksisi ile Autar DVT Riski İlişkisi

		Autar DVT Riski			p
		Düşük risk (n=46)	Orta dereceli risk (n=48)	Yüksek risk (n=23)	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Venöz tromboz profilaksisi	Düşük risk	40 (93,0)	3 (7,0)	0 (0)	<i>^a0,001**</i>
	Orta dereceli risk	5 (10,0)	43 (86,0)	2 (4,0)	
	Yüksek risk	1 (4,2)	2 (8,3)	21 (87,5)	

^aFisher Freeman Halton Test

***p<0,01*

Autar DVT riskisi ile venöz tromboprofilaksisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Venöz tromboz profilaksisi düşük olan grupta düşük DVT riskisi; venöz tromboz profilaksisi orta düzey olan grupta orta düzey DVT riskisi; venöz tromboz profilaksisi yüksek olan grupta yüksek DVT riskisi oranı yüksektir. Venöz tromboz profilaksisi arttıkça DVT riskisi de artmakta, venöz tromboz profilaksisi düştükçe DVT riskisi de düşmektedir.



Şekil 6: Venöz tromboz profilaksisine göre Autar DVT riskisi dağılımları

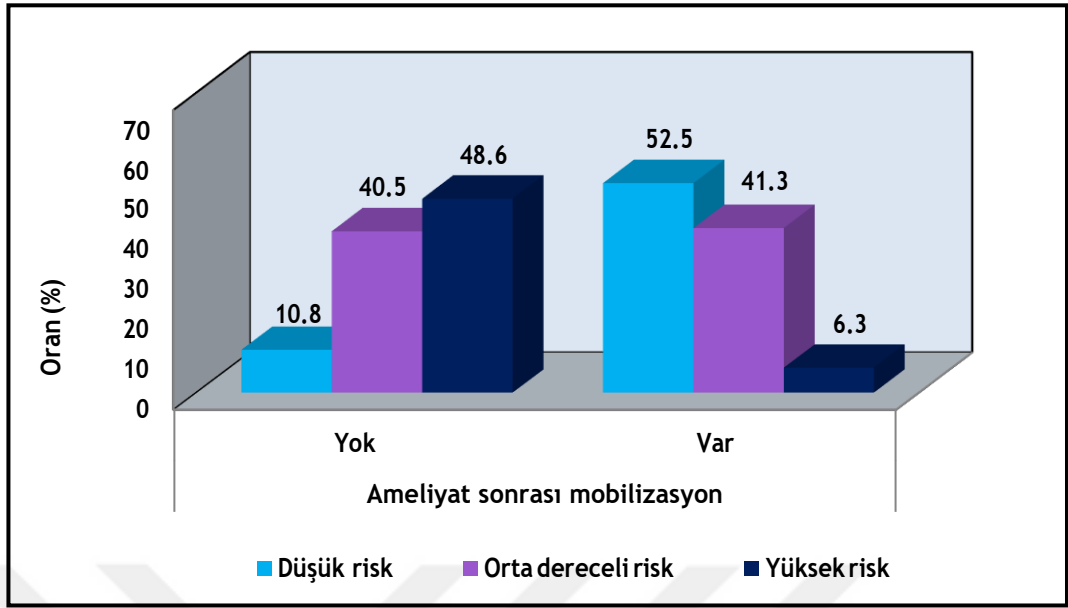
Tablo 16: Tanıtıcı Özelliklere Göre Autar DVT Risk Düzeyi Değerlendirmesi

		Autar DVT Riski			risk p
		Düşük risk (n=46)	Orta dereceli risk (n=48)	Yüksek risk (n=23)	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sigara kullanımı	Yok	31 (35,2)	37 (42)	20 (22,7)	^b 0,199
	Var	15 (51,7)	11 (37,9)	3 (10,3)	
Spor yapma durumu	Yok	44 (39,6)	46 (41,4)	21 (18,9)	^a 0,731
	Var	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	
Ameliyat sonrası mobilizasyon	Yok	4 (10,8)	15 (40,5)	18 (48,6)	^b 0,001**
	Var	42 (52,5)	33 (41,3)	5 (6,3)	
Sürekli olarak ilaç kullanma durumu	Yok	27 (67,5)	12 (30,0)	1 (2,5)	^b 0,001**
	Var	19 (24,7)	36 (46,8)	22 (28,6)	
Heparin kullanımı	Yok	0 (0)	1 (50,0)	1 (50,0)	^a 0,507
	Var	46 (40,0)	47 (40,9)	22 (19,1)	
Varis çorabı kullanımı	Yok	29 (50,0)	21 (36,2)	8 (13,8)	^b 0,047*
	Var	17 (28,8)	27 (45,8)	15 (25,4)	

^aFisher Freeman Halton Test ^bPearson Chi-Square Test *p<0,05 **p<0,01

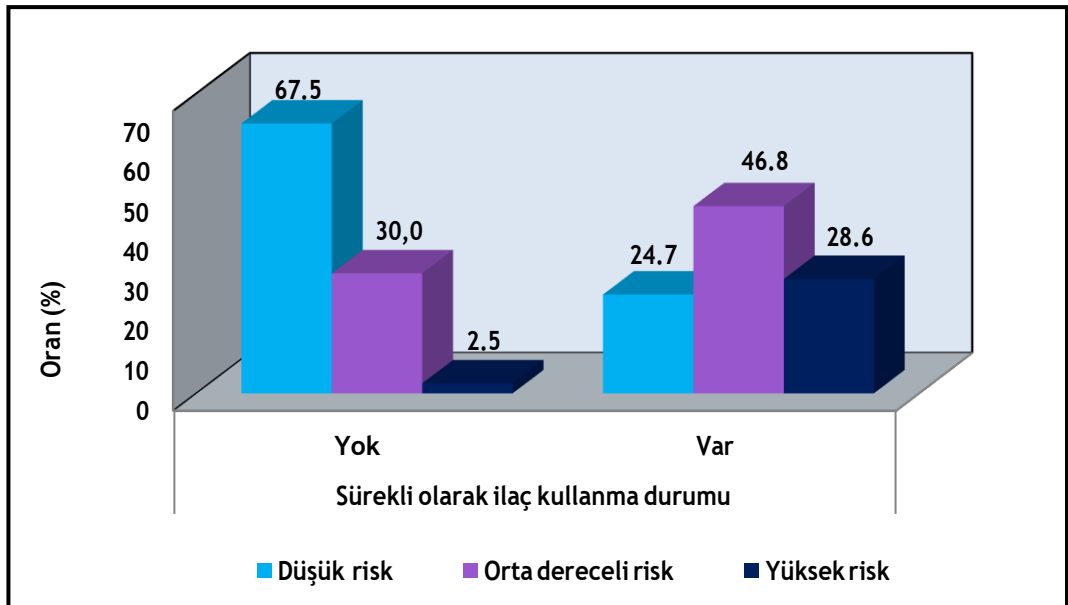
Sigara kullanımı ve düzenli olarak spor yapma durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Ameliyat sonrası mobilizasyon durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,01). Mobilizasyon uygulanan grupta düşük risk oranı, uygulanmayan gruptan yüksektir. Mobilizasyon uygulanmayan grupta yüksek risk oranı, uygulanan gruptan yüksektir.



Şekil 7: Ameliyat sonrası mobilizasyon durumuna göre Autar DVT risk dağılımları

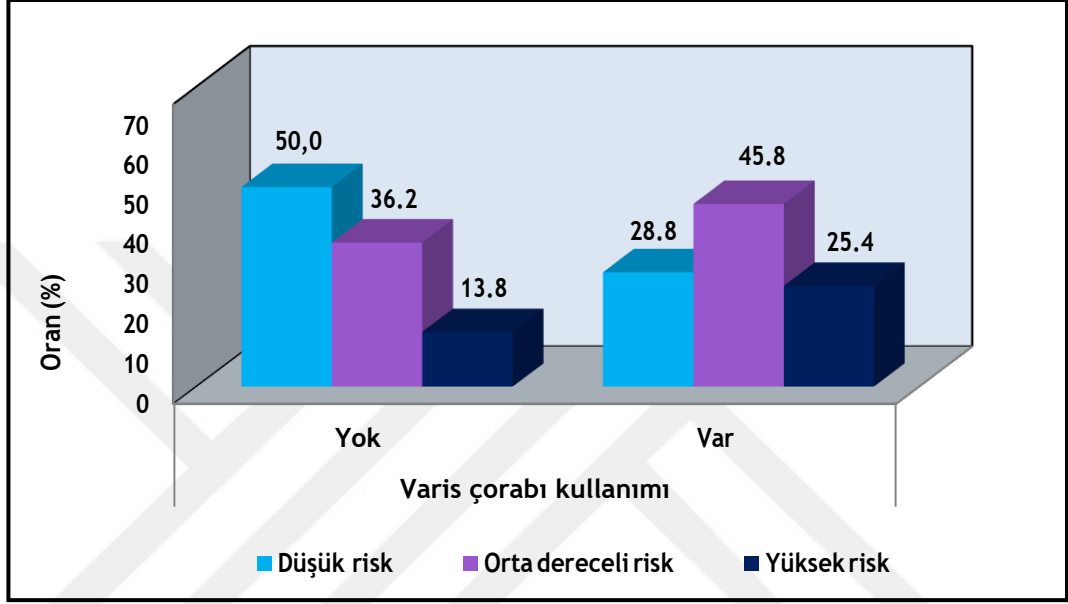
Sürekli ilaç kullanma durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). İlaç kullanmayan grupta düşük risk oranı, kullanan gruptan yüksektir. İlaç kullanan grupta yüksek risk oranı, kullanmayan gruptan yüksektir.



Şekil 8: Sürekli ilaç kullanma durumuna göre Autar DVT risk dağılımları

Heparin kullanma durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Varis çorabı kullanma durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,047$; $p<0,05$). Varis çorabı kullanmayan grupta düşük risk oranı, çorap kullanan gruptan yüksektir.



Şekil 9: Varis çorabı kullanma durumuna göre Autar DVT risk dağılımları

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

DVT, hastanede yatan hastalar için önemli ölüm sebeplerinden biridir. Bu nedenle sağlık çalışanları bu konunun önemini bilmeli ve gereken dikkati göstermelidir, gerekli önlemleri almalıdır. Bu çalışma DVT'nin sık görüldüğü kalça ve diz protezi ameliyatı geçirmiş ortopedi hastalarında DVT riskini tanılamak amacıyla yapılmıştır. Bu sayede sıklıkla gözden kaçan bir durum olan DVT'nin önlenmesi için katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu amaçla yaptığımız çalışmada bulgular 2 başlık altında tartışılmıştır.

7.1. Hastaların Autar DVT Riski ile ilgili bulguların tartışılması,

7.2. Tanıtıcı Özelliklerin Autar DVT Risk ile ilişkisinin tartışılması.

7.1. Hastaların Autar DVT Riski İle İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yaşlar 20 ile 77 arasında değişmekte olup, ortalama $58,35 \pm 10,73$ yıl saptandı. Yaş puanları 0 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama $3,27 \pm 1,10$ 'dur. Olguların %3,4'ü (n=4) 10-30 yaş, %0,9'u (n=1) 31-40 yaş, %15,4'ü (n=18) 41-50 yaş, %36,7'si (n=43) 51-60 yaş, %32,5'i (n=38) 61-70 yaş, %11,1'i (n=13) 71 yaş ve üzeri olan grupta yer almaktadır (Tablo 4). Cinsiyet açısından DVT insidansının kadın ve erkekte benzer olduğu ve her iki cinsiyette de yaşın ilerlemesiyle DVT görülme sıklığının arttığı belirtilmesine rağmen cinsiyete göre riskin artmasına ilişkin görüşlerin farklı olduğu da görülmüştür (Arseven ve ark, 2010; Fowkes ve ark, 2003). Yaşın ilerlemesiyle birlikte DVT'nin erkeklerde daha sık görüldüğünü belirten yayınların yanısıra (Arseven ve ark, 2010; Cushman, 2007), yaş arttıkça kadınların daha fazla risk taşıdığını belirten yayınlar da bulunmaktadır (Ageno ve ark., 2011; Obalum ve ark., 2009).

BKI puanları 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $2,03\pm0,83$ 'tür. BKİ dağılımları incelendiğinde; %29,9'unun (n=35) normal kilolu, %39,3'ünün (n=46) fazla kilolu, %28,2'sinin (n=33) şişman ve %2,6'sının (n=3) ise çok şişman olduğu gözlemlendi (Tablo 5). Lindström ve ark. (2017) Yaptıkları çalışmada yüksek BKİ ile VTE riski arasında nedensel bir ilişki olduğunu kanıtlamışlardır. Obezite seviyelerinin azaltılması muhtemelen VTE'de düşük insidansa yol açacağı düşünülmüştür.

Hareket puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $1,55\pm0,99$ 'dur. Olguların %0,9'u (n=1) bağımsız, %67,5'i (n=79) yarı bağımlı, %18,8'i (n=22) oldukça bağımlı, %1,7'si (n=2) tekerlekli iskemleye bağlı ve %11,1'i (n=13) ise yatağa bağımlı olarak tanımlandı. Ameliyat sonrası mobilizasyon işlemlerinin %68,4'üne (n=80) uygulandı (Tablo 6). Günümüzde cerrahi uygulanan vakalarda; erken mobilizasyon, gelişmiş postoperatif bakım, tromboprofilaksinin uygulanması ile DVT komplikasyonlarının gelişim riski azaltılabilmektedir (Cundiff ve ark., 2010).

Travma puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $0,39\pm1,08$ 'dir. Alınan puanlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 7' de verilmiştir. Travma, kalça ve diz protez operasyonu gibi büyük ortopedik operasyonlar VTE için çok yüksek risk taşırlar. VTE profilaksisi uygulanmayan multisistem veya major travmalı hastalarda VTE riski %50'nin üzerindedir (Geerts ve ark. 2008).

Geerts ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada elektif kalça ve diz operasyonlarında profilaksi uygulanmayanlarda DVT oranı %41-%85'ken, kalça kırığı operasyonlarından sonra bu oranın %60 olduğunu saptamıştır. Riskin hastaneyle sınırlı olmayıp, hasta taburcu edildikten sonra da devam ettiği ve cerrahi hastalarında yapılan operasyonun tipi ve süresi, anestezi yöntemi, immobilizasyon, dehidratasyon, enfeksiyon varlığı DVT gelişiminde etkili risk faktörleri olarak bulunmuştur.

Risk durumu puanları 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalama $0,18\pm0,55$ 'tir. Alınan puanlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 8' de verilmiştir. Stegeman ve ark. (2013) yaptıkları analizde tüm kombine oral kontraseptiflerin venöz tromboz riskini arttırdığını bulmuştur.

Yüksek riskli hastalıklara ilişkin puanlar 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $1,48 \pm 1,51$ 'dir. Alınan puanlara ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 10'da verilmiştir. Yıldırım ve Özyılkan (2009) çalışmalarında tüm tromboembolik olayların %15-20 kadarı kanser hastalarında ortaya çıkmakta olduğunu gözlemlemişlerdir. Kanserin VTE riskini 4-6 kat arttırdığı, idiyopatik tromboz tanısı alan hastaların yaklaşık %10'unda bir-iki yıl içerisinde erken veya ilerlemiş kanser tespit etmişlerdir. Kanser hastalarında tanı konulan birkaç ay içerisinde tromboembolik olay riskinin arttığı, sonrasında bu riskin uzak organ metastazı ile ilişkili olduğunu gözlemlemişlerdir. Yapılan çalışmalarda mevcut riskli hastalıklarda DVT görülme riskinin arttığı tespit edilmiştir (Acun, 2012).

Ege ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada DVT tanısı konulan olgular arasında malignite %9.9 sıklıkta görülürken, en sık jinekolojik (%33.3) ve akciğer (%28.5) maligniteleri daha az sıklıkta ise gastrointestinal sistem, ürolojik (%14.3), intrakraniyal ve meme (%4.8) maligniteleri saptamışlardır. Jinekolojik maligniteler ve bunlar arasında da uterus maligniteleri en sık olduğu tespit edilmiştir. Halbu ki jinekolojik maligniteler içinde over orijinli kanser hücrelerinin trombin yapma yetenekleri nedeniyle, daha sık DVT görüldüğü kabul etmişlerdir.

Bu çalışmada AUTAR DVT riski puanları 2 ile 21 arasında değişmekte olup, ortalama $11,61 \pm 3,63$ saptandı. Puanları sınıflandığında; olguların %39,3'ü (n=46) düşük risk, %41,0'i (n=48) orta dereceli risk ve %19,7'si (n=23) yüksek risk grubunda yer almaktadır. Venöz tromboz profilaksisine göre olguların %36,8'inde (n=43) düşük risk, %42,7'sinde (n=50) orta dereceli risk ve %20,5'inde (n=24) yüksek risk saptanmıştır (Tablo 11). Autar DVT riski ile venöz tromboz profilaksisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Venöz tromboz profilaksisi düşük olan grupta düşük DVT riski; venöz tromboz profilaksisi orta düzey olan grupta orta düzey DVT riski; venöz tromboz profilaksisi yüksek olan grupta yüksek DVT riski oranı yüksektir (Tablo 15). Tartışma bölümünde araştırma sonucuna göre belirlenen DVT risk düzeylerine göre hastaların çoğuna doğru tromboz profilaksisi uygulandığı tespit edilmiştir.

Cesur ve ark. 2005' te yaptıkları çalışmada 27'si kadın (%51), 26'sı erkek (%49) olmak üzere 53 hasta almışlardır. Vakaların yaşları 22-93 arasında olduğu

tespit edilmiştir (ortalama 67 ±15). Olguların %45,2'sinde yüksek, %37,7'sinde orta ve %16,9'unda düşük klinik olasılıklı PE olduğu gözlenmiştir. Klinik olasılıkta yüksekten düşüğe doğru D-dimer testi pozitifliği sırasıyla %91, 6, %50 ve %44, 4 olarak saptanmıştır.

7.2. Tanıtıcı Özelliklerin Autar DVT Risk İle İlişkisinin Tartışılması

Çalışmamızda olguların %75,2'si (n=88) sigara kullanmazken; %24,8'i (n=29) sigara kullanmaktadır. Düzenli olarak spor yapan olgu oranı %5,1 (n=6) olarak bulundu. Olguların %65,8'i (n=77) sürekli olarak ilaç kullanmakta, %98,3'ü (n=115) heparin kullanmakta ve %50,4'ü (n=59) varis çorabı kullanmaktadır (Tablo 16).

Sigara kullanımı ve düzenli olarak spor yapma durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Ameliyat sonrası mobilizasyon durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). Mobilizasyon uygulanan grupta risk oranı düşük risk, uygulanmayan grupta ise yüksek risk bulunmuştur (Tablo 16). Şerifoğlu ve ark. (2007) çalışmalarında artroplasti geçiren 100 hasta üzerinde DVT profilaksisi olarak aktif ve erken hareketin etkinliğini araştırmış ve sonuç olarak TKA ve TDA uygulamalarında ameliyat sırasında pasif hareket ve ameliyat sonrası erken dönem (2. ve 6. Saat) mobilizasyonun DVT gelişimini en az DMAH kullanımı kadar engellemesi, profilaktik farmakolojik ajanların neden olabileceği yan etkileri içermemesi ve ek maliyet getirmemesi nedeni ile artroplasti ameliyatlarında DVT profilaksisi için tercih edilebilecek bir yöntem olduğunu tespit etmişlerdir.

Sürekli ilaç kullanma durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,01$). İlaç kullanmayan grupta düşük risk oranı, kullanan gruptan yüksektir. İlaç kullanan grupta yüksek risk oranı, kullanmayan gruptan yüksektir (Tablo 16).

Heparin kullanma durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 16). Haliloğlu ve ark. (2011) çalışmalarında alt ekstremitte akut DVT'si objektif olarak belgelenen ardışık semptomatik 40 hasta çalışmaya dahil etmiş ve hastalar DMAH ve OA grubu olarak

ayırılmışlardır. Her iki grupta da ilk yedi gün DMAH tedavisi kullanılmıştır. Bundan aşamadan sonra ise bir grup, sadece DMAH almaya devam ederken, diğer grup OA eklenmesi ile tedaviye devam etmişlerdir. Çalışma sonucunda ise her iki grupta da ölümcül kanama komplikasyonu olmadığı 40 hastanın hiçbirinde mortalite görülmediği tespit edilmiştir. DMAH grubunda dört hastada (%20), OA grubunda altı hastada (%30) venöz yetmezlik gelişmiştir. Altı aylık izlem sürecinde DMAH grubunda 20 hastadan ikisinde, OA grubunda 20 hastadan dördünde tekrarlayan tromboz geliştiği gözlenmiştir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sonuç olarak akut DVT'nin sekonder profilaksisinde, laboratuvar takibi yapmadan subkütan DMAH kullanımının etkili ve güvenli olduğu gösterilmiştir.

Cundiff ve ark (2010) ise çalışmalarında düşük doz unfraksiyone heparin (UFH) ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile profilaksi yapılan cerrahi hastalarında DVT gelişim riski %68-76 oranında azaldığını tespit etmişlerdir. Birçok çalışma, DMAH veya UFH ile kanama riskinin artmadığını göstermesine rağmen cerrahi hastalarında kanama endişesi nedeni ile VTE profilaksisinde çekingen davranıldığı tespit edilmiştir.

Varis çorabı kullanma durumuna göre Autar DVT risk düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,047$; $p<0,05$). Varis çorabı kullanmayan grupta düşük risk oranı, çorap kullanan gruptan yüksektir (Tablo 16). Serin ve ark. travma ve acil cerrahi yoğun bakım hastalarında venöz tromboembolide (VTE) düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile elastik çorap ve aralıklı pnömatik kompresyon (EÇ+APK) profilaksi yöntemlerinin VTE riski açısından etkinliği ve güvenirliliği araştırmıştır. Haziran 2005 ile Haziran 2007 tarihleri arasında 7 günden uzun süre mekanik ventilatöre bağımlı olarak yoğun bakımda yatan 259 hasta prospektif olarak yatışlarının 3.ve7.gününde alt ekstremite venöz doppler ultrasonografi ile değerlendirilmiş ve hastaların 152'sinde (%59) DMAH, 94 hastada (%36) EÇ ve APK kullanılmıştır. DMAH grubunda üçhastada (%2) derin ven trombozu (DVT) saptanırken, EÇ ve APK grubunda bir hastada (%1) DVT saptanmıştır. 15 hastada (%11) kanama görülmüştür. VTE sıklığı %1,5 (4/259) olarak saptanmış ve PE gelişen dört hastadan ikisinde ölümcül pulmoner emboli gelişmiştir (%0,7).

Uysal ve ark. 212 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada Tromboz saptanan olguların 88'i kadın (%50.9), 85'i erkek (%49,1) olup ortalama yas 48 idi. DVT

olusumunda 36 (%20.8) hastada belirli bir risk faktörü bulunamazken belirlenen risk faktörlerinden en sık olarak 28'inde (%16.2) obstetrik nedenler ve 28'inde (%16.2) immobilizasyon tespit edilmiştir. Kanıt rehberlerinde tütün kullanımı, yaş (> 35 yıl), obezite, hipertansiyon ve kalıtsal trombofililerin varlığının (faktör V Leiden mutasyonu, protrombin G20210A mutasyonu ve protein C, protein S veya antitrombin eksikliği dahil) riskinin arttığına dair kanıtlar vardır. (B seviyesi) Yüksek dozda kombine oral kontraseptiflerin (> 50 mg) düşük dozlara göre VTE riski daha yüksek bulunmuştur (Bseviyesi).

Sonuç olarak yapılan araştırmada sürekli ilaç kullanımı, mobilizasyon gibi faktörler ile DVT risk puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunurken; heparin kullanımı, sigara kullanımı, düzenli spor yapma ile DVT risk puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kalça ve diz protezi ameliyat geçirmiş hastalarda DVT riski olduğu ve orta dereceli risk en yüksek oranda bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre belirlenen DVT risk düzeylerine göre hastaların çoğuna doğru tromboprofilaksi uygulandığı tespit edilmiştir.

Bu araştırma sonucunda erken tanılamada hemşirelerin DVT risk tanılama aracını kullanmaları önerilebilir. Özellikle yaşlı, riskli hastalıkları bulunan ve immobil olan hastaların yakından izlenmesi gerekmektedir. Ayrıca DVT'nin önlenmesinde tüm sağlık çalışanları tarafından güncel girişimlerin bilinmesi ve uygulanması önemlidir. DVT ile ilgili her sağlık kurumunda uygun yazılı kayıtların olması gerekmektedir. Kurumlar kendilerine ait tromboz profilaksi politikalarını geliştirmelidir. Bu kayıtlar risk tanılamayı, koruyucu önlemleri, tanılama yöntemini ve tedavi planını içermelidir. Derin ven trombozu risk tanınması ile ilgili daha fazla araştırma yapılması önerilebilir.

8.KAYNAKÇA

Acun G., Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Derin Ven Trombozu Riski Ve Prevelansının İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012

Agno W., Agnelliv G., Imberti D., Moia M., Palareti G., Pistelli R., Verso M. Prevalence of risk factors for venous thromboembolism in the Italian population: result of a cross-sectional study from the master registry. Intern Emerg Med, 2011;

Altıntaş F., Gürbüz H. vd. Majör Ortopedik Cerrahilerde Venöz Tromboemboli Profilaksisi: Çok merkezli, prospektif, gözlem çalışması, Acta Orthop Traumatol Turc 2008;42(5):322-327

Altıntaş F., Beyan C., Bozkurt K. ve ark., Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu. Baskı İstanbul: Diasan Basım Form Matbaacılık San. Tic. AŞ; 2010.

Arseven O., Öngen G., Müsellim B. ve ark. Pulmoner Tromboembolizm. Metintaş M., Editor. Türkiye'de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları Ve Çözüm Önerileri, Türk Toraks Derneği Beyaz Kitap. 1. Baskı. Ankara: 2010. 11-18

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) Guidelines (2007), Guideline For Prevention of Venous Stasis. AORN Journal, 85(3): 607-614

Autar R., The Management of Deep Vein Thrombosis: The Autar DVT Risk Assessment Scale Re-visited, Journal of Orthopedic Nursing, 2003, 7. 114-124

Ayhan H., İyigün E., Demirkılıç U., Alt Ekstremitte Derin Ven Trombozu Tanısı ile Tedavi Edilen Hastalarda Hastaneye Başvuru Nedenleri ve Etiyolojik Faktörlerin İncelenmesi, Damar Cerrahisi Dergisi, 2013;22(1):117-23

Bevis M. P., Smith CT. F., Deep Vein Thrombosis, Vasküler Surgery II, 2016;34(4):159-164

Büyükyılmaz F., Şendir M., Yazgan İ., Gürpınar Ş., Karpat Ö., Ortopedi ve Travmatoloji Hastalarının Derin Ven Trombozu Risklerinin Değerlendirilmesi, XXI. Ulusal Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi, IV. Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireliği Kongresi, 2009, cilt (vol: 43)

Büyükyılmaz F., Şendir M., Ameliyat Sonrası Bakımda Göz ardı Edilen Bir Sorun; Derin Ven Trombozu Riskinin Tanılanması ve Hemşirelik Bakımı, Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014, 23: 48-54

Büyükyılmaz F., Şendir M., Autar R., Yazgan İ., Risk Level Analysis For Deep Vein Thrombosis (DVT): A Study Of Turkish Patients Undergoing Major Orthopedic Surgery, J Vasc Nurs 2015; 33:100-105

Cesur M.T., Solmazgöl E., Kardeşoğlu E., Ardıç N., Özmen N., Pekkaçalı Z., Narin Y., Küçükardalı Y., Pulmoner Tromboemboli Ve Derin Ven Trombozu Tanısında D-Dimer Testinin Önemi, Nobel Med 2005; 1(2): 24-27

Caprini JA. Risk Assessment As A Guide For The Prevention Of The Many Faces Of Venous Thromboembolism, The American Journal of Surgery 2010; 199 (1 Suppl.): 3-10

Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a guideline Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Fertil Steril 2017; 107: 43–51. 2016 by American Society for Reproductive Medicine

Coşansu G. (2014), Verilerin Analizi ve Yorumlanması, İçinde: Hemşirelikte Araştırma, Eds: Erdoğan S., Nahcivan N., Esin N., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 235- 279

Cundiff D., Agutter P., Malone P., Pezzullo J., Diet as Prophylaxis and Treatment for Venous Thromboembolism? Theoretical Biology and Medical Modelling. 2010;7:31

Cushman M., Epidemiology and Risk Factors for Venous Thrombosis, Semin Hematol., 2007; 44(2): 62–69

Dirimeşe E., Yavuz M., Cerrahi Kliniklerde Venöz Tromboembolinin Önlenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010, cilt: 2, sayı:3,

Çebi N., Tanrıverdi S., Altmış Üç Derin Ven Trombozlu Hastada Etiyoloji, Turk J Med Sci 2009; 39 (2): 223-227

Ege T., Duran E., Yüksel V., Çakır H., Derin Ven Trombozu Etiyolojisinde Önemli Bir Etken: Malignite, Gülhane Tıp Dergisi 45 (4) : 326 - 330 (2003)

Eryiğit N. Hemşirelerin Derin Ven Trombozu Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006, Afyon (Danışman: Prof. Dr. Levent ALTINEL)

Esin N., Hemşirelik Araştırmalarında Etik, İçinde: Hemşirelikte Araştırma, Eds: Erdoğan S., Nahcivan N., Esin N., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014, s: 313- 331

Geerts WH., Bergqvist D., Pineo GF., Heit JA., Samama CM., Lassen MR., Colwell CW. Prevention Of Venous Thromboembolism: American Collage Of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. 8th Edition, CHEST, 2008; 133(6):3815- 4535.

Gülen T.Ş., Pulmoner Tromboemboli Tanım ve Epidemiyoloji, Türkiye Klinikleri J PulmMed- Special Topics 2016: 9 (1)

Gürsoy A., Çilingir D., Cerrahi Hastaları İçin Sessiz Tehlike: Derin Ven Trombozu Risk Azaltıcı Hemşirelik Bakımı, ACU Sağlık Bil Derg 2018; 9(3):213-219,

Haliloğlu E., Usta S., Özkan M., Sayıl Ö., Akut Derin Ven Trombozunun Uzun Süreli Tedavisinde Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin İle Oral Antikoagulanların Karşılaştırılması, Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2011;19(4):551-558

Horasan E., Akın S., Venöz Tromboembolizm ve Hemşirelik Bakımı, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2008;5(1):7-11

Karaöz S., Cerrahi Hemşireliği ve Etik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4 (1)

Khoon Ho W., Deep Vein Thrombosis Risks and Diagnosis, Australian Family Physician Vol. 39, No. 7, JULY 2010

Korkmaz F., Çullu M., Venöztromboembolizm ve Hemşirelik Bakımı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31(1): 62-82, 2015

Kurtoğlu M., Sivrikoz E., Derin Ven Trombozu: Tanı, Tedavi, Profilaksi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 5(1):34-42

Lewis SL, Heitkomper ML, Dirksen SR & et al. Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. 7 nd ed. St. Louis: Eksevier/ Mosby; 2007

Lindström S. ve ark., Assessing The Causal Relationship Between Obesity And Venous Thromboembolism Through A Mendelian Randomization Study, Hum Genet. 2017 July ; 136(7): 897–902

Obalum D.C., Giwa S.O., Adekoya-Cole T.O., Ogo C.N., Enweluzo G.O. Deep Vein Thrombosis: Risk Factors And Prevention In Surgical Patients. West Afr J Med., 2009; 28(2):77-82

Özcan S., Biçer E.K., Taşkıran E., Derin Ven Trombozu Ve Pulmoner Emboli, TOTBİD Dergisi 2019; 18:114–127

Pulmoner Tromboemboli Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu, Türk Toraks Derneği, İstanbul, 2015

Sarıgül A., Tanyeli Ö., Derin Ven Trombozunda Güncel Tedavi Yaklaşımları, Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2007; 15(4):316-321

Serin K., Yanar H., Özdenkaya Y., Tuğrul S., Kurtoğlu M., Travma ve Acil Cerrahi Yoğun Bakım Hastalarında Venöz Tromboemboli Profilaksisi: Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin İle Elastik Çorap + Aralıklı Pnömotik Kompresyonun Karşılaştırılması, Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010;16 (2):130-134

Stegeman H. B. ve ark., Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis, *BMJ* 2013; 347: f5298

Şerifoğlu R., Bilgen M.S., Atıcı T., Bilgen Ö.F., Yılmazlar A., Artroplastide Derin Ven Trombozu Profilaksisinde Aktif ve Erken Hareketin Etkinliği, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33 (3) 127-134, 2007

Uysal A. ve ark., Alt Ekstremitte Derin Ven Trombozunda Medikal Tedavi: Retrospektif Çalışma, Fırat Tıp Dergisi 2008; 13 (1): 35-38

Wakabayashi H., Hasegawa M., Niimi R., Suuda A., Clinical Analysis of Preoperative Deep Vein Thrombosis Risk Factors in Patients Undergoing Total Hip Arthroplasty, *Thrombosis Research*, 136 (2015) 855-858

Yıldırım Y., Özyılkan Ö., Kanserin Tromboembolik Komplikasyonları ve Tedaviye Yönelik Yaklaşımlar, *Acta Oncologica Turcica*, 2009; 42:86-91

10.EKLER

Ek- 1

TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form hastaların özelliklerini öğrenmek ve hastanede uygulanan profilaksi hakkında bilgi edinmek amacıyla oluşturulmuştur. 6 soru içermektedir. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulacaktır.

Sigara kullanımı (adet/gün)	Var Yok
Ameliyat sonrası mobilizasyon (Ne zaman)	Var Yok
Sürekli olarak kullanılan ilaçlar	Var Yok
Heparin Kullanımı (doz/ gün)	Var Yok
Varis Çorabı kullanımı	Var Yok
Spor yapma alışkanlığı	Var (sıklık, çeşidi) Yok

Ek-2

AUTAR DVT RİSKİ TANILAMA ÖLÇEĞİ

Bu kısımda 7 bölümden oluşmaktadır ve puan aralığı 0-32 puan arasında olan bir ölçektir. Tanılama ölçeğinde elde edilen puan arttıkça DVT riski artmaktadır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ve gözlem yoluyla doldurulacaktır. Vermiş olduğunuz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak ve tamamen saklı tutulacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Ad-Soyad:	Yaş:			
Yatak No:	Yatış türü:			
KLİNİK:	Tıbbi Tanı:			
YAŞ GRUPLARI (yıl)	BEDEN-KİTLE İNDEKSİ (BKİ)			
	KİLO BKİ Puan			
10.30	0	Düşük kilo	16-19	0
31.40	1	Normal kilo	20-25	1
41-50	2	Fazla kilo	26-30	2
51-60	3	Şişman	31-40	3
61-70	4	Çok şişman (morbid) 41+		4
71+	5			
HAREKET	RİSK DURUMLARI			
	Puan		Puan	
Bağımsız	0	Oral Kontraseptif kullanımı (20-35 yaş)	1	
Yarı bağımlı (kendi kendine/yardımcı araç ile)	1	Oral Kontraseptif kullanımı (35+ yaş)	2	
Oldukça bağımlı (yardıma gereksinimi var)	2	Hormon replasman tedavisi	2	
Tekerlekli iskemleye bağımlı	3	Gebelik/ Lohusalık	3	
Yatağa bağımlı	4	Kalıtımsal tromboflebit	4	

<p>TRAVMA RİSKİ SINIFLAMA</p> <p>Madde(ler) sadece ameliyat Öncesi dönem için puanlanır.</p> <p style="text-align: right;">Puan</p> <p>Kafa yaralanması 1</p> <p>Göğüs yaralanması 1</p> <p>Omurga yaralanması 2</p> <p>Pelvik yaralanma 3</p> <p>Alt ekstremitte yaralanması 4</p>	<p>CERRAHİ GİRİŞİM: Sadece geçirilen bir cerrahi girişim için puanlanır.</p> <p style="text-align: right;">Puan</p> <p>Küçük cerrahi girişim < 30 dak. 1</p> <p>Planlı büyük cerrahi girişim 2</p> <p>Acil büyük cerrahi girişim 3</p> <p>Torasik cerrahi girişim 3</p> <p>Jinekolojik cerrahi girişim 3</p> <p>Abdominal cerrahi girişim 3</p> <p>Urolojik cerrahi girişim 3</p> <p>Nöroşirürjik cerrahi girişim 3</p> <p>Ortopedik cerrahi girişim (bel altı) 4</p>
<p>VAROLAN YÜKSEK RİSKLİ HASTALIKLAR</p> <p style="text-align: right;">Puan</p> <p>Ülseratif kolit 1</p> <p>Polisitemi 2</p> <p>Varis 3</p> <p>Kronik kalp hastalığı 3</p> <p>Akut miyokard infarktüsü (MI) 4</p> <p>Malignite (Aktif kanser) 5</p> <p>Serobrovasküler atak (SVA) 6</p> <p>DVT hikayesi 7</p>	<p>ÖLÇEĞİN PUANLANMASI</p> <p>Hasta kabulünden sonraki ilk 24 st. içinde doldurulmalıdır.</p> <p>Puanlama: Her bir bölümde uygun maddeyi seçiniz, puanları yuvarlak içine alarak toplayınız ve toplam puanı elde ediniz.</p> <p>Toplam puan:</p> <p>Tanılamayı yapan kişi:</p> <p>Tarih:</p>
<p>PUANLARIN YORUMLANMASI</p> <p>Puan aralığı Risk durumu</p> <p>≤ 10 Düşük risk</p> <p>11- 14 Orta dereceli risk</p> <p>15 ≥ Yüksek riskli</p> <p>Lütfen DVT risk tanılmasını destekleyebilecek diğer klinik gözlemleri de kayıt ediniz.</p>	<p>VENÖZ TROMBOZ PROFİLAKSİSİ</p> <p>Düşük risk: Ambulasyon+ Dereceli Kompresyon (Varis) Çorabı (ICS, 2001).</p> <p>Orta dereceli risk: Dereceli Kompresyon (Varis) Çorabı ya da Aralıklı Pnomatik Kompresyon (ICS 2001).</p> <p>Yüksek riskli: Dereceli Kompresyon (Varis) Çorabı ya da Aralıklı Pnomatik Kompresyon +Heparin (NICE 2007)</p>

EK- 3

BİLGİLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Kalça ve diz protezi ameliyatı geçirmiş hastaların derin ven trombozu riskinin incelenmesi

Sevgili katılımcı,

Bu çalışma Metin Sabancı Baltalımanı Kemik Hastanesi'nde yatan kalça ve diz protezi ameliyatı olmuş yetişkin hastalarda derinlerde yer alan toplardamarlarda pıhtı oluşma riskini ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılacaktır. Verilerden elde edilen sonuçlar Yüksek Lisans tezinde kullanılacak olup, sadece bilimsel amaçlıdır. Araştırma yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanacaktır. Araştırma sorularında kimliğinizi ortaya çıkaracak bilgiler olmamakla birlikte, vereceğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmama veya çekilme hakkınız bulunmaktadır, bu durum aldığımız hizmeti kesinlikle etkilemeyecektir.

Katkınız için teşekkür ederim.

Proje Yürütücüsü: Meltem MUMCU

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

e-posta: meltemcavdar@hotmail.com

Telefon Numarası: 0535 543 61 37

EK- 4

ONAY FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Kalça ve diz protezi ameliyatı geçirmiş hastaların derin ven trombozu riskinin incelenmesi

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

Gönüllünün adı – soyadı:

İmza:

Telefon No:

EK-5

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul İzni



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Kalça ve Diz Protezi Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Derin Ven Trombozu Riskinin İncelenmesi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Meltem ÇAVDAR
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 05.02.2018-55

Sayın ; Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

55 protokol nolu “Kalça ve Diz Protezi Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Derin Ven Trombozu Riskinin İncelenmesi” isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Doç.Dr. Pınar MEGA TİBER

Prof.Dr. Hülya AŞCI

Prof.Dr. Neffise BAHÇECİK

Doç.Dr. Oya ORUN

Doç.Dr. İlksan DEMİRBÜKEN

Doç.Dr. Betül OKUYAN

Prof. Dr. Göksel ŞENER
Komisyon Başkanı

Prof. Dr. Dilşad SAVE

Prof.Dr. Tuğba TUNALI AKBAY

Prof.Dr. Hakkı ARIKAN

Doç.Dr. Gürkan SERT

Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU

Av. Funda IŞIK ÖZCAN

EK-6

KURUM İZİNİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
METİN SABANCI BALTALIMANI KEMİK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU**

KARAR TARİHİ: 22.03.2018
KARAR NO: 26

BAŞKAN: Prof.Dr.M.Akif KAYGUSUZ
BAŞKAN YARDIMCISI: Doç.Dr.Timur YILDIRIM
ÜYELER: Prof.Dr.Vedat ŞAHİN
Prof.Dr.Kahraman ÖZTÜRK
Doç.Dr.M.Fırat YAĞMURLU
Doç.Dr.Şükrü Sarper GÜRSU

KARAR

Hemşire Meltem ÇAVDAR'ın "Kalça ve Diz Ameliyatı Geçirmiş Hastaların Derin Ven Trombozu Riskini İncelenmesi" konulu bilimsel çalışmasına ilişkin başvuru dosyası ve ilgili belgelerin; çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak kurulca incelenmesi neticesinde; çalışmanın hastanemizde gerçekleşmesinin uygun bulunduğuna,

Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof.Dr.Mehmet Akif KAYGUSUZ
Hastane Yöneticisi/ Başhekim
Başkan

Doç.Dr.Timur YILDIRIM
Öğretim Üyesi/Eğitim Koordinatörü
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Vedat ŞAHİN
Ort. ve Travm. Eğitim Görevlisi
Üye

Doç.Dr.Mehmet Fırat YAĞMURLU
Ort. ve Travm. Eğitim Görevlisi
Üye

Doç.Dr.Bilal DEMİR
Ort. ve Travm. Öğretim Üyesi
Üye

EK-7

Autar Dvt Risk Tanılama Ölçeği Kullanım İzni Elektronik Ortam Görüşmeleri



FUNDA BÜYÜKYILMAZ <feylimaz@istanbul.edu.tr>

9.11.2017 (Per), 23:00
Siz ʘ

14.11.2017 03:01 tarihinde yanıt verdiniz.



3 ekin (1 MB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Çavdar,

Türkçe uyarlamasını yaptığımız Autar-DVTRAS'ı kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ancak son dönemde birçok farklı şehirden lisansüstü tez yapma ile ilgili bu skalya talep oldu. Skala'nın yaygın kullanımı tabii ki geçerliliğini ve güvenilirliğini yükseltecektir. Ama bu bilgiyi paylaşmak istedim, danışmanınızla paylaşmak isteyebilirsiniz. Ekte istediğiniz belgeleri de gönderiyorum. Tekrar birşeyeye ihtiyacınız olursa habeleşebiliriz.

Saygı ve selamlarımla....

1 Kasım 2017 19:23 tarihinde meltem çavdar <meltemcavdar@hotmail.com> yazdı:

Merhabalar, ben Meltem Çavdar, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yaptığınız AUTAR Derin Ven Trombozu Risk Tanılama Ölçeğini izniniz olursa tezimde kullanmak istiyorum. Ölçeğin bir örneğini gönderirseniz çok memnun olurum.

Saygılarımla.

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Meltem	Soyadı	Mumcu
Doğum Yeri	Çiftlik	Doğum Tarihi	01.02.1991
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	0554 937 85 84
E-mail	meltemcavdar@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

Eğitim	Eğitim Durumu	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik	2016-Devam Ediyor
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2010-2014
Lise	Lüleburgaz Lisesi	2005-2009

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre
1	Hemşire	Acıbadem International Hospital Genel Cerrahi	Ağustos 2014- Kasım 2015
2	Hemşire	Malkara Devlet Hastanesi	Ağustos 2015- Kasım 2015
3	Hemşire	T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi	Kasım 2015- Ağustos 2018
4	Hemşire	Lüleburgaz Devlet Hastanesi	2018- devam ediyor

<u>Yabancı Dilleri</u>	<u>Okuduğunu Anlama</u>	<u>Konusma</u>	<u>Yazma</u>
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
SPSS İstatistik Analiz Programı	Orta

