

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**VARİS TEDAVİSİ OLAN HASTALARDA YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

Pelin TUNCER ÇOBAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZONGULDAK-2017

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

VARİS TEDAVİSİ OLAN HASTALARDA YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Pelin TUNCER ÇOBAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE

ZONGULDAK-2017

KABUL ve ONAY:


“VARİS TEDAVİSİ OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

12.09.2017

Başkan: Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE (Danışman)



Üye: Yrd. Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR



Üye: Yrd. Doç. Dr. Selda KARAVELİ ÇAKIR



ONAY:

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

TARİH:12.09.2017



Prof. Dr. Veysel Haktan ÖZACMAK
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez hazırlığı döneminde hiç bir desteğini esirgemeyen tüm bilgi beceri ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocam ve tez danışmanın Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE 'ye,

Mesleki gelişmemde büyük emekleri olan ve katkılarını esirgemeyen saygıdeğer bölüm hocalarım Prof. Dr. Sevim ÇELİK ve Yrd. Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR' e

Araştırmamın yapılmasına izin veren Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi yöneticilerine,

Tezimin başlangıcından bu güne kadar ilerlemesine yardımcı ve destek olan hastanemiz Kalp Damar Cerrahi Uzmanı Sayın Op. Dr. Onur GELDİ' ye,

Eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan aileme ve eşim Hüseyin ÇOBAN'a,

Eğitim hayatımı aksatmadan iş hayatımı sürdürmeme yardımcı olan Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi' nde çalışan sevgili iş arkadaşlarıma,

Araştırmama katılmayı kabul eden tüm hastalara, teşekkürlerimi sunarım.

Pelin TUNCER ÇOBAN
EYLÜL, 2017, ZONGULDAK

ÖZET

Pelin TUNCER ÇOBAN, Varis Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2017.

Varis problemi, bireylerde görsel sorun oluşturmalarının yanı sıra; bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerine de engel olmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Günümüzde, varis tedavisinde minimal invaziv işlemler sıklıkla kullanılmakta ve bireylerin yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemektedirler.

Araştırma, varis problemi olan hastaların minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası yaşam kalitelerindeki değişimi belirlemek amacıyla, kesitsel tipte bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma, 16.05.2016-30.03.2017 tarihleri arasında minimal invaziv işlemler ile ameliyat olan 150 hastanın ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kaliteleri değerlendirilerek karşılaştırıldı. Veriler, SPSS 22.0 programında hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin incelenmesinin (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için de Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullandı. İki grup arasında, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. İkidenden fazla grup arasında, normal dağılım göstermeyen parametrelerin karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Wilcoxon işaret testi, iki grup arasında parametrelerin karşılaştırmalarında kullanıldı. Elde edilen bulgular 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmada, kadınlarda, 51-60 yaş arası bireylerde, BKİ>30 olan bireylerde, gebelik öyküsü olan bireylerde varis görülme oranının daha yüksek olduğu ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı. Ayrıca minimal invaziv işlemler ile ameliyat olan hastalarda; ameliyat sonrası hastalığın klinik şiddetinin azaldığı ve yaşam kalitesinin olumlu yönde düzeldiği gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Venöz yetmezlik, Yaşam kalitesi, Varis, Hemşirelik bakımı, Varis çorabı

ABSTRACT

Pelin TUNCER ÇOBAN, Evaluation of Preoperative and Postoperative Survival of Patients with Varicose Veins, Bülent Ecevit University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Department of Nursing Surgical Diseases, Graduate Thesis, Zonguldak, 2017.

The problem of varicose veins, as well as creating visual problems for individuals, It also impedes the fulfillment of individuals' daily life activities and affects their quality of life negatively. Nowadays, minimally invasive procedures are frequently used in variceal therapy and affect the quality of life of the individual positively.

Research to determine the change in quality of life before and after minimally invasive procedures in patients with varicose veins problems, was conducted as a cross sectional study. The study of 150 patients with preoperative surgery with minimally invasive procedures, and quality of life after the date between 16.05.2016-30.03.2017 were evaluated and compared. The data used the SPSS 22.0 program to examine the socio-demographic and clinical characteristics of the patients (Frequency, Percentage, Mean, Standard deviation) as well as normal distribution in the Kolmogorov-Smirnov distribution test Kolmogorov-Smirnov distribution test. Both of groups, the Mann Whitney U test was used for comparison of quantitative data. The Kruskal Wallis test was used to compare the parameters with no normal distribution, and the Mann Whitney U test was used to determine the group that caused the difference. Wilcoxon signed rank test was used for comparison between two groups of parameters. The findings were evaluated at the 0.05 significance level. In the study, it was determined that women, individuals aged 51-60 years, the ones with BKI> 30, and individuals with pregnancy stories had a higher prevalence of variceal disease and lower quality of life. In addition, for patients with minimally invasive procedures, the clinical severity of the illness decreased and the quality of life improved in the positive direction during the post operation period.

Keywords: Venous insufficiency, Quality of life, Varicose veins, Nursing care, Compression stockings

İÇİNDEKİLER

Tez Kabul ve Onay.....	iii
Önsöz	iv
Özet	v
Abstract	vi
İçindekiler	vii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	x
Grafik Dizini	xi
Tablo Dizini	xii
Resim Dizini	xiii
Fotoğraf Dizini	xiiiiv
1. Giriş.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3.Araştırmanın Hipotezi.....	3
2.Genel Bilgiler	4
2.1. Alt Ekstremitte Venöz Sistem Anatomisi	4
2.1.1.Derin venöz sistem.....	4
2.1.2.Yüzeyel venöz sistem	4
2.1.3. Perforan venler.....	5
2.2. Varis Oluşumunda Patofizyolojik Süreç.....	5
2.2.1. Periferik kas pompası	5
2.2.2. Venöz kapaklar	6
2.3.Varislerin Epidemiyolojisi	6
2.4.Varisin Risk Faktörlerinin Tanımlanması	6
2.5.Varislerde Klinik Belirtiler ve Bulgular.....	7
2.6. Varislerde Tanı ve Değerlendirme	8
2.6.1. Anamnez	8
2.6.2. Fizik muayene.....	9
2.6.2.1. İnceleme	9
2.6.2.2. Palpasyon	9
2.6.2.3. Trendelenburg testi.....	9

2.6.2.4. Perthes testi	9
2.6.2.5. Öksürük testi	10
2.6.2.6. Schwartz testi	10
2.6.3. Klinik, Etiyolojik, Anatomik, Patolojik (CAEP) Sınıflandırılması	10
2.6.4. Renkli doppler ultrasonografi (RDUS).....	12
2.7. Varislerin Tedavi Yöntemleri	12
2.7.1. Konservatif tedavi.....	12
2.7.1.1. Hasta eğitimi	12
2.7.1.2. Egzersiz	12
2.7.1.3. Ayak ve bacak elevasyonu	13
2.7.1.4. Kilo kontrolü	13
2.7.1.5. Yaşam stili.....	13
2.7.2. Kompresyon tedavisi	13
2.7.3 Farmakolojik tedavi	16
2.7.4. Cerrahi tedavi.....	16
2.7.4.1. Safen stripping	16
2.7.4.2 Yüksek ligasyon.....	17
2.7.4.3. Variköz pake ekstirpasyonu (Flebektomi)	17
2.7.4.4. Venöz bypass	17
2.7.4.5. Venöz kapakçık rekonstrüksiyonu	17
2.7.4.6. Endovenöz ablasyon teknikleri	17
2.7.4.6.1. Skleroterapi.....	18
2.7.4.6.2. Endovenöz lazer ablasyon (EVLA).....	18
2.7.4.6.3. Radyofrekans ablasyon.....	19
2.8. Varis Tedavisinde Hemşirenin Rolü	20
2.8.1. Hemşirenin eğitici rolü	20
2.8.2. Hemşirenin uygulayıcı rolü	20
2.9. Yaşam Kalitesi ve Değerlendirilmesi.....	22
2.9.1. Yaşam kalitesini ölçülmesi için kullanılan ölçekler	23
2.9.1.1. Genel ölçekler	23
3. Gereç ve Yöntem.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	26
3.3. Araştırmanın Zamanı	26

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.5. Araştırmanın Örneklemi	26
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	27
3.6.1. Hasta Bilgi Formu(EK1).....	27
3.6.2. Venöz yetmezlikte epidemiyolojik ve ekonomik çalışma-yaşam kalitesi/semptom (VEİNES-QOL/Sym) ölçeği(EK2)	27
3.7. Hasta Eğitim Kitapçığı(EK3).....	28
3.8. Veri Toplama Süreci	29
3.9. Verilerin Analizi.....	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.11. Araştırmanın Etiği	30
4. Bulgular.....	31
5. Tartışma	56
6. Sonuç ve Öneriler.....	64
7. Kaynakça.....	66
8. Ekler	73
9. Özgeçmiş.....	90

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

EVLA	: Endovenöz Laser Ablasyon
RFA	: Radyofrekans Ablasyon
VSM	: Vena Safena Magma
VSP	: Vena Safena Parva
CAEP	: Klinik, Etiyolojik, Anatomik, Patolojik Sınıflaması
RDUS	: Renkli Doppler Ultrasonografi
VEİNES-QOL/Sym	: Venöz Yetmezlikte Epidemiyolojik ve Ekonomik Çalışma- Yaşam Kalitesi/Semptom Ölçeği
BKİ	: Beden Kütle İndeksi

GRAFİK DİZİNİ

<u>No</u>	<u>Sayfa</u>
Grafik 1: Ameliyat Öncesi ve Sonrası VEİNES-Sym.....	36
Grafik 2: Ameliyat Öncesi ve Sonrası VEİNES- QOL.....	37



TABLO DİZİNİ

<u>No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	31
Tablo 2: Sağlık ve Hastalık Durumuna ilişkin Bulgularının Dağılımı	33
Tablo 3: Yaşam Tarzına İlişkin Bulguların Dağılımı	35
Tablo 4: VEİNES Ölçeği Bulguları	36
Tablo 5: Cinsiyet Değişkenine Göre VEİNES Ölçeğinin Alt Boyutlarının Dağılımı	38
Tablo 6: Yaş Grubu Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı	40
Tablo 7: Beden Kütle İndeksi Grup Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı	41
Tablo 8: İşini Yapma Şekli Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	43
Tablo 9: Kronik Rahatsızlık Varlığı Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı	46
Tablo 10: Daha Önce Varis Problemi Yaşama Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	47
Tablo 11: Ameliyat Öyküsü Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	48
Tablo 12: Gebelik Öyküsüne Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı	50
Tablo 13: Sigara Kullanımı Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	51
Tablo 14: Besin Tercihi Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	52
Tablo 15: Giyim Tarzı Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	54
Tablo 16: Topuklu Ayakkabı Değişkenine VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	55

RESİM DİZİNİ

No

Sayfa

Resim 1: Varis Problemi Olan Hasta Bacağı 5



FOTOĞRAF DİZİNİ

<u>No</u>	<u>Sayfa</u>
Fotoğraf 1: Ameliyat öncesi varislerin işaretlenmesi. Hastadan izin alınmıştır.	8
Fotoğraf 2: Varis çorabının giyilme basamakları	15
Fotoğraf 3: Radyofrekans ablastyon işleminde kullanılan malzemeler	19
Fotoğraf 4: Radyofrekans ablastyon işlem cihazı	20



1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

İlk kez Ebers papirüslerinde ele alınan, kronik venöz yetmezlik ve bunun sonucunda alt ekstremitelerde meydana gelen varisler, bireylerin günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini bozan ve yetişkinler de yaygın olarak görülen bir sağlık problemidir (1).

Varis, alt ekstremitelerde yüzeysel venlerindeki (vena safena magna ve parva) venöz reflünün sebep olduğu ve farklı semptomlara neden olan ciddi bir tablodur. Bu tablo kozmetik açıdan problem oluşturmasının yanı sıra bazı durumlarda hiçbir soruna yol açmazken bazen de alt ekstremitelerde iyileşmeyen yaralara kadar ciddi sorunlara sebep olabilir (2). Varisin neden olduğu semptomlar, künt ağrı, ağırlık hissi, gece krampları, kaşıntı veya karıncalanma hissi, sıcaklık veya yanma hissi, yorgunluk, şişlik ve huzursuz bacak olarak tanımlanır. Bu semptomlar genelde dinlenme halinde iken ortaya çıkar ve bireylerin gün içindeki aktivitelerini kısıtlar. Ancak hasta bireylerin çoğu tedavi olmadan günlük yaşam aktivitelerine devam ettikleri için hastalık kronikleşmekte ve klinik açıdan şiddeti artmaktadır (3).

Varislerin görülme riski, hareketli yaşamın az olması, sürekli ayakta veya oturarak çalışma, hipertansiyon, ailede varis öyküsünün olması, uzun süre doğum kontrol hapı kullanılması, sigara içme, obezite, hamilelik ve kronik kabızlık vb. nedenlerden en az birine sahip olan bireylerde artmaktadır (4). Varis görülme oranında kesin veriler olmamakla beraber Amerika ve Avrupa'da yapılan çalışmalarda 40 yaş üstündeki insanların %50'sinde bu nedenlerin görüldüğü saptanmıştır (1). Yapılan çoğu çalışmada yetişkin nüfusun %20-40 ı arasında varis probleminin görüldüğü belirlenmiştir (5). ABD'de yapılan bir çalışmada farklı ırklar içerisinde varis problemi en sık İspanyol kökenli bireylerde görülürken, Afrika kökenli bireylerde ise daha az görüldüğü saptanmıştır (6).

Varislerin tedavisinde hasta eğitimi ve hastanın yaşam şeklinin değiştirilmesi ilk sırada gelir. Ardından diğer tıbbi tedaviler olan kompresyon, farmakolojik ve cerrahi tedaviler gelmektedir (7).

Hasta eğitiminde amaç varis nedeniyle hissedilen semptomları azaltmak ve varislerin ilerlemesini engelleyerek, komplikasyonların gelişmesini önlemektir. Hastalara egzersiz, kilo kontrolü, varis çoraplarının doğru bir şekilde kullanılması, bacak elevasyonu gibi konularda eğitim verilerek yaşam standartları arttırılabilir (8).

Hastalığın birinci basamak tedavisinde kullanılan varis çorapları, hem bacağa basınç sağlayan hem de venöz ödemi engelleyen destek çoraplarıdır. Varis çorapları kaşıntı, ağrı ve ödem şikayetlerini azaltarak bireylerin aktivitelerini rahatça sürdürmelerine yardımcı olur (1). Andeozi ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada kronik venöz yetmezlik yaşayan hastalarda varis çorabının kullanımının yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür (9).

Farmakolojik tedavinin amacı ödemi azaltmak, yara iyileşmesine katkıda bulunmak, ağrı ve krampları azaltmaktır. Örneğin; bazı venoaktif, ilaçlar kılcal damarlardaki vasküler geçirgenliği azaltarak ödem ve ağrı gibi semptomların azalmasına yardımcı olurlar. Ayrıca diüretik ilaçların kullanımı da yine ödemi azaltmaya yardımcı olur (10).

Varis tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemler sürekli ve hızlıca değişmektedir. Varis tedavilerinde son zamanlarda açık cerrahi yönteminden daha çok minimal invaziv yöntemler tercih edilmektedir. Hastanede kalış süresini azaltmaları, işlemler sırasında genel anesteziye gerek duyulmaması, komplikasyon görülme oranının azalması, normal hayata geçiş süresinin kısa olması ve açık cerrahi teknik kadar etkili olmalarından dolayı minimal invaziv işlemler daha çok tercih edilir. Bu invaziv işlemler, endovenöz laser ablasyon (EVLA), radyofrekans ablasyon (RFA) ve skleroterapidir. EVLA ve RFA varisli ven duvarında termal hasarlanma, sklerotrapisi ise kimyasal hasarlanma oluşturarak varisli venleri tedavi ederler (11). Minimal invaziv işlemler ile ilgili literatürler incelendiğinde; varis problemi olan hastalara uygulanan RFA ve EVLA girişimlerinin, genel anestezi gerektirmemeleri kısa ve kolay uygulanabilir olmaları ve postoperatif ağrının az ya da hiç olmamasından dolayı tedavide pozitif yönde etkili oldukları saptanmıştır (12). Yapılan başka bir çalışmada ise minimal invaziv işlemler sonrasında varis hastalarının girişimden altı hafta sonra yaşam kalitelerinin arttığı gözlenmiştir (13). Thompson ve arkadaşları 2013 yılında, RFA uygulanan ve açık cerrahi uygulanan

varis hastalarını karşılaştırdıklarında, özellikle kadın hastalarda RFA sonrası yaşam kalitesinin daha çok arttığını saptamıştır (14).

Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşam kalitesi; ‘Bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanır.’ Bir diğer ifadeyle, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını sürdürürken karşılaştığı olumlu ya da olumsuz olaylar karşısında hayatlarının nasıl etkilendiğinin incelenmesidir (15). Varis problemi olan bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren literatürler incelendiğinde ise varis probleminin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir.

1.2.Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, EVLA ile tedavi olan varis hastalarında, tedavinin ve verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini belirlemektir.

1.3.Araştırmanın Hipotezi

1.H0: Minimal invaziv işlevler ile varis tedavisi olan hastaların girişim öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinde fark yoktur.

H1: Minimal invaziv işlevler ile varis tedavisi olan hastaların girişim öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinde fark vardır.

2.H0: Farklı demografik özelliklere sahip bireylerin, girişim öncesi ve sonrası yaşam kaliteleri arasında fark yoktur.

H1: Farklı demografik özelliklere sahip bireylerin, girişim öncesi ve sonrası yaşam kaliteleri arasında fark vardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Alt Ekstremitte Venöz Sistem Anatomisi

Alt ekstremitelerden kanın kalbe dönüşünü sağlayan derin venler, yüzeysel venler ve bu venleri birbirine bağlayan perforan venlerden oluşan sisteme venöz sistem denir (16,17).

2.1.1.Derin venöz sistem

Bacak kasları arasında bulunan derin venler alt ekstremitelerin ana drenaj sistemidir. İliak venler, ana femoral ven, derin femoral ven, popliteal ven, peronal ven ve tibial ven olarak isimlendirilirler (16,17).

2.1.2.Yüzeysel venöz sistem

Yüzeysel venöz sistem vena safena magna (büyük safen ven), vena safena parva (küçük safen ven) ve bunları birbirine bağlayan komünikan venlerden oluşur (16,17).

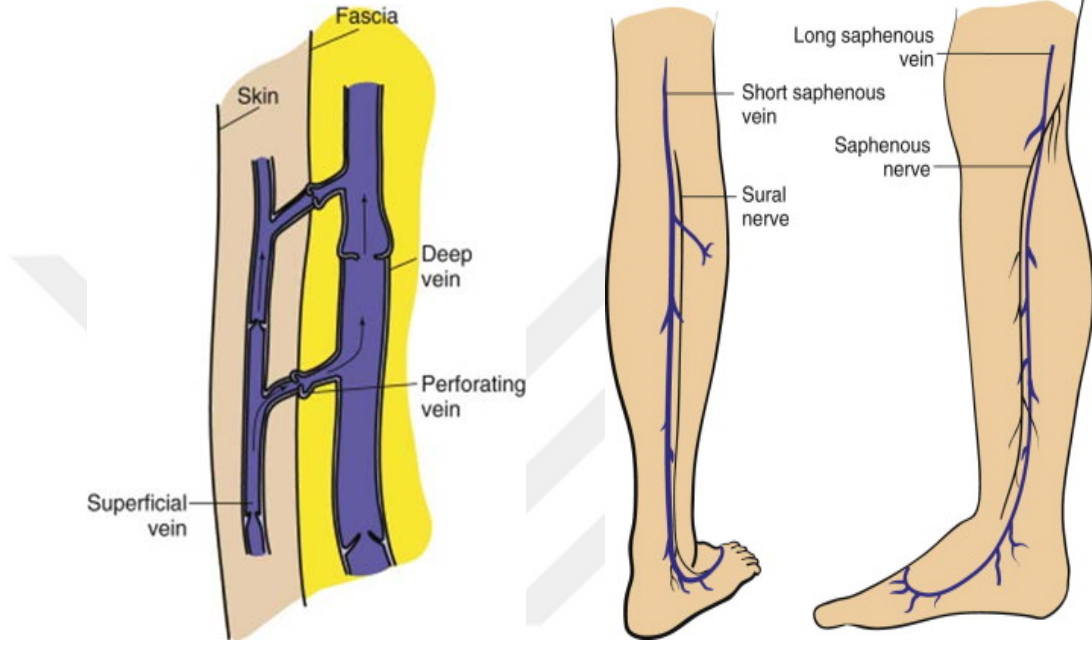
Vena safena magna (VSM); vücudumuzda bulunan en uzun veni olan vena safena magna ayak sırtının iç yanından başlayıp medial malleolun önünden geçerek bacağına ulaşır ve ana femoral vene açılma noktasına ‘Safenofemoral bileşke’ denir. Safen venin, uyluk orta-distal kesiminde fasianın daha zayıf olduğu kesimlerde fasia dışına çıkıp daha da yüzeyleşebilmesinden dolayı bu bölgelerde varis daha çok görülür (16,17).

Vena safena parva (VSP); ayak sırtının dış yanında başlayıp lateral malleolun arkadış kesiminden yukarı çıkarak değişik şekillerde popliteal vene dökülürler. Bu dökülme noktasına ‘Safenopopliteal bileşke’ denir (16,17).

Komünikan Venler; yüzeysel venleri birbirine bağlayan venlerdir (16).

2.1.3. Perforan Venler

Yüzeysel venöz sistemdeki kanı derin venlere ulaştırıran kısa venlerdir. Perforan venlerde akım yönü yüzeysel venlerden derine doğrudur. Perforan venlerdeki kapakların yetersizliği sonucu oluşan reflü, varislerin altta yatan en önemli sebeplerinden biridir (16,17).



Resim 1:Alt ekstremitte venöz sistem anatomisi (56)

2.2. Varis Oluşumunda Patofizyolojik Süreç

Alt ekstremitede bulunan venlerin ana işlevi kanın periferden, kalbe ve akciğere geri akışını sağlamaktır. Bu venöz dönüşü, periferik kas pompasının ve venöz kapakların düzgün bir şekilde çalışması sağlar (17,18).

2.2.1. Periferik kas pompası

Alt ekstremiteler de üç adet kas pompası vardır. Bunlar sırasıyla; uyluk, baldır ve ayaklardaki kas pompalarıdır. Bu üç kas pompası arasında, en geniş kapasiteye sahip ve yüksek basınç üretimi yapan kas pompası, baldır kaslarıdır. Baldır kasları kasılma anından başlayıp kasılma bitene kadar femoral ve popliteal venlere basınç yaparak venöz kanın, kalp ve akciğere doğru akımını sağlar. Bu esnada venöz kapaklar kasılmayı takip eden gevşeme fazında venöz kanın geri

perifere akmasını engelleyip negatif basınç oluşturarak, perforan venler yoluyla yüzeysel venlerden kanın derin venlere iletilmesini sağlarlar. Sonuçta alt eksitemite de basınç inişe geçer ve kasılma bitiminde venöz kapiller yatak kan ile dolar (16,18).

2.2.2. Venöz kapaklar

Venöz kapaklar, kasların kasılarak venöz kanı periferden kalbe doğru iletme anında açılırlarken, kasların gevşediği anda venöz kanın perifere geri dönüşünü engellemek için kapanırlar. Bu mekanizma sayesinde kanın, kalp ve akciğere doğru tek yönde akımı sağlanmış olur. Ancak bu işleyiş bazı bireylerde sekteye uğrayıp, zaman içerisinde bozulabilir. Bu bozulma sonucunda venöz reflü (geri akım) adı verilen problem ortaya çıkar. Reflü oluşan venlerde basınç artışından dolayı zaman içerisinde dilatasyon meydana gelir (16,17,18).

2.3.Varislerin Epidemiyolojisi

Varislerin görülme prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte, değişik çalışmalarda erişkin popülasyonunun %25-50'si arasında görüldüğü saptanmıştır (2). Amerika'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada ise varislerin başlıca nedeni olan venöz yetmezlik, hastaneye başvurma nedenleri arasında yedinci sırada yer alır (19).

2.4.Varisin Risk Faktörlerinin Tanımlanması

Genetik yatkınlık; yapılan birçok çalışma ailesinde varis problemi olan, varisli bireyler incelendiğinde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (20).

Obezite; beden kütle indeksi 30'dan büyük olan bireylerde varis görülme olasılığının arttığı görülmüştür. Ayrıca özellikle kadınlarda beden kitle indeksinin artması daha çok risk oluşturur (21).

Sürekli ayakta/oturarak çalışma; bireylerde varis görülmesinin önemli nedenlerinden biridir. Yapılan çalışmalarda sürekli ayakta veya oturarak çalışan bireyler incelendiğinde, ayakta çalışanların %36'sında, oturarak çalışanların %27' sinde varis tablosunun varlığı gözlenmiştir (22).

Yaş; ileri yaşın varis probleminin meydana gelmesi için önemli bir risk faktörü olduğu bilmektedir. Ayrıca yapılan birçok araştırma da 50 yaş üzeri bireylerde varis görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (20,21).

Gebelik; gebelikte artan vücut ağırlığı ve hareketsiz yaşam varis görülme olasılığını artırır. Yapılan çalışmalar da, hiç doğum yapmamış, bir doğum yapmış, iki doğum yapmış, üç doğum yapmış ve dört doğum yapmış kadınlar karşılaştırıldığında sırasıyla varis görülme oranı; %32, %38, %43, %48 ve %59 olarak bulunmuştur (23).

Cinsiyet; varis problemini, erkeklerden daha çok kadınlarda görüldüğünü bilinmektedir. Robertson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erkeklerde ve kadınlarda varis görülme oranı, erkeklerde %30 ve %7 arasında, kadınlarda ise %53 ve %21 arasında olduğu gözlemiştir (24).

Yaşam şekli; özellikle erkekler de kabızlık, kadınların doğum kontrol hapı kullanması ve sigara içmek gibi bazı faktörler varis oluşumunda neden olan durumlar arasında sayılabilir (25).

2.5.Varislerde Klinik Belirtiler ve Bulgular

Alt ekstremitelerde oluşan varislerin en çok görülen semptomlarının başında ağrı hissi gelir. Ağrı genelde günün sonuna doğru veya dinlenme anında hissedilir, bunun nedeni bacaklardaki dilate venlerin somatik sinirlere baskı yapmasıdır. Uzun süre hareketsiz kaldığında ise ağrı yerini kramplara bırakır. Varislerde görülen diğer semptomlar ise; baskı hissi, sıcaklık ya da yanma hissi, karıncalanma veya batma hissi, kaşıntı, ödem, derideki renk değişiklikleri ve en son safhada venöz ülserin oluşmasıdır. Bu semptomların görülmesinin nedeni, kapaklarda ki yetmezliği sonucu oluşan venöz hipertansiyon sonrası kas sirkülasyonunun yavaşlaması ve bozulmasıdır (16,25).

Venöz hipertansiyon, varisli hastaların kliniğini oluşturan temel nedendir. Artan venöz basınç ve kapiller geçirgenlik, ekstrasvasküler alanda sıvı ve makromolekül birikimine ve eritrosit ekstrasvazyonuna neden olur. Ekstravaze hemosiderin cildin rengi değiştirerek kahverengi hale getirir. Sonuç olarak ödem, cilt değişiklikleri, hiperpigmentasyon, cilt altı fibrozisi (lipodermatosiklerozis) ve ülser ortaya çıkar (26,27).

Varisler büyüklükleri ve yerleşimlerine göre üçe ayrılır (16).

1. Kılcal varisler (spider venler): İntradermal yerleşimli 1mm den küçük çaplı ve kırmızimsı damarlardır.

2. Orta boy varisler (retiküler venler): 1-3mm çaplı mavimsi damarlardır.

3. Variköz venler: Subdermal yerleşimli, 4mm den büyük çaplı, ciltten çıkıntı yapan yeşilimsi damarlardır.



Fotograf 1: Ameliyat öncesi varislerin işaretlenmesi. Hastadan izin alınmıştır.

2.6. Varislerde Tanı ve Değerlendirme

2.6.1. Anamnez

Alt ekstremitelerde oluşan varislerin tanısının konulmasında iyi bir anamnez alma en başta gelir. Hastanın mesleği, yaşı, genetik faktörleri, geçirdiği ameliyatlara, sigara ve alkol kullanıp kullanmadığı, beslenme şekli, eğer kadın ise doğum kontrol hapı kullanıp kullanmadığı, geçirdiği gebelik ve doğum sayısının sorgulanması tanı ve tedaviyi doğru bir şekilde yönlendiren kriterlerdir (26,28).

2.6.2. Fizik muayene

Fizik muayene tanı koyma işlemlerinin ikinci sırasında yer alır (26).

2.6.2.1. İnspeksiyon

Hasta ayakta iken her iki bacağı, dilate venler, derideki renk değişiklikleri, telenjektaziler, ödemler ve ekzama yönünden dikkatlice gözlemlenir (29).

2.6.2.2. Palpasyon

Palpasyon ile dilate venlerde ki doluluğun şiddeti hissedilir ve hasta ikındırılarak basınç artışının olup olmadığına bakılır. Ayrıca hastanın iki bacağı arasında çap farkı olup olmadığına ve ödem var ise gode bırakıp bırakmadığına bakılır (29).

2.6.2.3. Trendelenburg testi

Genelde alt ekstremitelerde ki venöz kapakların duyarlılıklarını ve yeterliliklerini ölçmek için kullanılır (29). İşlem sırası;

- Hasta supine pozisyonuna getirilir
- Venöz boşalmayı sağlamak için hastanın bacakları eleve edilir.
- Bir turnike, kasığın hemen altından bacağa bağlanır.
- Hasta ayağa kaldırılır ve venöz dolum izlenip kaydedilir.

Eğer işlem bitip turnike çıkarıldığında, boşalan venler 30 saniye içinde dolmuyorsa venöz kapakların normal çalıştığı düşünülür. Eğer turnike alındıktan sonra boşalan venler hızlıca doluyorsa yüzeysel venlerin kapaklarındaki yetersizlik olduğu düşünülür ve eğer turnike alınmadan önce boşalan venler hızlıca doluyorsa perforan venlerin kapaklarında yetersizlik olduğundan şüphelenilir (29,30).

2.6.2.4. Perthes testi

Genelde alt ekstremitede bulunan derin ve perforan venlerin yeterliliklerini değerlendirmek için kullanılır. İşlem sırası;

- Hasta ayağı kaldırılır
- Bir turnike, varisli bacak kasığının hemen altından bağlanır
- Ve hasta yürütülür.

Eğer hastanın varisleri kayboluyorsa perforan ve derin ven sisteminin işleyişinin doğal olduğunu gösterir. Eğer varisler daha da dilate olup hastanın ağrısı başlıyorsa derin ve perforan ven sisteminde yetmezlik olduğundan şüphelenilir (29).

2.6.2.5. Öksürük testi

Hasta supine pozisyonunda yatırılır ve sorunlu bacağının kasık bölgesine (safeno-femerol bileşkeye) hafifçe bastırılır ve hastaya öksürmesi söylenir. Eğer kapaklarda bir yetmezlik var ise kan akımının geriye kaçıışı hissedilir (29).

2.6.2.6. Schwartz testi

Bu test VSM ve VSP de yetmezlik olup olmadığını saptamak için kullanılır. Hasta supine pozisyonunda yatırılır ve safenofemoral bileşkeye küçük vuruşlar yapılır. Eğer bu küçük vuruşlar venlerin distal bölümünde hissediliyorsa arada kalan bölgede ki kapaklarda yetmezlik olduğundan şüphelenilir (29).

2.6.3. Klinik, etiyolojik, anatomik, patolojik (CAEP) sınıflandırılması

1994 yılında, Amerikan Venöz Form'da bir araya gelen uzmanlar venöz yetmezlik sonucunda oluşan varislerin tanısını koymada, değerlendirmede ve sınıflandırılmalarında ortak bir dil olması için CEAP sınıflandırılmasını kabul etmişlerdir (31). Bu sınıflandırmada;

- Klinik sınıflandırma (C)
- Sorunun etiyolojisi (E)
- Ekstremitelerdeki venlerin anatomik dağılımı (A)
- Patofizyolojisi (P) olarak gösterilmiştir.

Alt ekstremite varislerinin tanımlanmasında standart olarak kabul edilen CEAP sınıflandırılmasının da zaman içerisinde eksik yönlerinin olduğu fark edilmiştir. Bu eksik yön hastalığın şiddeti ile ilgili olan skorlamadır ve sonradan eklenmiştir. Bu skorlama on faktör üzerinden dört ayrı derecede (0,1,2,3)

yapılmaktadır. Bu on faktör ise ağrı, varikoz ven, ödem, derideki renk değişikliği, inflamasyon, endurasyon, ülserlerin sayısı, ülserin süresi, ülserlerin büyüklüğü ve kompresif tedavisidir. Sonuç olarak CEAP sınıflandırılması hastalığın sayılar ve rakamlarla ifadesi olup, hasta takibini kolaylaştırarak, uygulanacak tedavi türünün kararlaştırılmasına yardımcı olmaktadır (31).

Klinik Sınıflama (C0-C6)	Etyolojik Sınıflama (Ec, Ep, Es, En)	Anatomik sınıflama (As, Ad, Ap, An)	Patofizyolojik sınıflama (Pr, Po, Pr+o, Pn)
<p>C0: Venöz hastalık açısından görülebilen ya da palpe edilebilen bulgu yok</p> <p>C1: Telenjektazi veya retikuler venler</p> <p>C2: Variköz venler</p> <p>C3: Ödem</p> <p>C4: Venöz hastalığa bağlı cilt değişiklikleri</p> <p>C4a: Pigmentasyon, egzema</p> <p>C4b: Lipodermatosklerozis, beyaz atrofii</p> <p>C5: Cilt değişiklikleriyle birlikte iyileşmiş ülser</p> <p>C6: Cilt değişiklikleriyle birlikte aktif ülser</p> <p>a- Aseptomatik</p> <p>s- Semptomatik</p>	<p>Ec: Konjenital</p> <p>Ep: Primer (sebebi belirlenemeyen)</p> <p>Es: Sekonder (posttrombotik, posttravmatik gibi nedenlere bağlı)</p> <p>En: Venöz neden tespit edilememiş</p>	<p>As: Süperfisyal venöz sistem tutulumu</p> <p>1. telenjektazi, retiküler ven</p> <p>2. diz üstü büyük safen ven</p> <p>3. diz altı büyük safen ven</p> <p>4. küçük safen ven</p> <p>5. safen ven bölgeleri dışında</p> <p>Ad: Derin venöz sistem tutulumu</p> <p>6. İnferior vena kava</p> <p>7. Common iliak ven</p> <p>8. İnternal iliak ven</p> <p>9. Eksternal iliak ven</p> <p>10. Pelvik venler</p> <p>11. Ana femoral ven</p> <p>12. Derin femoral ven</p> <p>13. Yüzeysel femoral ven</p> <p>14. Popliteal ven</p> <p>15. Bacak venleri: posterior tibial, anterior tibial, peroneal</p> <p>16. Muskuler venler: gastroknemius, soleus ve diğerleri</p> <p>Ap: Perforan ven tutulumu</p> <p>17. Uyluk</p> <p>18. Bacak</p> <p>An: Venöz lokalizasyonu tespit edilememiş</p>	<p>Pr: Reflü</p> <p>Po: Obstrüksiyon</p> <p>Pr+o: Her ikisi</p> <p>Pn: Venöz patofizyoloji tespit edilememiş</p>

2.6.4. Renkli doppler ultrasonografi (RDUS)

Renkli doppler ultrasonografi, yöntemi hareketli yapılardan kaynaklanan frekans şifrelerinden oluşturulmuş bir renk haritasıdır. RDUS varis tanısının konulmasında önemli tanı yöntemlerinden biridir. RDUS alt ekstremitedeki venöz kapaklardan geçen kanın akışını izlemek ve eğer reflü var ise reflünün kaynağını bulmak için ve yetmezlik gösteren venlerdeki varislerin haritasını çıkarmak için kullanılır (18,31).

2.7. Varislerin Tedavi Yöntemleri

Varis tedavisinde ilk amaç, varisin oluşmasında venöz reflüye neden olan sorunun ortadan kaldırılmasıdır. Varislerin tedavisi konservatif tedavi, kompresyon tedavisi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi olarak sıralanabilir (31).

2.7.1. Konservatif tedavi

Konservatif tedavinin amacı varis nedeniyle oluşan semptomları azaltmak, komplikasyonlarının oluşmasını önlemek ve hastalığın ilerlemesi durdurmaktır (16).

2.7.1.1. Hasta eğitimi

Hasta eğitimi, varis gibi hastanın yaşam kalitesini etkileyen rahatsızlıklarda tedaviye uyumu arttırdığı, yaşam tarzı değişikliklerine yön verdiği için yararlı olduğu düşünülmektedir. Varis bulunan hastalarda da hastalığın semptomlarını azalttığı ve komplikasyonların gelişmesini önlediği için önemlidir. Varisli hastaların eğitimi, egzersiz, bacak ve ayak elevasyonu, varis çorabının faydaları ve nasıl kullanıldığı, yaşam stillerinin değiştirilmesi gibi konuları kapsar (8).

2.7.1.2. Egzersiz

Ayak- bacak egzersizleri, baldır kası pompası ve venöz kapakların düzgün bir şekilde çalışmasını sağladıkları için kalbe ve akciğere olan venöz dönüşü artırır. Ayrıca yürüyüş, üst bacak kaslarını uyardığı için kan akımı yer çekimine karşı

koyarak kalbe doğru hareket eder. Egzersiz, varisin sebep olduğu semptomları azaltarak hastaların yaşam kalitelerini artırır (2,33,34).

2.7.1.3. Ayak ve bacak elevasyonu

Elevasyon, varisin neden olduğu ağrı ve ödem azaltarak tedaviye katkıda bulunur. Bu nedenle hastaların günde en az 3 ya da 4 kez 10-15 dakika bacaklarını kalp seviyesi üzerinde tutmaları ve gece yatarken ayaklarını bir yastık ile 5-10 cm yukarı kaldırmaları önerilir (33,34).

2.7.1.4. Kilo kontrolü

Yapılan çalışmalar, beden kütle indeksi 30'dan büyük olan insanlarda varis görülme olasılığının yüksek olduğunu göstermiştir. Aşırı kilolar bacak ve ayak bileğine aşırı yük yapıp onların hareket kabiliyetlerini kısıtladıkları için varis oluşumunda önemli bir etkidir. Hastalara aşırı kilolardan kaçınmaları için, bol sıvı almaları, düşük yağlı, yüksek lif oranına sahip besinler tüketmeleri ve ödeme sebep olma riskinden dolayı tuzdan kısıtlı diyetler önerilir (24).

2.7.1.5. Yaşam stili

Hastalar, aşırı sıcaklığın venlerde vazodilatasyona neden olacağından dolayı aşırı sıcaktan uzak durmaları, dar kıyafetlerin venöz dönüşü engellemelerinden dolayı dar kıyafet giyinmekten kaçınmaları, ortopedik ayakkabı giyinmeleri ve sigaradan uzak durmaları konusunda bilgilendirilir (36).

2.7.2. Kompresyon tedavisi

Kompresyon tedavisi Hipocrates'ten beri yüzlerce yıldır venöz yetmezliğin tedavisinde kullanılmaktadır. Alt ekstremitelerde meydana gelen varislerin tedavisinde varis çoraplarının kullanılması birinci basamak tedavidir. Varis çorapları alt ekstremitelerde bulunan kas pompalarının çalışmasını artırır ve venöz kanın kalp ve akciğere dönüşünü kolaylaştırır (34).

Varis çoraplarının yararları; varis çorapları, yüzey venlerdeki kanın derin venlere iletilmesini sağlayarak kan akımını artırır, ven çapını azaltır, venöz hipertansiyonun meydana gelmesini engeller, venöz kapakların fonksiyonlarını düzenler, ödemi kontrol eder, ağrıyı azaltır ve kişilerin günlük yaşam aktivitelerini yapmalarını kolaylaştırır (34,36).

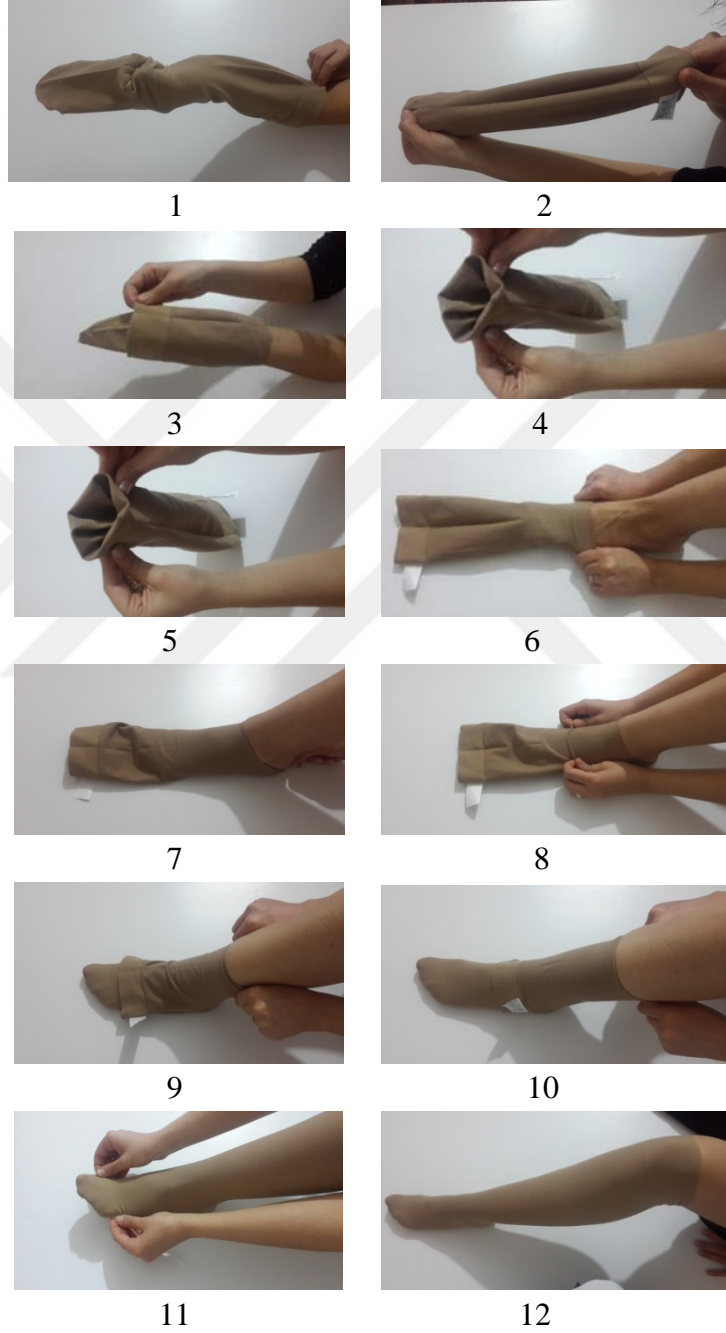
Varis çoraplarının değişik seviye ve basınçları vardır. Basınçlarına göre 5 sınıfa ayrılmaktadır (38).

Sınıf A: 10–14 mm Hg (çok az basınç)
Sınıf I: 15–21 mm Hg (hafif basınç)
Sınıf II: 25–32 mm Hg (orta basınç)
Sınıf III: 34–46 mm Hg (güçlü basınç)
Sınıf IV: >49 mm Hg (çok güçlü basınç)

Hafif basınçlı çoraplar variköz damarlar ve hafif ödemli bacaklarda, orta basınçlı çoraplar ciddi variköz damarlar ve venöz ülser oluşumunu önlemek için güçlü basınçlı çoraplar ise post-flebitik extremitelerde, venöz ülserlerin tekrarlamasını önlemede ve kronik venöz yetmezlikte kullanılırlar (3). Varis tedavisinde varis çorabının etkili olabilmesi için, çorap bireye uygun ölçüde olmalı ve doğru bir şekilde kullanılmalıdır. Varis çorabı giyinilirken izlenmesi gereken adımlar (38):

1. Yataktan kalkmadan önce, 10-15 dakika kalp seviyesine tutularak venler boşaltılmalıdır.
2. Ayaklar yataktan sarkıtılmadan, çorap el içinde toplanmalı, çorabın topuğa tam oturmasına dikkat edilmeli ve daha sonra geri kalan kısmı yukarı doğru kaydırılarak bacağına tam olarak yerleştirilmelidir.
3. Külotlu varis çorabı giyiliyorsa, çorap her iki bacakta diz eklemi geçtikten sonra ayağa kalkarak çorabın kalça kısmı yerleştirilmelidir.
4. Çoraplar giyinilmeden önce ayaklar ve bacaklar temiz olmalıdır.
5. Yataktan kalktıktan sonra, gün içinde çorapların giyilmesi gerekirse bacaklar kalça hizasından 30-40 cm kaldırarak, 10-15 dk. dinlendirdikten sonra, ayaklar sarkıtılmadan çoraplar giyilmelidir.
6. Gece yatmadan önce çorap çıkarılmalıdır.

Varis çorabı giyen bireylerin dikkat etmesi gereken durumlar ise; giyilen varis çorabında herhangi bir kırışıklık olmaması, bacağa sürülen kremler varis çoraplarının elastik yapılarını bozabilecekleri için sık kullanılmamalıdır ve varis çorabı giyildiği sürece bireyler ciltlerinde herhangi bir kesik veya yara oluşmaması için ara ara ciltlerini kontrol etmelidir (34).



Fotograf 2: Varis çorabının giyilme basamakları

2.7.3. Farmakolojik tedavi

Varis tedavisinde farmakolojik tedavi için genelde venoaktif ilaçlar ve diüretik ilaçlar kullanılır. Venoaktif ilaçlar; varis semptomlarını, özellikle ağrı ve ödem azaltan ilaçlardır. Bu ilaçlar kan akışını düzenler, kapiller geçirgenliği azaltarak ve lenf dolaşımını düzenleyerek ödem oluşumunu azaltır. Yapılan bir çalışmada, 127 hasta rastgele 4 gruba ayrılmış, 3 gruba çeşitli venoaktif ilaçlar verilmiş ve gruba ise plasebo verilmiştir. 30 günün sonunda venoaktif ilaç verilen hastalar ağrı, kaşıntı, ödem, kramp gibi semptomların azaldığını ifade etmişlerdir. Venoaktif ilaçlar benzopironlar, saponosidler, bitki özleri ve sentetik ilaçlar olmak üzere 4 ana sınıf ayrılırlar. Bazı venoaktif ilaçlar (39,40);

- Benzopinler: Coumarin, flavonoidler, hidroksirutosidler vb,
- Saponosidler: At kestanesi ekstraları,
- Sentetik ilaçlar: Adenozinfosfat, benzaron, kalsiyum dobesilat,
- Bitki özleri; Anthocyan, oligomers, ginko biloba'dır.

Ancak venoaktif ilaçlar varisleri tamam ortadan kaldırmayıp, sadece semptomlarını hafifletirler (39).

2.7.4. Cerrahi tedavi

Cerrahi tedavide amaç, varislere neden olan sebepleri ortadan kaldırmak, komplikasyonları önlemek ve kozmetik düzelme sağlayarak hastaları tedavi etmektir. Varis tedavisinde cerrahi işleme karar vermek, hastada var olan semptom ve komplikasyonların şiddetine bağlıdır. Yapılan cerrahi girişimler şunlardır (16,41);

2.7.4.1. Safen stripping

Bu yöntem sık kullanılan cerrahi yöntemlerinden biridir. Eğer varis safen ven yetersizliğine bağlı gelişmiş ise kullanılır. Safen venin, uzun (SFB'den medial malleola kadar), orta(SFB'den bacak orta kesimine kadar), kısa (SFB'den bacak üst kesimine kadar) veya çok kısa (SFB'den uyluğun ortasına kadar) olarak çıkarılma işlemidir. İşlem sonrası subkutan kan ekstrevasiyonunun cilt pigmentasyonuna neden

olabileceğinden dolayı, işlem görmüş ekstremite elevasyona alınmalı ve sıkı kompresyon uygulanmalıdır (16,41).

2.7.4.2. Yüksek ligasyon

Varis oluşmasının sebebi safenofemoral bileşke yetersizliği ve dilatasyon yok ise proksimelde safen ven dallarının birbirine bağlanması ile sorun giderilir (16,41).

2.7.4.3. Variköz pake ekstirpasyonu (Flebektomi)

Bu yöntem çoğunlukla kozmetik açıdan problem olduğu durumlarda kullanılır. Safen ven ile bağlantısı olan veya olmayan yan dallardaki variköz venlerin ayrı ayrı insizyonlar ile çıkarılması işlemidir (16,41).

2.7.4.4. Venöz bypass

Kronik venöz yetmezliğe neden olan bölgedeki variköz venlerin bypass ile alınması işlemidir (16,41).

2.7.4.5. Venöz kapakçık rekonstrüksiyonu

Varise neden olan kapak yetersizlikleri durumunda, açık yöntem ile kapak yetersizliği olan bir venin, sağlam kapaklı bir vene bağlanması işlemidir. Ancak tromboz riski ve yüksek hasta morbiditesine neden olmasından dolayı yaygın olarak kullanılmamaktadır (16,41).

2.7.4.6. Endovenöz ablasyon teknikleri

Endovenöz ablasyon teknikleri, açık cerrahi teknikler kadar etkili olmalarından, işlemlerin sürelerinin ve işlem sonrası iyileşme süresinin kısa olmasından, ameliyat sonrası komplikasyonların ve işlem maliyetinin az olmasından ayrıca kişilerin yaşam kalitelerini arttırmalarından dolayı son yıllarda varislerin tedavisinde oldukça çok tercih edilmektedirler. En çok uygulanan endovenöz ablasyon teknikleri ise skleroterapi, endovenöz laser ablasyon ve radyofrekans ablasyondur (41,42).

2.7.4.6.1. Skleroterapi

Skleroterapi, varislerin tedavisinde ilk defa 20. yüzyılın başlarında kullanılmaya başlanmıştır. Sklerotepi ile damar içine enjekte edilen sklerozan madde ile damar duvarında tahribat oluşturulur ve bu tahribat fibrozis ile iyileşirken damarda zamanla küçülerek kaybolur. En sık kullanılan sklerozan maddeler Polidocanol ve Sodyum Tetradesil Sülfattır (42).

2.7.4.6.2. Endovenöz lazer ablasyon (EVLA)

Endovenöz ablasyon yöntemi, Amerika Birleşik Devletlerinde 2001 yılında yüzeysel venöz yetmezlik tedavisi için ilk kez tanıtılmış ve kullanılmaya başlanmıştır. Endovenöz lazer ile ablasyon adı verilen bu yöntemde, reflüye neden olan venler lümen içine yerleştirilen bir lazer fiberi ile lokal anestezi altında ısı ile kapatılmakta (ablasyon) ve sonra da vücut tarafından fibrozis ile ortadan kaybolmaktadır. Bu işlem lokal veya rejyonel anestezi altında yapılır. EVLA 'nın işlem basamakları şöyledir (41,42);

Evla işlemi; büyük safen ven kapaklarındaki yetersizlik tedavi edilecek ise supine, eğer küçük safen ven kapaklarındaki yetersizlik tedavi edilecekse hastaya prone pozisyonu verilir. Ultrasonografi reflünün izlendiği venin en distal ucundan 21 G mikroponksiyon iğne ile damar içine girilir. İğne ile giriş sağlandıktan sonra lazer kitindeki 0,035 teflon tel ilyak vene kadar ilerletilir ve vasküler kılıf yerleştirilir. Lazer kaynağı çalıştırılıp yaklaşık 60 J/cm enerji kontrollü bir şekilde verilerek damarın içten tıkanması sağlanır (41,42).

EVLA işlemi uygulanan hastalarda tromboflebit oluşabileceğinden dolayı bu riski azaltmak için hastalara varis çorapları giydirilmeli ve erken dönem mobilizasyonları sağlanmalıdır (41). EVLA işleminin komplikasyonları ise teknik sorunlar veya hastaya bağlı sorunlardan dolayı oluşabilir. Teknik nedenler damara girişte zorlanma veya vasküler teli veya fiberi ilerletmede zorlanma olabilir. Hastaya ait sorunlar ise, anksiyeteye bağlı vagal reaksiyon, disritmi, safen sinir ağrısı ve yetersiz anesteziden dolayı ağrı olabilir. Bunlara ek olarak ekimoz, cilt yanıkları, tromboflebit, derin ven trombozu, lenf ödemi ve parestezi görülebilir (41).

2.7.4.6.3. Radyofrekans ablasyon

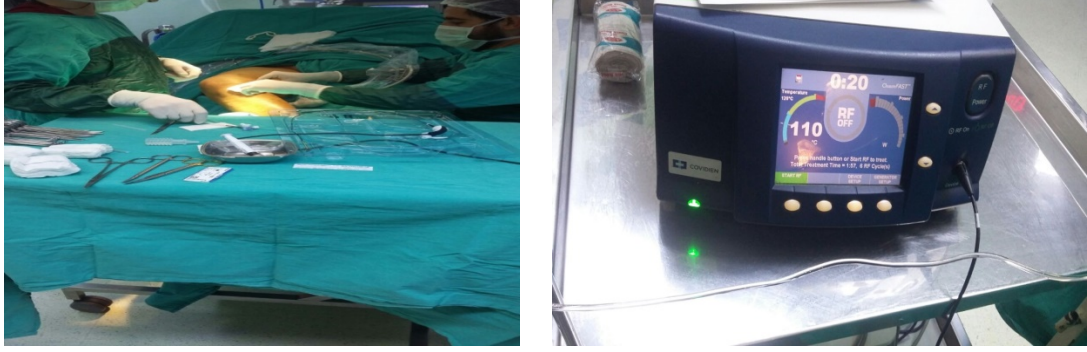
Radyofrekans ablasyon (RFA) işlemi, 1998 yılından itibaren kullanılmakta olup günümüzde venöz reflü tedavisinde güvenli ve etkili bir teknik olduğunu ispatlanmış minimal invaziv bir işlemdir. Radyofrekans enerjisi, mikrodalga etkisine benzer şekilde su moleküllerinin veya iyonların yüksek frekanslı titreşimleri sonucu kinetik enerjinin ısı enerjisine dönüşmesi ile direk olarak venöz duvarda ısınmaya (85–100°C) yol açar. Enerji devamlı veya sinüzoidal şekilde verilebilir. RFA ile oluşturulan bu ısı, endotelde hasar, kollajen denatürasyonu, fibrosiz ve venöz duvarda kalınlaşma ve ven lümeninde tıkanma meydana getirir (41,42).

Radyofrekans ablasyon işleminde, genel olarak hastaya önce uygun pozisyon verilir. Büyük safen ven veya anterior uyluk ven kapaklarında ki yetmezlik tedavi edilecekse supine, küçük safen ven veya giacomini ven kapaklarında yetmezlik tedavi edilecekse prone pozisyonu verilir. İşlem masası trendelenburg veya ters Trendelenburg pozisyonuna getirebilmelidir. Venöz girişim genellikle lokal veya rejyonel anestezi ile yapılır. Ters trendelenburg pozisyonunda reflünün izlendiği yüzeysel venin en distal ucundan ultrasonografi kılavuzluğunda seldinger tekniği ile katater ve 6F vasküler kılıf yerleştirilir. Proksimal venöz kompresyon ile venöz doluş artırılarak giriş kolaylaştırılabilir. Radyo frekans enerjisi devamlı veya aralıklı uygulanarak venin içeriden tıkanması sağlanır. Ve dakikada 2-4 cm hızla kateter geri çekilir. İşlem sonrası hastaya varis çorapları ile kompresyon sağlanır (41,42).

RFA tedavisinin komplikasyonları ise, derin ven trombozu, sinir hasarı, pıhtılaşmada yayılma, hematoma, flebit, ciltte yanık ve enfeksiyondur (41).



Fotoğraf 3: Radyofrekans ablasyon işleminde kullanılan malzemeler



Fotoğraf 4: Radyofrekans ablasyon işlem cihazı

2.8. Varis Tedavisinde Hemşirenin Rolü

2.8.1. Hemşirenin eğitici rolü

Hasta eğitiminde amaç, varis problemi olan hastaların hastalığa adaptasyonunu sağlamak, komplikasyonların önlenmesini sağlamak ve hastalığın ilerlemesini önlemektir.

- Varis nedenleri ve korunma yolları hakkında bilgi verilmesi,
- Hastalara kilo kontrolü, sigara kullanımı, egzersiz ve beslenme gibi yaşam stilleri hakkında bilgi verilmesi,
- Varis çoraplarının yararları ve doğru şekilde kullanılması hakkında bilgi verilmesidir,

2.8.2. Hemşirenin uygulayıcı rolü

Minimal invaziv girişim öncesi

- Hasta ve ailelerinden yeterli anamnez alınarak hasta hakkında bilgi toplanır
- Hastanın yaşam bulguları ölçülerek kayıt edilir.
- Girişim öncesi, tam kan sayımı, kan grubu, serum elektrolitleri, açlık kan şekeri, üre, BUN, kreatinin, alanin transaminaz(ALT), asparat aminotransferaz(AST), laktak dehidrogenaz(LDH), bilirubin, serum albümin, total protein, idrar tahlili, kanama ve pıhtılaşma, zamanı, akciğer grafisi ve elektrokardiyografi gibi tanı testleri yapılır ve değerlendirilerek anestezi konsültasyonu hazırlanır.

- Hastaya hangi gün ameliyat olacağı konusunda bilgi verilir.
- Ameliyat saatinden 6 saat öncesinde katı gıdaları alımını kesmeleri, 2 saat öncesinden de berrak sıvı alımını kesmeleri konusunda hastalara bilgi verilir.
- Ameliyat öncesi hangi ekstremiteden girişim gerçekleştirilecek ise, o ekstremitelerinin cilt temizliğini özellikle elektrikli tıraş makinesi ile yapmaları konusunda bilgi verilir ve kontrol edilir,
- Hastalara girişim sonrası ağrı hissi ve nedenleri, gevşeme ve masaj teknikleri hakkında bilgi verilir (43,44).

Minimal invaziv girişim sabahı

- Hastanın açlık süresi sorgulanır. Birçok cerrahi girişim öncesi 6 saatlik açlık süresi yeterlidir.
- Ameliyat öncesi alması gereken oral ilaç olup olmadığı sorgulanır ve eğer almadıysa az su ile alması sağlanır.
- Girişim öncesi, hastaya ameliyat önlüğü ve bonesi giydirilir ve metal eşyaları ve eğer var ise protez dişleri çıkarılır.
- Doktor eşliğinde hastanın varis bulunan alt ekstremitesi silinmez bir kalem ile işaretlenir.
- Hastalara anestezinin ve doktorun varsa önerdiği premedikasyon uygulanarak hasta ameliyathaneye teslim edilir (43,44).

Minimal invaziv girişim sonrası

- Hasta yatağına alınır ve anestezi türüne göre hastanın yatak içi pozisyonu sağlanır.
- Hastanın yaşam bulguları ameliyat sonrası hasta takibine uygun şekilde takip edilir.
- Hastanın işlem yapılan bacağına hematom ve kanama riskini azaltmak için kompresyon uygulamak için baskılı bandaj uygulanır ve insizyon yeri şişlik, kanama, hematom ve ağrı yönünden gözlemlenir.
- Bacak elevasyonu sağlanır
- Eğer hastaya spinal anestezi altında girişim uygulanmış ise, işlem sonrası hipotansiyon tablosunun görülmemesi için işlem öncesi ve sonrası sıvı desteği yapılır.

- Uygulanan anestetik maddeler mesane tonusunu ve miksiyon refleksini baskıladıkları için hastaların idrar çıkışları takip edilir, eğer idrar yapmada sıkıntı yaşanırsa hastaya idrar sondası uygulanır.
- İşlem sonrası verilen anestezi türünden dolayı baş ağrısı olan hastalara kafein tüketmeleri önerilir.
- Hastaların ameliyat sonrası altıncı saatte mobilizasyonu sağlanır (44,45,46).
- Yara yeri kuru ve temiz tutulur. Ameliyat sonrası birinci günde hastanın pansumanı değiştirilir. Pansumanda uyulması gereken adımlar ise şöyledir (47):

1. Pansuman öncesi eller yıkanır.
2. Hastanın elastik bandajı açılır ve insizyon yerindeki kirli spançlar steril olmayan eldivenler ile alınıp atılır.
3. Eller tekrar yıkanır ve steril eldiven giyilir.
4. İnsizyon yeri kanama ve enfeksiyon açısından gözlemlenir.
5. İnsizyon yeri povidon iyot(%10'luk) dökülmüş spanç ile yukarıdan aşağı tek bir yönde bir seferde silinir ve kuruması beklenir.
6. Kuruyan insizyon bölgesi spanç ile kapatılarak bacak tekrar aşağıdan başlanarak yukarı doğru elastik bandaj ile sarılır ve ortamdaki kirli maddeler atılır.

2.9. Yaşam Kalitesi ve Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını sürdürürken karşılaştığı olumlu ya da olumsuz olaylar karşısında hayatlarının nasıl etkilendiği ve bireylerin bu durumu nasıl algıladığıdır. Yaşam kalitesini açıklamak için şu kavramlarda kullanılabilir; Var olma; bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan kim olduklarını tanımlar. Ait olma; bireyin bulunduğu durum içerisinde kendini güvende hissetmesidir. Gerçekleştirme; bireyin hayattaki amaçlarını ve beklentilerini gerçekleştirmek için yapması gerekenlerdir (48).

Dünya sağlık örgütüne göre yaşam kalitesi; “bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır ve bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkilidir.” Sağlık alanında yaşam kalitesi ise,

bireyin hastalık ve hastalığa yönelik tedavilerin uygulandığı süreci nasıl algıladıklarıdır. Sağlık alanında yaşam kalitesi, hastalığın bireyin sosyal, psikolojik, mesleki ve ailesel hayatı üzerindeki etkilerini, bireyin genel iyilik ve hayattan aldığı doyumunu, günlük aktivitelerini yaparken yeterliliklerini ve kişinin istekleri ve hastalık durumu arasındaki farkları inceler (49). Hastalığın türü ne olursa olsun, hastalıktan dolayı günlük aktiviteleri rahatlıkla yerine getirememe, hastalık nedeniyle hastanede yatma ve sürekli ilaç kullanma gibi faktörlerden dolayı bireylerin iyilik hallerinin etkilenmesi, yaşam kalitelerini olumsuz etkiler. Varisli hastaların yaşam kalitelerini inceleyen çalışmalar da, hastaların varisin neden olduğu ağrı ve ödem sebebiyle fiziksel aktivitelerini yerine getirmekte, ödem nedeniyle kıyafet seçiminde zorlandıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (49).

Sağlıkta hemşirelik bakımının amacı hastalıkların neden olduğu kısıtlamalara rağmen, bireylerin günlük aktivitelerini yerine getirmelerine yardımcı olmak, hastalığa yönelik uygun bakımı vermek ve bireyleri bakıma dahil etmek, bireylerin hastalığa uyumunu ve adaptasyonunu sağlayarak kendilerini iyi hissetmelerini sağlamaktır. Böylelikle verilen hemşirelik bakımı bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde olumlu bir etki oluşturur (49).

Varisli hastaların yaşam kalitelerini arttırmada hemşirenin rolü ise; bireyi egzersiz, kilo kontrolü, olumsuz yaşam stillerini değiştirme, varis çoraplarını kullanım konusunda eğitimi sağlama, hastalık ve semptomlarını anlatarak adaptasyonlarını arttırmaktır.

2.9.1. Yaşam kalitesini ölçülmesi için kullanılan ölçekler

2.9.1.1. Genel ölçekler

Genel popülasyonda çeşitli sağlık sorunlarını ve genel iyilik halini değerlendirmek için kullanılan ölçeklerdir. En sık kullanılan genel ölçekler şunlardır (48,49).

Kısa Form 36 (Short From 36): Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılan bu ölçek, bireylerin fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarının yanı sıra genel sağlık algılamalarını da değerlendirir. Totalde 36 madden ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunların neden

olduğu kısıtlılıklar, emosyonel sorunlara neden olduğu kısıtlılıklar, mental sağlık durum, genel ağrı ve sağlığın algılanması içeren alt başlıklardan oluşur. Ölçeğin her bir alt boyutu 0-100 arasında puanlandırılır ve ölçek puanının yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade eder (50).

Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği (WHOQOL): Bu lek bireylerin, yaşam kalitesi ve sağlık durumlarını nasıl algıladıklarını değerlendirir. Dünya Sağlık rgtnn dünya genelinde 15 merkezde yaptığı çalışma sonrası, 100 soru meydana gelen WHOQOL-100 ve bunların arasından seçilen 26 sorudan WHOQOL-BREF leği meydana getirilmiştir (51).

Nottingham sağlık profili (Nottingham Health Profile, NHP): Bu lek daha bireylerin fiziksel sağlık problemleri yaşarken hastalığı algılama durumunu değerlendirmede kullanılır. Ölçek 2 bölümden oluşur ilk bölüm ağrı, sosyal izolasyon, duygusal reaksiyonlar, enerji, fiziksel aktivite ve uykuyu değerlendirir. İkinci bölüm ise sağlık durumunu nedeniyle bireylerin yapmaktan zorlandığı durumları değerlendirir.

Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire): Bu anket, bireylerin giyinme, kişisel bakım, yürüme, uzanma, kavrama, doğrulma, yemek yiyip içme ve bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumlarını değerlendirir (51).

KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi: Bu lek, bireylerin banyo yapma, tuvalet alışkanlığı, yemek yiyip içme, giyinme ve transfer işlemelerini bağımsız olarak yapıp yapmadığını değerlendirir. Puanlandırma 0-6 arasında yapılır ve alınan puan ne kadar yüksek ise bağımlılık durumu o kadar düşüktür (51).

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, SIP): 1976 yılında geliştirilen bu ölçek, hastalık durumunun bireylerin davranışlarını nasıl etkilediğini değerlendirir. Fiziksel boyut (3alan), psikososyal boyut (4 alan) ve diğer 5 tanesi de bağımsız alanlar olmak üzere toplam 12 alanda 136 sorudan oluşur. Ölçekten elde edilen puan 0 ile 100 arasında değişmektedir. Elde edilen puan 0 ise; en iyi sağlık durumu ve 100 ise en kötü sağlık durumu olarak yorumlanabilir (51).

Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EuroQol-5D (EQ-5D)): Avrupa Yaşam Kalitesi (EuroQol) Çalışma Grubu tarafından 1990'da geliştirilen Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Süt ve Ünsar tarafından 2011 yılında yapılan bu ölçek, bireylerin mobilite, kişisel bakım, psikolojik durum ve sosyal fonksiyonları değerlendirir (51).

Venöz Yetmezlikte Epidemiyolojik ve Ekonomik Çalışma-Yaşam Kalitesi/Semptom (VEİNES-QOL/Sym) Ölçeği: Venöz Yetmezlikte Epidemiyolojik ve Ekonomik Çalışma-Yaşam Kalitesi/Semptom Ölçeği, venöz hastalıkların, semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini, hastanın perspektifinden ölçmek için geliştirilmiş iki bölüm ve yirmi altı alt bölümden oluşan özgün bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kutlu ve arkadaşları tarafından yapılmış olup; VEİNES-Sym için cronb alfa değeri 0,81, VEİNES-QOL 0.86 bulunmuştur ve Türk hastalarda güvenli bir şekilde kullanılabilceği saptanmıştır. Venöz yetmezlik semptomları (10 madde) beş farklı sıklıkta (her gün, haftada birkaç kez, haftada bir kez, birkaç haftada bir kez, hiç), günlük aktivitedeki kısıtlamaları (9 madde), bacadaki sorunların günün hangi zamanında en yoğun olduğunu (1 madde), son bir yıldaki değişikliği (1 madde), psikolojik etkiyi (5 madde) inceler (52).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, varis tedavisi gören hastalara, verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirildiği kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi kalp-damar cerrahisi servisinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma, 2016 Mayıs ve 2017 Mart tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi kalp damar cerrahisi servisinde varis tedavisi olan hastalar oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem; $d=1,26$, $\delta=15,15$ alınarak $p=0,05$ ve $\text{power}=1.0$ kullanılarak hesaplanmıştır ve 18 yaş üstü ve minimal girişimsel yöntem ile varis tedavisi olan 150 hasta dahil edilmiştir. Hastalara asgari bilgilendirilmiş onam formu ile bilgilendirme yapıldıktan sonra rızaları doğrultusunda araştırma örneğine alınmışlardır. Örneklem büyüklüğü ise, VEİNES-Sym ve VEİNES- QOL e için power analizi % 100 bulundu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18 yaşın üstünde olan,

- Herhangi bir iletişim engeli olmayanlar,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan,
- RFA veya EVLA tedavisi olan, bireyler olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veri toplamada Hasta Bilgi Formu ve Venöz Yetmezlikte Epidemiyolojik ve Ekonomik Çalışma-Yaşam Kalitesi/Semptom Ölçeği (VEİNES-QOL/Sym ölçeği) kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta Bilgi Formu (EK1)

İlgili literatür ışığında hazırlanan Hasta Bilgi Formu ile hastaların sosyodemografik özellikleri, tıbbi öyküleri ve yaşam tarzına ilişkin bilgileri değerlendirilmiştir. Hasta Bilgi Formu'nun sosyodemografik özelliklere ilişkin bölümü; yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durumu, çalışma yaşamındaki çalışma tipi (oturarak/ayakta), yaşadığı yer ve sosyal güvencesini içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Hastanın sağlık ve hastalık durumuna ilişkin bilgiler bölümü; hastanede yatış süresi, kronik bir rahatsızlığının olup olmadığı, soy geçmişinde varis öyküsü, hastane yatış olup öyküsü, ameliyat öyküsü, doğum kontrol yöntemi ve gebelik öyküsünü içeren toplam 7 sorudan oluşmaktadır. Hastanın yaşam tarzına ilişkin bilgiler bölümü; sigara kullanımı (süre/miktar), alkol kullanımı (süre, miktar), beslenme türü, giyim tarzı ve ayakkabı seçimini içeren 8 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Venöz yetmezlikte epidemiyolojik ve ekonomik çalışma-yaşam kalitesi/semptom (VEİNES-QOL/Sym) ölçeği (EK2)

Girişim öncesi yüz yüze ve girişim sonrası dördüncü haftada telefon ile iletişim kurularak Venöz Yetmezlikte Epidemiyolojik ve Ekonomik Çalışma-Yaşam Kalitesi/Semptom Ölçeği (VEİNES-QOL/Sym ölçeği) ile hastaların yaşam kaliteleri değerlendirildi.

Ölçeğin değerlendirilmesi:

VEİNES-QOL/Sym ölçeğinde iki puan elde edilmektedir. Birincisi VEİNES-QOL (yaşam kalitesi ile ilgili bilgi sağlamaktadır), ikincisi VEİNES-Sym (semptomların şiddeti ile ilgili bilgi sağlamaktadır). VEİNES-QOL maksimum 67 puan, VEİNES-Sym ise maksimum 45 puandır.

VEİNES-Sym toplam puanı semptomların şiddeti hakkında bilgi sağlamaktadır. Bu puan ne kadar yüksek ise hastalığın şiddeti o kadar az ve hastanın yaşamını daha az etkilediğini göstermektedir. VEİNES-Sym toplam puanı ankette 1. Sorunun (Son 4 hafta boyunca, aşağıdaki bacak(lar) ile ilgili sorunlardan herhangi birini ne sıklıkta yaşadınız?) Sorusunun altında yer alan 9 maddeye hastanın verdiği cevapların puanları toplanarak elde edilir (52).

VEİNES-QOL puanı ise hastalığın yaşam kalitesine olan etkisini göstermektedir. Toplam VEİNES-QOL puanı ne kadar yüksek ise hastanın yaşam kalitesi o kadar iyi olduğunu göstermektedir. Düşük puan düşük yaşam kalitesini göstermektedir. Toplam VEİNES-QOL puanını hesaplarken ise; 3., 4., 5., 6., 7. ve 8. Sorular ve bu soruların alt maddelerine verilen cevapların puanları toplanarak toplam puan elde edilir. Ayrıca hastanın 2. Soruya verdiği cevabın puanı hiçbir puanlamamın toplamına eklenmemektedir, sadece semptomlarla ilgili genel bilgi sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (52).

3.7. Hasta Eğitim Kitapçığı (EK3)

İlgili literatür ışığında hazırlanan eğitim kitapçığı;

- Varisin hastalığının tanımı
- Varis oluşma riskini arttıran nedenleri,
- Varis belirtilerini,
- Varis teşhis yöntemlerini,
- Varis oluşumunu önlemek için yapılması gerekenleri,
- Varis tedavi yöntemlerini,
- Taburcu olduktan sonra dikkat edilmesi gereken durumları içermektedir.

3.8. Veri Toplama Süreci

- Araştırmada, standardizasyonun sağlanabilmesi için tek hekimin hastaları çalışmaya dahil edildi.
- Hastalardan ameliyat öncesi dönemde asgari bilgilendirilmiş onam formu ile izin alınmıştır.
- Hasta bilgi formu ile hastaların bilgileri toplanmıştır.
- Venöz Yetmezlikte Epidemiyolojik ve Ekonomik Çalışma-Yaşam Kalitesi/Semptom (VEİNES-QOL/Sym) ölçeği ameliyat öncesi hasta için uygun bir zaman diliminde yüz yüz yüze dolduruldu.
- Hasta eğitim kitapçığı verilerek, kitapçıkta yazan bilgiler anlatıldı ve varis çorabının kullanımı gösterildi.

Hastalar tapurcu olduktan 4 hafta sonra hastalar telefon ile aranıp, Venöz Yetmezlikte Epidemiyolojik ve Ekonomik Çalışma-Yaşam Kalitesi/Semptom (VEİNES-QOL/Sym) ölçeğindeki sorular tekrarlandı ve görüşmeler tamamlandı.

3.9. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Hastaların sosyo- demografik ve klinik özelliklerinin (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Parametrelerin iki grup içi karşılaştırmalarında Wilcoxon işaret testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılığı varis hastası ve bu tedavi yöntemini seçen hasta sayısının az olmasından dolayı kontrol grubunun oluşturulamamasıdır.

3.11. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yürütülebilmesi için; 05/05/2016 onay tarihi ve 122 numarasıyla, Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (Ek4), Zonguldak Kamu Hastaneleri Birliğinden (Ek5) ve araştırmaya katılacak hastalardan araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onam (Ek6) alınmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Özellikler	Sayı(n)	Ortalama
Yaş	150	47,090
	Sayı (n)	Yüzde(%)
Yaş Grubu		
30 ve altı yaş	11	7,3
31-40 yaş	38	25,3
41-50 yaş	32	21,3
51-60 yaş	53	35,3
61 ve üstü yaş	16	10,7
Cinsiyet		
Kadın	92	61,3
Erkek	58	38,7
BKİ Grup		
Zayıf	3	2,0
Normal	29	19,3
Hafif Kilolu	54	36,0
Obez	64	42,7
Medeni Durum		
Bekar	20	13,3
Evli	130	86,7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	15	10,0
İlk Okul mezunu	84	56,0
Ortaokul mezunu	24	16,0
Lise mezunu	22	14,7
Lisans mezunu	5	3,3
Meslek		
Ev Hanımı	79	52,7
Memur	2	1,3
İşçi	5	3,3
Diğer meslek grupları	64	42,7
İşini Yapma Şekli		
Sürekli Oturarak Çalışma	15	10,0
Sıklıkla Oturarak Çalışma	81	54,0
Nadiren Oturarak Çalışma	3	2,0
Sürekli Ayakta Çalışma	51	34,0
Yaşadığı Yer		
İl	24	16,0
İlçe	90	60,0
Kasaba	1	0,7
Köy	35	23,3
Sosyal Güvence		
SSK	122	81,3
Emekli Sandığı	8	5,3
Bağkur	8	5,3
Diğer	12	8,0
Toplam	150	100

Araştırmaya dahil edilen 150 hastanın sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de gösterildi. Hastaların, %61,3’ü (n=92) kadın, %38,7’si (n=58) erkek; %35,3’ü (n=53) 51-60 yaş, %25,3’ü (n=38) 31-40 yaş, %21,3’ü (n=32) 41-50 yaş, %10,7’si (n=16) 61 ve üstü yaş, %7,3 (n= 11) 30 ve altı yaş grubunda; %42,7’si (n=64) obez, %36’sı (n=54) hafif kilolu, %19,3’ü (n=29) normal kilolu, %2’sinin (n=3) zayıf olduğu; %86,7’si (n=130) evli, %13,3’ünün (n=20) bekar olduğu; %56’sı (n=84) ilkokul mezunu, %10’nu (n=15) okur yazar değil, %16’sı (n=24) ortaokul mezunu, %14,7’si (n=22) lise mezunu, %3,3’nün (n=5) lisans mezunu olduğu; %52,7’si (n=79) ev hanımı, %42,7’si (n=64) diğer meslek grupları, %3,3’ü (n=5) işçi, %1,3’nün (n=2) memur olduğu; %54’ü (n=81) sıklıkla oturarak çalışıyor, %34’ü (n=51) sürekli ayakta çalışıyor, %10’nu (n=15) sürekli oturarak çalışıyor, %2’si (n=3) nadiren oturarak çalışıyor; %60’ı (n=90) ilçe, %23,3’ü (n=35) köy, %16’sı (n=24) il, %0,7’si (n=1) kasabada yaşıyor; %81,3’ü (n=122) SSK lı, %8’i (n=12) diğer, %5,3’ü (n=8) emekli sandığı ve %5,3 (n=8) bağıkurlu olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2. Sağlık ve Hastalık Durumuna İlişkin Bulgularının Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanede Kalış Süresi		
1 Gün	141	94,0
2 Gün	9	6,0
Kronik Rahatsızlık Türü		
Hipertansiyon	29	61,7
Diyabet	7	14,9
Astım	5	10,6
Diğer	6	12,6
Daha Önce Varis Problemi Yaşama		
Mevcut	34	22,7
Mevcut Değil	116	77,3
Ailede Varis Problemi		
Mevcut	64	42,7
Mevcut Değil	86	57,3
Daha Önce Hastanede Yatma Öyküsü		
Evet	132	88,0
Hayır	18	12,0
Ameliyat Öyküsü		
Evet	113	75,30
Hayır	37	24,77
Geçirdiği Ameliyatı Türü		
Sezeryan	25	22,1
Varis	18	15,9
Apandisit	10	8,8
Over Kistektomi	10	8,8
İngunial Herni	11	9,7
Diğer	39	34,7
Doğum Kontrol Yöntemi		
Korunmuyor	44	48,4
Prezervatif	8	8,8
Rahim İçi Araç	10	11,0
Tüp Ligasyonu	12	13,2
Oral veya enjektabl Kontraseptifler	17	18,7
Gebelik Öyküsü		
Evet	88	96,7
Hayır	3	3,3
Gebelik Sayısı		
1	4	4,6
2	27	31,0
3	18	20,7
4	15	17,2
5 ve üzeri	23	26,3
Toplam	150	100

Hastaların sağlık ve hastalık durumuna ilişkin bilgiler Tablo 2’de gösterildi. Hastaların, %94’nün (n=141) 1 gün, %6’sının (n=9) 2 gün hastanede kaldığı; %61,7’sinde (n=29) hipertansiyon, %12,6’ında (n=6) diğer kronik rahatsızlıklar, %14,9’unda (n=7) diyabet, %10,6’sında (n=5) astım olduğu; %77,3’nün (n=116)

daha önce varis problemi yaşamamış olduğu, %22,7 (n=34) daha önce varis yaşamış olduğu; %57,3'ünde (n=86) ailesinde varis öyküsünün olmadığı, %42,7 (n=64) ailesinde varis öyküsünün olduğu; %88'inin (n=132) daha önce hastaneye yattığı, %12'sinin (n=18) daha önce hastaneye yatmadığı; %75,3'nün (n=113) geçirilmiş ameliyat öyküsünün olduğu, %24,7'sinde (n=37) geçirilmiş ameliyat öyküsünün olmadığı; %34,7'si (n=39) diğer, %22,1'nin (n=25) sezeryan, %15,9'nun (n=18) varis, %9,7'sinin (n=11) ingunial herni, %8,8'nin (n=10) apandisit, %8,8'nin (n=10) over kisti, %5,3'nün (n=6) guater, %3,5'nin (n=4) burun ameliyatı olduğu; %48,4'nün (n=44) doğum kontrol yöntemi kullanmadığı, %18,7'sinin (n=17) oral veya enjektabl kontraseptifleri kullandığı, %13,2'sinin (n=12) tüp ligasyonu, %11'ini (n=10) rahim içi araç, %8,8'nin (n=8) prezervatif kullandığı; %96,7'sinin (n=88) gebelik öyküsü var, %3,3'nün (n=3) gebelik öyküsü yok olduğu; gebelik sayısı değişkenine göre %31'nin (n=27) 2 tane, %26,3'nün (n=23) 5 ve üzeri, %20,7'sinin (n=18) 3 tane, %17,2'sinin (n=15) 4 tane, %4,6 (n=4) 1 tane gebelik öyküsünün olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Yaşam Tarzına İlişkin Bulguların Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanımı		
Evet	51	34,0
Hayır	99	66,0
Günlük İçilen Sigara Miktarı		
10'dan az	13	25,5
10-20 arası	36	70,6
20'den fazla	2	3,9
Alkol Kullanımı		
Evet	25	16,7
Hayır	125	83,3
Alkol Kullanma Miktarı		
Nadiren Kullananlar	20	80,0
Hergün Kullananlar	5	20,0
Besin Tercihi		
Hayvansal Gıdalar Ağırlıkta	34	22,7
Bitkisel Gıdalar Ağırlıkta	91	60,7
Fast-food Ağırlıkta	9	6,0
Hayvansal Ve Bitkisel Eşit Ağırlıkta	16	10,7
Giyim Tarzı		
Rahat kıyafet tercihi	126	84,0
Dar kıyafet tercihi	24	16,0
Topuklu Ayakkabı		
Kullanmayanlar	113	75,3
Çok Nadir Kullananlar	32	21,3
Sıklıkla Kullananlar	5	3,3
Toplam	150	100

Tablo 3 te araştırmaya katılan 150 hastanın yaşam tarzına ilişkin bilgilerinin dağılımı incelendi. Hastaların, %66'sının (n=99) sigara kullanmadığı, %34'nün (n=51) sigara kullandığı; %70,6'sının (n=36) 10 ile 20 adet arasında, %25,5'nin (n=13) 10 adetten az, %3,9'nun (n=2) 20 adetten fazla sigara içtiği belirlendi (Tablo 3).

Hastaların, %83,3'nün (n=125) alkol kullanmadığı, %16,7'sinin (n=25) alkol kullandığı; %80'nin (n=20) nadiren, %20'sinin (n=5) her gün alkol kullandığı belirlendi (Tablo 3).

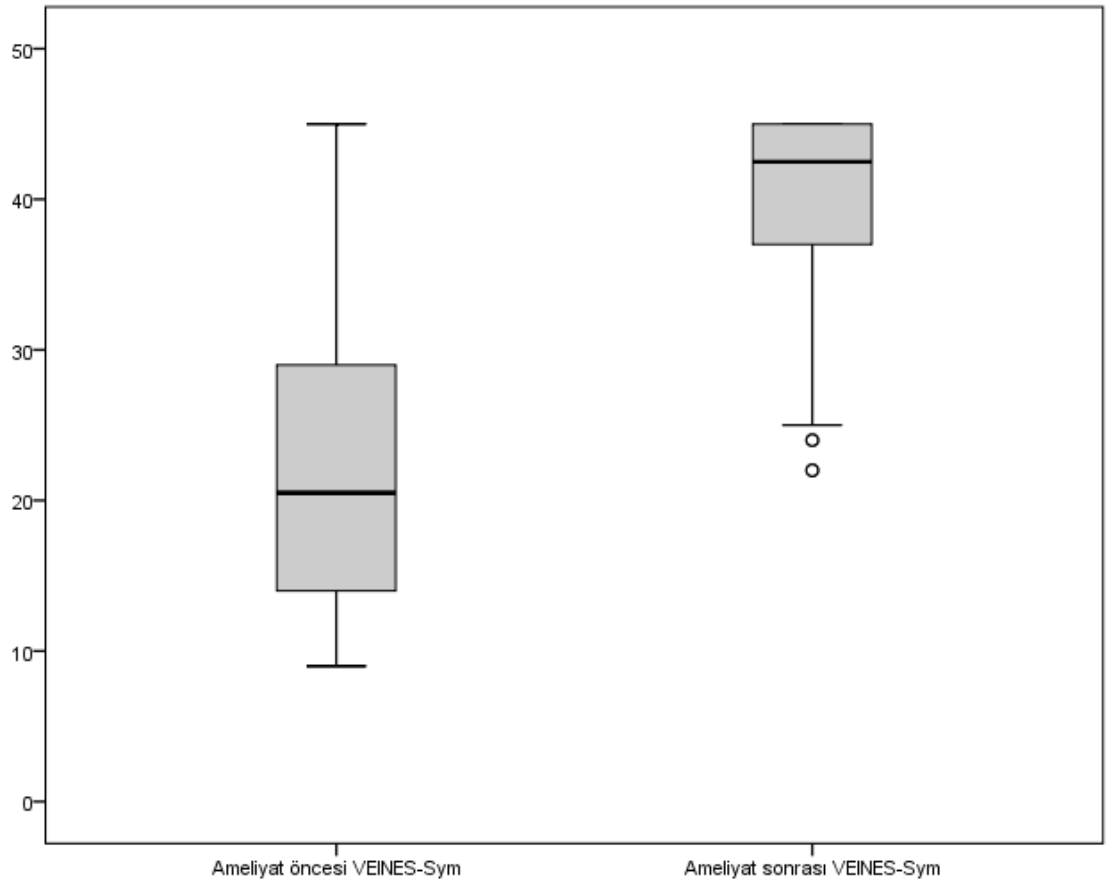
Hastaların besin tercihleri incelendiğinde, %60,7'sinin (n=91) bitkisel gıdalar ağırlıkta, %22,7'sinin (n=34) hayvansal gıdalar ağırlıkta, %10,7'sinin (n=16) hayvansal ve bitkisel gıdalar eşit ağırlıkta, %6'sının (n=9) hazır gıdalar ağırlıkta beslendiği; %84'nün (n=126) rahat kıyafetler, %16'sının (n=24) dar kıyafetleri tercih ettiği; %75,3'nün (n=113) hiç topuklu ayakkabı kullanmadığı, %21,3'nün (n=32) çok

nadir topuklu ayakkabı kullandığı, %3,3'nün (n=5) sıklıkla topuk ayakkabı kullandığı belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. VEİNES Ölçeği Bulguları

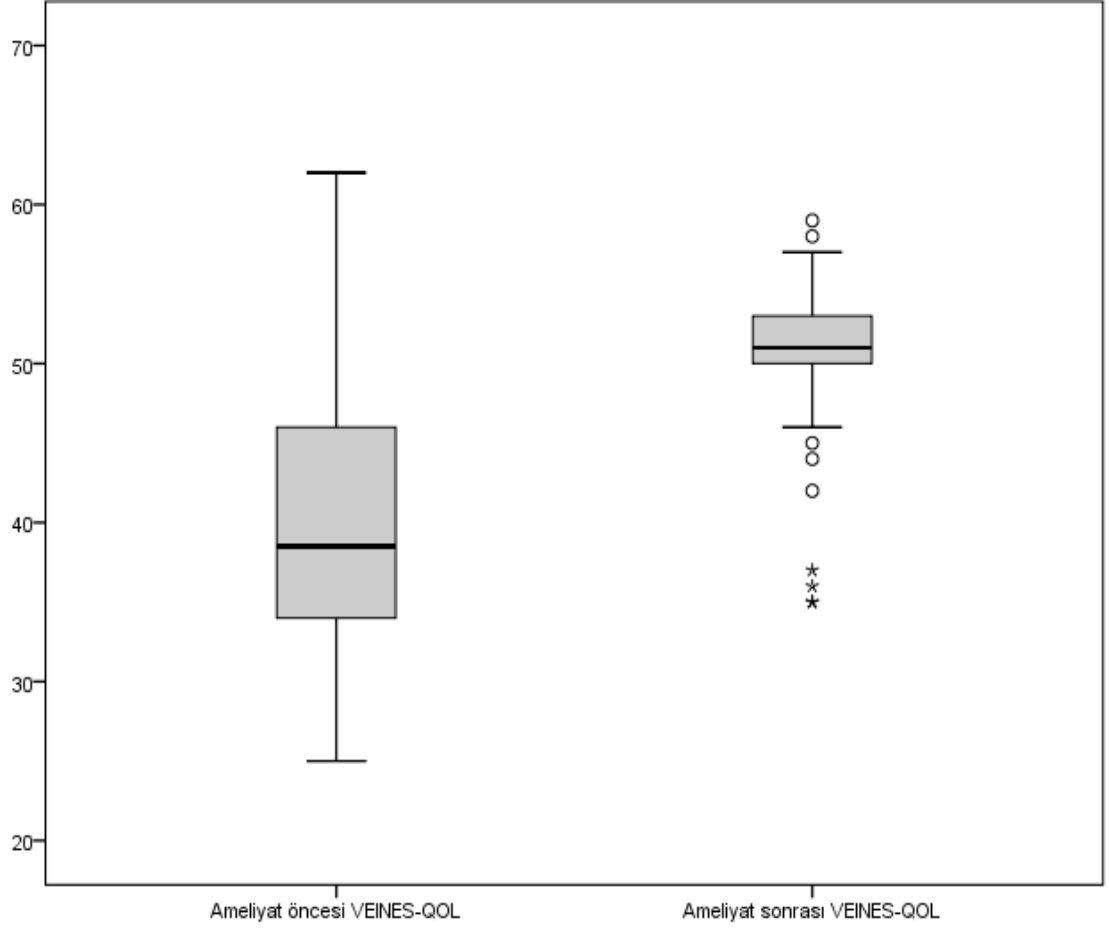
	X	SD	Min.	Max.
Ameliyat Öncesi VEİNES-Sym	21,750	9,328	9	45
Ameliyat Sonrası VEİNES-Sym	40,750	5,370	22	45
Wilcoxon Z = -10,432		p=0,000		
Ameliyat Öncesi VEİNES-QOL	40,260	8,397	25	62
Ameliyat Sonrası VEİNES-QOL	51,030	3,620	35	59
Wilcoxon Z = -9,647		p=0,000		

Hastaların “ameliyat öncesi VEİNES-Sym” düzeyi ($21,750 \pm 9,328$); “ameliyat sonrası VEİNES-Sym” düzeyi ($40,750 \pm 5,370$); “ameliyat öncesi VEİNES-QOL” düzeyi ($40,260 \pm 8,397$); “ameliyat sonrası VEİNES-QOL” düzeyi ($51,030 \pm 3,620$) olarak bulundu (Tablo 4).



Grafik 1: Ameliyat Öncesi ve Sonrası VEİNES-Sym

Ameliyat öncesi VEİNES-Sym değerine göre, Ameliyat sonrası VEİNES-Sym değerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (Wilcoxon Z = -10,432; p=0,000).



Grafik 2: Ameliyat Öncesi ve Sonrası VEİNES- QOL

Ameliyat öncesi VEİNES- QOL değerine göre, Ameliyat sonrası VEİNES- QOL değerinde meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (Wilcoxon Z = -9,647; p=0,000).

Tablo 5. Cinsiyet Değişkenine Göre VEİNES Ölçeğinin Alt Boyutlarının Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Kadın	92	19,49	9,181	92	39,85	5,848	92	20,359	9,848
Erkek	58	25,34	8,455	58	42,17	4,172	58	16,828	9,152
	Z= 1613 P= 0,000			Z= 2042,5 P= 0,013			Z= 2073,5 P= 0,022		

	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Kadın	92	38,35	7,625	92	50,51	3,853	92	12,163	8,324
Erkek	58	43,29	8,73	58	51,86	3,069	58	8,569	8,386
	Z= 1816,5 P= 0,001			Z= 2013,0 P= 0,010			Z= 2042,5 P= 0,016		

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U (Z) testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Z =1613,000; p=0,000<0,05). Kadın hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanları (x=19,490), erkek hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanlarından (x=25,340) düşük olduğu bulundu. Hastaların ameliyat sonrası veines-sym puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Z=2042,500; p=0,013<0,05). Kadın hastaların ameliyat sonrası veines-sym puanları (x=39,850), erkek hastaların ameliyat sonrası veines-sym puanlarından (x=42,170) düşük olduğu bulundu (Tablo 5).

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U

testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=2073,500$; $p=0,022<0,05$). Kadın hastaların ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ($x=20,359$), erkek hastaların ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanlarından ($x=16,828$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=1816,500$; $p=0,001<0,05$). Kadın hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanları ($x=38,350$), erkek hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanlarından ($x=43,290$) düşük olduğu bulundu. Hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=2013,000$; $p=0,010<0,05$). Kadın hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanları ($x=50,510$), erkek hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanlarından ($x=51,860$) düşük olduğu bulundu (Tablo 5).

Hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($Z=2042,500$; $p=0,016<0,05$). Kadın hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ($x=12,163$), erkek hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanlarından ($x=8,569$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Tablo 6. Yaş Grubu Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

Yaş	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
30 ve altı	11	22,73	8,162	11	42,36	3,325	11	19,636	7,941
31-40	38	22,29	7,952	38	40,87	5,132	38	18,579	8,973
41-50	32	22,81	10,52	32	41,69	4,869	32	18,875	10,682
51-60	53	21,43	9,968	53	40,15	5,293	53	18,717	9,544
61 ve üstü	16	18,75	8,775	16	39,44	7,814	16	20,688	11,825
KW= 2,944 P= 0,567			KW= 2,589 P= 0,629			KW= 0,633 P= 0,959			
Yaş	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
30 ve altı	11	42,91	10,034	11	50,73	5,951	11	7,818	8,716
31-40	38	41,58	7,995	38	51,61	2,466	38	10,026	7,776
41-50	32	37,97	7,765	32	50,94	3,51	32	12,969	8,118
51-60	53	39,77	8,816	53	51,34	3,425	53	11,566	8,8
61 ve üstü	16	41,5	7,633	16	49,06	4,479	16	7,563	9,077
KW= 5,775 P= 0,217			KW= 5,841 P= 0,211			KW= 7,120 P= 0,130			

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol, ameliyat sonrası veines-qol, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının yaş grubu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal

Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 7. Beden kütle indeksi Grup Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Zayıf	3	21	8,185	3	43,67	2,309	3	22,667	8,021
Normal	29	21,59	8,736	29	40,31	5,807	29	18,724	10,33
Hafif Kilolu	54	24,94	9,525	54	41,57	4,657	54	16,63	9,205
Obez	64	19,17	8,826	64	40,11	5,771	64	20,938	9,636
KW= 11,777 P= 0,008			KW= 2,512 P= 0,473			KW= 5,552 P= 0,136			
	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Zayıf	3	45,33	9,074	3	51,33	1,528	3	6	8,888
Normal	29	40,34	9,1	29	50,66	4,608	29	10,31	9,377
Hafif Kilolu	54	42,67	7,564	54	51,69	3,341	54	9,019	7,791
Obez	64	37,95	8,222	64	50,64	3,392	64	12,688	8,414
KW= 12,354 P= 0,006			KW= 5,604 P= 0,133			KW= 6,932 P= 0,074			

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanları ortalamalarının beden kitle indeksinin grup değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($KW=11,777$; $p=0,008<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann

Whitney U testi uygulandı. Buna göre; Hafif kilolu hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanları ($24,940 \pm 9,525$), Obez hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanlarından ($19,170 \pm 8,826$) yüksek olduğu bulundu (Tablo 7).

Hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanları ortalamalarının beden kitle indeksi grup değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($KW=12,354$; $p=0,006 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; Hafif kilolu hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanları ($42,670 \pm 7,564$), obez hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanlarından ($37,950 \pm 8,222$) yüksek olduğu bulundu ve hafif kilolu hastaların yaşam kalitelerinin, obez hastalara göre daha iyi durumda olduğu belirlendi (Tablo 7).

Hastaların ameliyat sonrası veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat sonrası veines-qol, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının beden kitle indeksi grup değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. İşini Yapma Şekli Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Sürekli Oturarak Çalışma	15	17,8	9,488	15	40,4	4,154	15	22,6	9,295		
Sıklıkla Oturarak Çalışma	81	20,47	9,163	81	39,83	5,956	81	19,358	10,292		
Nadiren Oturarak Çalışma	3	23	10,583	3	43,67	2,309	3	20,667	10,066		
Sürekli Ayakta Çalışma	51	24,88	8,824	51	42,14	4,499	51	17,255	8,704		
			KW= 11,317 P= 0,010			KW= 8,043 P= 0,000			KW= 3,821 P= 0,281		
	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Sürekli Oturarak Çalışma	15	41,87	7,586	15	53	1,309	15	11,133	7,782		
Sıklıkla Oturarak Çalışma	81	38,11	7,681	81	50,05	3,507	81	11,938	8,318		
Nadiren Oturarak Çalışma	3	43	9,165	3	52,67	2,517	3	9,667	11,676		
Sürekli Ayakta Çalışma	51	43,04	8,924	51	51,92	3,867	51	8,882	8,74		
			KW= 11,176 P= 0,011			KW= 32,135 P= 0,000			KW= 4,066 P= 0,254		

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanları ortalamalarının işini yapma şekli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=11,317; p=0,010<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; işini yapma şekli sürekli ayakta çalışıyor olan hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanları (24,880±8,824), işini yapma şekli sürekli oturarak çalışıyor olan hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanlarından (17,800 ± 9,488) yüksek olduğu bulundu. İşini yapma şekli sürekli ayakta çalışıyor olan hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanları (24,880 ± 8,824), işini yapma şekli sıklıkla oturarak çalışıyor olan hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanlarından (20,470±9,163) yüksek olduğu bulundu (Tablo 8).

Hastaların ameliyat sonrası veines-sym puanları ortalamalarının işini yapma şekli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=8,043; p=0,045<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; işini yapma şekli sürekli ayakta çalışıyor olan hastaların ameliyat sonrası veines-sym puanları (42,140±4,499), işini yapma şekli sıklıkla oturarak çalışıyor olan hastaların ameliyat sonrası veines-sym puanlarından (39,830 ± 5,956) yüksek olduğu bulundu (Tablo 8).

Hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanları ortalamalarının işini yapma şekli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu (KW=11,176; p=0,011<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; işini yapma şekli sürekli ayakta çalışıyor olan hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanları (43,040±8,924), işini yapma şekli sıklıkla oturarak çalışıyor olan hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanlarından (38,110±7,681) yüksek bulundu (Tablo 8).

Hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanları ortalamalarının işini yapma şekli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (KW=32,135; p=0,000<0.05).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; işini yapma şekli sürekli oturarak çalışıyor olan hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanları ($53,000 \pm 1,309$), işini yapma şekli sıklıkla oturarak çalışıyor olan hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanlarından ($50,050 \pm 3,507$) yüksek bulundu. İşini yapma şekli sürekli ayakta çalışıyor olan hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanları ($51,920 \pm 3,867$), işini yapma şekli sıklıkla oturarak çalışıyor olan hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanlarından ($50,050 \pm 3,507$) yüksek bulundu (Tablo 8).

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının işini yapma şekli değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Kronik Rahatsızlık Varlığı Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Evet	47	20,83	9,732	47	40,09	6,82	47	19,255	9,944		
Hayır	103	22,17	9,156	103	41,05	4,566	103	18,874	9,645		
			Z= 2165,0 P= 0,300				Z= 2365,0 P= 0,816				Z= 2367,5 P= 0,830

	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Evet	47	40,62	7,228	47	50,85	3,316	47	10,234	7,858		
Hayır	103	40,1	8,907	103	51,12	3,763	103	11,019	8,807		
			Z= 2245,0 P= 0,478				Z= 2199,5 P= 0,363				Z= 2211,5 P= 0,397

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym, ameliyat sonrası veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol, ameliyat sonrası veines-qol, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının kronik rahatsızlık varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Daha Önce Varis Problemi Yaşama Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Evet	34	20,06	9,813	34	40,09	6,478	34	20,029	10,507
Hayır	116	22,25	9,166	116	40,94	5,015	116	18,69	9,488
Z= 1635,0 P= 0,130			Z= 1924,5 P= 0,826			Z= 1815,0 P= 0,481			

	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Evet	34	38,24	7,382	34	50,53	4,494	34	12,294	9,399
Hayır	116	40,85	8,611	116	51,18	3,33	116	10,328	8,212
Z= 1694,5 P= 0,212			Z= 1908,0 P= 0,770			Z= 1740,5 P= 0,298			

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym, ameliyat sonrası veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol, ameliyat sonrası veines-qol, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının daha önce varis problemi yaşama değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Ameliyat Öyküsü Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Evet	113	21,05	9,407	113	40,19	5,469	113	19,142	9,85
Hayır	37	23,89	8,866	37	42,43	4,735	37	18,541	9,38
	Z= 1678,0 P =0,072			Z= 1460,0 P= 0,005			Z= 2063,5 P= 0,906		

	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Evet	113	39,14	7,933	113	50,64	3,921	113	11,496	8,476
Hayır	37	43,68	8,951	37	52,24	2,1	37	8,568	8,312
	Z= 1493,5 P= 0,009			Z= 1558,5 P= 0,018			Z= 1713,0 P= 0,099		

Hastaların ameliyat sonrası veines-sym puanları ortalamalarının ameliyat olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan olarak bulundu ($Z=1460,000$; $p=0,005<0,05$). Daha önce ameliyat olmuş olan hastaların ameliyat sonrası veines-sym puanları ($x=40,190$), daha önce ameliyat olmamış olan hastaların ameliyat sonrası veines-sym puanlarından ($x=42,430$) düşük (Tablo 11).

Hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanları ortalamalarının ameliyat olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=1493,500$; $p=0,009<0,05$). Daha önce ameliyat olmuş olan hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanları ($x=39,140$), daha önce ameliyat olmamış olan hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanlarından ($x=43,680$) düşük bulundu (Tablo 11).

Hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanları ortalamalarının ameliyat olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=1558,500$; $p=0,018<0,05$). Daha önce ameliyat olmuş olan hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanları ($x=50,640$), daha önce ameliyat olmamış olan hastaların ameliyat sonrası veines-qol puanlarından ($x=52,240$) düşük bulundu. Ameliyat öyküsü olan hastaların, ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin, ameliyat öyküsü olmayan hastalara göre daha çok etkilendiği belirlendi (Tablo 11).

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının ameliyat olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Gebelik Öyküsüne Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim			
Sayı	X	Sd	Sayı	Ort	Sd	Sayı	Ort	Sd	
Evet	88	19,58	9,234	88	40,02	5,669	88	20,443	10,017
Hayır	3	20,33	8,386	3	40	5,568	3	19,667	5,686
KW= 116,0 P= 0,721			KW= 123,5 P= 0,847			KW= 123,0 P= 0,841			

Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim			
Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	
Evet	88	38,22	7,542	88	50,69	3,547	88	12,477	8,171
Hayır	3	44	10,392	3	45,33	9,292	3	1,333	7,506
KW= 81,0 P= 0,256			KW= 79,5 P 0,236			KW= 36,0 P= 0,033			

Hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının gebelik öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=36,000; p=0,033<0,05). Gebelik öyküsü olan hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları (x=12,477), gebelik öyküsü olmayan hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanlarından (x=1,333) yüksek bulundu (Tablo 12).

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym, ameliyat sonrası veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol, ameliyat sonrası veines-qol puanları ortalamalarının gebelik öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Sigara Kullanımı Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Evet	51	22,08	8,28	51	41,75	4,293	51	19,667	8,397
Hayır	99	21,59	9,861	99	40,23	5,801	99	18,647	10,342
	Z= 2375,5 P= 0,554			Z= 2243,0 P= 0,249			Z= 2408,0 P= 0,644		
	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim		
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd
Evet	51	40,41	8,544	51	51,76	2,612	51	11,353	8,402
Hayır	99	40,18	8,362	99	50,66	4,003	99	10,475	8,581
	Z= 2508,0 - P= 0,948			Z= 2043,0 -P= 0,052			Z= 2366,5 -P= 0,530		

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym, ameliyat sonrası veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol, ameliyat sonrası veines-qol, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Besin Tercihi Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Hayvansal Gıdalar Ağırlıkta	34	23,15	7,809	34	40,62	6,368	34	17,471	8,778		
Bitkisel Gıdalar Ağırlıkta	91	21,03	9,57	91	40,8	5,277	91	19,769	10,177		
Hazır Gıdalar Ağırlıkta	9	22	8,155	9	40,56	4,72	9	18,556	6,327		
Hayvansal Ve Bitkisel Eşit Ağırlıkta	16	22,75	11,688	16	40,81	4,262	16	18,063	10,674		
			KW= 2,186 P =0,535			KW= 0,520 P= 0,915			KW= 1,167 - P= 0,761		
	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Hayvansal Gıdalar Ağırlıkta	34	42,18	9,05	34	50,97	3,697	34	8,794	9,351		
Bitkisel Gıdalar Ağırlıkta	91	39	7,519	91	51,01	3,23	91	12,011	7,987		
Hazır Gıdalar Ağırlıkta	9	46,89	10,055	9	49,67	7,106	9	2,778	7,032		
Hayvansal Ve Bitkisel Eşit Ağırlıkta	16	39,62	9,069	16	52,06	2,886	16	12,438	7,563		
			KW = 7,608 P= 0,055			KW= 0,912 P=0,823			KW=11,926 P=0,008		

Hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının besin tercihi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($KW=11,926$; $p=0,008<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; besin tercihi bitkisel gıdalar ağırlıkta olan hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ($12,011\pm 7,987$), besin tercihi hazır gıdalar ağırlıkta olan hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanlarından ($2,778\pm 7,032$) yüksek bulundu. Besin tercihi hayvansal ve bitkisel eşit ağırlıkta olan hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ($12,438\pm 7,563$), besin tercihi, hazır gıdalar ağırlıkta olan hastaların ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanlarından ($2,778\pm 7,032$) yüksek bulundu.

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym, ameliyat sonrası veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol, ameliyat sonrası veines-qol puanları ortalamalarının besin tercihi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Giyim Tarzı Değişkenine Göre VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Rahat	126	21,45	9,183	126	40,86	5,406	126	19,405	9,656		
Dar	24	23,33	10,115	24	40,17	5,247	24	16,833	9,902		
			Z= 1350,0 P= 0,406			Z= 1299,5 P= 0,261			Z= 1313,0 P= 0,307		
	Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Rahat	126	40,18	8,285	126	51,24	3,369	126	11,056	8,264		
Dar	24	40,67	9,135	24	49,96	4,667	24	9,292	9,72		
			Z= 1498,0 P= 0,943			Z= 1240,5 P= 0,157			Z= 1338,5 P= 0,373		

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym, ameliyat sonrası veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol, ameliyat sonrası veines-qol, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının giyim tarzı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının ayakkabı tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Topuklu Ayakkabı Değişkenine VEİNES Ölçeği Alt Boyutlarının Göre Dağılımı

	Ameliyat Öncesi Veines-sym			Ameliyat Sonrası Veines-sym			Ameliyat Öncesi Veines-sym Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Kullanmayanlar	113	21,61	9,34	113	40,9	5,71	113	19,292	9,951		
ÇokNadir Kullananlar	32	21,28	9,148	32	40,59	3,826	32	19,313	8,275		
Sıklıkla Kullananlar	5	28	9,95	5	38,2	6,221	5	10,2	10,354		
			KW= 2,166 P= 0,339				KW= 3,035 P= 0,219				KW= 2,692 P= 0,260
	Ameliyat Öncesi Veines-qol			Ameliyat Sonrası Veines-qol			Ameliyat Öncesi Veines-qol Değerine Göre Ameliyat Sonrası Meydana Gelen Değişim				
	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd	Sayı	X	Sd		
Kullanmayanlar	113	40,8	8,577	113	51,25	3,403	113	10,451	8,501		
Çok Nadir Kullananlar	32	38,12	7,056	32	50,41	4,449	32	12,281	8,456		
Sıklıkla Kullananlar	5	41,8	11,541	5	50,2	2,28	5	8,4	9,343		
			KW= 2,257 P= 0,324				KW= 1,594 P= 0,451				KW= 1,771 P= 0,413

Hastaların ameliyat öncesi veines-sym, ameliyat sonrası veines-sym, ameliyat öncesi veines-sym değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim, ameliyat öncesi veines-qol, ameliyat sonrası veines-qol, ameliyat öncesi veines-qol değerine göre ameliyat sonrası meydana gelen değişim puanları ortalamalarının topuklu ayakkabı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirleme amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 16).

5. TARTIŞMA

Varis, genelde yetişkin nüfusu etkileyen önemli bir sağlık sorunu olup, bireylerin, ağrı, ödem, kaşıntı, kramp, ağırlık hissi gibi semptomlardan dolayı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini sınırlanmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilenmektedir. Yaş, cinsiyet, gebelik ve yaşam stilleri varis hastalığının seyri etkileyen faktörlerdir. Yaşam kalitesi, sağlık alanında son yıllarda önemli bir konu haline gelmiş ve cerrahi tedavi sonrasında da önem kazanmıştır (41,53). Bu güncel çalışmada da, minimal invaziv işlemler ile ameliyat olan 150 varis hastasının yaşam kaliteleri ve hissettikleri hastalık şiddeti ameliyat öncesi ve sonrası olmak üzere venöz yetmezlikte epidemiyolojik ve ekonomik çalışma-yaşam kalitesi/semptom (veines-qol/sym) ölçeği aracılığı ile iki aşamada değerlendirildi.

Bu güncel çalışmada, hastaların “minimal invaziv işlem öncesi veines-sym” düzeyi ($21,750 \pm 9,328$); “minimal invaziv işlem sonrası veines-sym” düzeyi ($40,750 \pm 5,370$); “minimal invaziv işlem öncesi veines-qol” düzeyi ($40,260 \pm 8,397$); “minimal invaziv işlem sonrası veines-qol” düzeyi ($51,030 \pm 3,620$) olarak bulundu ve bulgular minimal invaziv işlemler öncesi ve sonrası bireylerin hissettikleri semptomların şiddeti arasında ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı farklılık olduğunun göstergesi olarak yorumlandı ($p=0,000$). Bireylerde girişim sonrası semptomların azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı, bireylerin fiziksel ve psikolojik yönden rahatladıkları görüldü. Bu bulgular litaretürler ile paralellik göstermektedir. Beresford ve arkadaşları (2003), primer ve tekrarlayan varikoz venleri olan hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırdıkları çalışmada varikoz venlerin bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediklerini saptamışlardır (54). Mallick ve arkadaşları (2017), varis problemi olan 516 hastanın günlük aktivitelerini ve hastalıktan psikolojik olarak etkilenme durumlarını inceledikleri çalışmada hastaların yarısından fazlasının günlük aktivitelerini yerine getirmede zorlandıklarını ve psikolojik yönden olumsuz etkilendiklerini belirlemişlerdir (55). Doğancı ve arkadaşları (2011), minimal invaziv yüzeysel ven cerrahisinde 5 yıllık deneyimlerini gösterdikleri çalışmada, minimal invaziv işlemlerin hastalığın tedavisinde güvenilir bir yöntem olduğunu vurgulamışlardır (19).

Bu güncel çalışmada, araştırmaya katılan bireylerde ameliyattan bir ay sonra hastalık semptomlarında azalma ve yaşam kalitelerinde artış saptandı. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının bir ay içinde günlük hayatlarına geri döndükleri saptandı. Bu bulgu literatür ile paralellik göstermiştir. Cotton ve arkadaşları (2016), varis hastalığı olan 798 hastanın, minimal invaziv işlem sonrası normal hayata dönme süreleri ve yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin %95'inin altı hafta içinde normal hayatlarına döndüklerini ve yaşam kalitelerinde artış olduğunu vurgulamışlardır (59). Beyazal (2012), alt ekstremite kronik venöz yetmezlik tedavisi olan 40 hasta üzerinde endovenöz lazer uygulamasının etkinliğini incelediği çalışmada, işlem sonrası altıncı ayda bireylerde hastalık semptomları azaldığı ve yaşam kalitelerinin olumlu yönde değiştiğini saptamıştır (57). Altınsoy (2011), yüzeysel venöz yetmezlik nedeni ile endovenöz lazer ablasyon ile tedavi olan 202 hastayı incelediği çalışmada, hastalarda işlemden 6 ay sonra klinik şiddetin azaldığının altını çizmişlerdir (41). Siribumrungwong ve arkadaşları (2017), büyük safen ven yetersizliğinden dolayı geleneksel cerrahi veya endovenöz yöntemler ile tedavi olan 83 hastanın yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada, endovenöz yöntemler ile tedavi olan hastaların bir hafta gibi kısa sürede günlük yaşantılarına döndüklerini ve yaşam kalitelerinde artış olduğunu belirtmişlerdir (57). Theivacumar ve Gough (2011), tekrarlayan varisleri olan 95 hastada minimal invaziv bir işlem olan EVLA' nın etkinliğini inceledikleri çalışmada, işlem sonrası üç ay ve bir yıllık süre zarfında gözlemlenen hastalarda hastalık şiddetinin azaldığını vurgulamışlardır (58). Bulut ve arkadaşları (2013), büyük safen ven yetmezliğinde endovenöz lazer ablasyon tedavisi olan 108 hastada tecrübelerini inceledikleri çalışmada, işlem sonrası birinci haftadan sonra bireylerin şikayetlerinin azaldığı ve EVLA işleminin hastalar için oldukça konforlu ve güvenli bir yöntem olduğunu saptamışlardır. Araştırmanın sonucunda minimal invaziv işlem sonrasında bir hafta ile bir yıllık zaman diliminde hastaların sorunlarının azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür (59).

Bu güncel çalışmada, varis hastalığının kadınlarda daha sık görüldüğü ve kadın hastaların minimal invaziv öncesi veines-qol puanları ($x=38,350$), erkek hastaların minimal invaziv işlem öncesi veines-qol puanlarından ($x=43,290$) düşük olduğu saptandı. Kadın hastaların minimal invaziv işlem sonrası veines-qol puanları ($x=50,510$), erkek hastaların minimal invaziv sonrası veines-qol puanlarından

($x=51,860$) düşük olduğu saptandı. Bu bulgular, kadın hastaların yaşam kalitelerinin ameliyat öncesi ve sonrası, erkek hastalara göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu gösterdi ($p=0,010<0,05$). Ayrıca araştırmada, kadın hastaların ameliyat öncesi göre ameliyat sonrası yaşam kalitesi puanları değişim ($x=12,163$), erkek hastaların ameliyat öncesi ameliyat sonrası yaşam kalitesi puanlarının değişiminden ($x=8,569$) daha yüksek olduğu bulundu ($p=<0,05$). Kadın hastaların işlem sonrası daha çabuk iyileşme gösterdikleri saptandı. Bu sonuçlar literatür ile paralellik göstermektedir. Staniszewska ve arkadaşları (2013), varis tedavisinde hasta faktörlerini inceledikleri çalışmada, kadın hastaların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu vurgulamışlardır (60). Clark ve arkadaşları (2010), İngiltere'de 60 yaş ve üzeri 792 hasta arasındaki varisli damarların epidemiyoloji ve risk faktörlerini inceledikleri çalışmada, kadınlarda hastalığın daha çok görüldüğünü saptamışlardır (63). Lee ve arkadaşları (2014), varisli damarların ilerlemesi ve kronik venöz yetmezliği inceledikleri çalışmada, kadın hastalarda hastalığın daha çok ilerlediğini belirtmişlerdir (61). Thompson ve arkadaşları (2012), varikoz venlerin radyofrekans ablasyonundan sonra geleneksel cerrahiyle karşılaştırıldığı, 105 hasta tarafından bildirilen yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, RFA sonrası kadın hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu vurgulamışlardır (14). Literatür incelediğinde farklı olarak, Çeviker ve arkadaşları (2015), Türkiye'de kronik venöz hastalığı olan farklı tedavi yöntemleri tedavi olan hastaların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde bir etkisi olmadığını altını çizmişlerdir (62). Lee ve arkadaşları (2002), yaşam tarzı faktörleri ve varisli damarların oluşması riskini inceledikleri çalışmada ise erkek hastalarda varisli damarların daha çok görüldüğünü vurguladıklarına rastlanmıştır (22).

Bu güncel çalışmada, varis hastalığının 51-60 yaş arasında bireylerde daha çok görülüşü ve ameliyat öncesi ve sonrası, hastalık semptomlarını hissetme şiddeti ve yaşam kalitelerindeki değişimler yaş değişkeni ile ele alındığında gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$). Varis hastalığının, yaşlanma ile birlikte damar yapısının bozulmasının bir sonucu olarak artabileceği bilgisi literatür ile paralellik gösterdi. Lee ve arkadaşları (2014), varisli damarları ve kronik venöz yetmezliği inceledikleri çalışmada, yaşla birlikte hastalığın seyrinin kötüleştiğini vurgulamışlardır (61). Clark ve arkadaşları (2010), İngiltere'de 60 yaş ve üzeri 792 hasta arasındaki varisli damarların epidemiyoloji ve risk faktörlerini inceledikleri

çalışmada, ileri yaşın varis görülme riskini arttırdığını vurgulamışlardır (63). Bazı çalışmalarda ileri yaş varis görülme riskini arttıran faktörler arasında gösterilmiştir (1,2,20,21)

Bu güncel çalışmada, obez hastalarda varis hastalığının daha sık görüldüğü saptandı ve hafif kilolu hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanları (24,940±9,525), obez hastaların ameliyat öncesi veines-sym puanlarından (19,170±8,826) yüksek olduğu bulundu ve obez hastalarda varis hastalığının şiddetinin, hafif kilolu hastalara göre daha çok hissedildiği saptandı ($p<0.05$). Hafif kilolu hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanları (42,670±7,564), obez hastaların ameliyat öncesi veines-qol puanlarından (37,950±8,222) yüksek olduğu bulundu ve ameliyat öncesi hafif kilolu hastalara göre obez hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptandı ($p<0.05$). Ameliyat sonrası ise, hastalığın şiddeti ve yaşam kalitesi açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,005$). Literatür incelendiğinde obez hastalarda varis riskinin daha yüksek olduğu saptanmış ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Clark ve arkadaşları (2010), İngiltere'de 60 yaş ve üzeri 792 hasta arasındaki varisli damarların epidemiyoloji ve risk faktörlerini inceledikleri çalışmada, BKI>30 olan bireylerde, BKI<20 olan bireylere göre varis görülme olasılığının üç kat daha fazla olduğunu vurgulamışlardır (63). Mishra ve arkadaşları (2017), primer varikoz venlerin epidemiyolojik faktörleri ve klinik profilini inceledikleri çalışmada, obezitenin, varis hastalığının oluşumu ve ilerlemesi için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (69). Lee ve arkadaşları (2002), varis hastalığının ilerlemesi ve kronik venöz yetmezliği inceledikleri çalışmada, kadın hastalarda obezitenin varis oluşum riskini arttıran bir faktör olduğunu saptamışlardır (22). Laurikka ve arkadaşları (2002), variköz ven operasyonu olan kırk -altmış yaş arasındaki bireylerde varisler için risk göstergelerini inceledikleri çalışmada, özellikle kadın hastalarda obezitenin varis oluşumunun ve hastalığın ilerlemesi için önemli bir risk faktörü olduğunun altını çizmişlerdir (23). Bazı çalışmalarda, varis oluşma risk faktörleri arasında obezite faktörü de gösterilmiştir (27,32,41,70).

Bu güncel çalışmada, sıklıkla oturarak çalışan bireylerde varis görülme oranının yüksek olduğu saptandı ve işini yapma şekli sürekli ayakta çalışıyor olan hastaların minimal invaziv işlem öncesi veines-sym puanları (24,880±8,824) ve minimal invaziv işlem sonrası veines-sym puanları (42,140±4,499), işini yapma şekli sıklıkla

oturarak çalışıyor olan hastaların minimal invaziv işlem öncesi veines-sym puanlarından (20,470±9,163) ve minimal invaziv işlem sonrası veines-sym puanlarından (39,830±5,956) yüksek olduğu ve işlem öncesi ve sonrası, sürekli ayakta çalışan bireylerde hastalık semptomlarının, sıklıkla oturarak çalışan bireylere göre daha az hissedildiği saptandı ($p<0.05$). İşini yapma şekli sürekli ayakta çalışıyor olan hastaların minimal invaziv işlem öncesi veines-qol puanları (43,040±8,924) ve minimal işlem sonrası veines-qol puanları (51,920±3,867), işini yapma şekli sıklıkla oturarak çalışıyor olan hastaların minimal invaziv işlem öncesi veines-qol puanlarından (38,110±7,681) ve minimal invaziv işlem sonrası veines-qol puanlarından (50,050±3,507) yüksek bulundu ve işlem öncesi ve sonrası, sürekli ayakta çalışan bireylerin yaşam kaliteleri sürekli oturarak çalışan bireylerin yaşam kalitelerinden daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Laurikka ve arkadaşları (2002), variköz ven operasyonu olan kırk - altmış yaş arasındaki bireylerde varisler için risk göstergelerini inceledikleri çalışmada sürekli ayakta çalışan bireylerde varis görülme oranının daha yüksek olduğunu vurgulamışlardır (23). Lee ve arkadaşları (2014), varisli damarların ilerlemesi ve kronik venöz yetmezliği inceledikleri çalışmada iş yerindeki çalışma şekli ile varis görülme olasılığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır (61). Bu çalışma ile benzer olarak, bazı çalışmalarda uzun süre oturur pozisyonda ve ayakta çalışmanın varis oluşma riskini arttırdığı ifade edilmiştir (3,8,12,70).

Bu güncel çalışmada, bireylerin %96,7 sinin gebelik öyküsü olduğu saptandı. Gebelik değişkenine göre varis problemi olan bireylerin ameliyat öncesi ve sonrası hastalık semptomlarını hissetme oranları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,005$). İki grup arasındaki yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, gebelik öyküsü olan bireylerin minimal invaziv işlem öncesi veines-qol puanları (38,22±7,542), gebelik öyküsü olmayan bireylerin minimal invaziv işlem öncesi veines-qol puanlarından (44±10,392) düşük bulundu. Bu aradaki fark gebelik öyküsü olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunun göstergesidir. ($p<0,005$). Akram ve arkadaşları (2015), gebelik sürecinde 60 gebe kadının alt ekstremite venlerinin ven çaplarındaki değişimi inceledikleri çalışmada, bir ve birden fazla doğum yapmış kadınlar da hiç doğum yapmamış kadınlara göre daha çok varis görüldüğünü vurgulamışlardır (64). Çeviker ve arkadaşları (2015), Türkiye'de kronik venöz yetmezlik hastalığı olan farklı tedavi yöntemleri tedavi olan

hastaların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, artan gebelik sayısının venöz yetmezliği olan hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (62). Bazı çalışmalarda obezite varis oluşma riskini arttıran faktörler arasında gebeliği de göstermişlerdir (27,32,41). Ancak, Lee ve arkadaşları (2014), varisli damarların ilerlemesi ve kronik venöz yetmezliği inceledikleri çalışmada, gebelik sayısı ile varis görülme olasılığı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını altını çizmişlerdir (61).

Bu güncel çalışmada, kronik rahatsızlığı olmayan bireylerde daha çok varis hastalığının görüldüğü saptandı ve kronik rahatsızlık değişkenine göre bireylerin yaşam kaliteleri ve hastalığın klinik şiddeti incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Literatürde, güncel araştırma sonuncunun tersi olarak kronik rahatsızlığı olan bireylerde varis riskinin yüksek olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur. Clark ve arkadaşları (2010), İngiltere'de 60 yaş ve üzeri 792 hasta arasındaki varisli damarların epidemiyoloji ve risk faktörlerini inceledikleri çalışmada, derin ven trombozu ve hipertansiyon öyküsü olan bireylerde, olmayan bireylere göre varis prevalansının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (63). Akram ve arkadaşları (2015), gebelik sürecinde 60 gebe kadının alt ekstremite venlerinin ven çaplarındaki değişimi inceledikleri çalışmada, kardiyovasküler rahatsızlıklarını varis görülme risk faktörleri arasında olduğunu göstermişlerdir (64). Brown ve Rossi (2013), yüzeysel venöz yetmezlikte hipertansif bireylerde varis görülme oranının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (6).

Bu güncel çalışmada, araştırmaya katılan 51 hastanın sigara içtiği ve 99 hastanın sigara içmediği saptandı. Sigara içen ve içmeyen hastalar arasında minimal invaziv öncesi ve sonrası hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Joseph ve arkadaşları (2016), varisli damarların epidemiyolojisini inceledikleri çalışmada sigara ve varis oluşumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığını vurgulamışlardır (37). Bazı çalışmalar da ise güncel araştırmanın aksine, sigara içme alışkanlığı varis görülme oranını arttıran faktörler arasında gösterilmiştir (2,22,30).

Bu güncel çalışmada, araştırmaya katılan 34 hastada daha önce varis problemi olduğu ve 116 hastada daha önce varis problemi olmadığı saptandı. Ve varis öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında minimal invaziv öncesi ve sonrası hastalığın klinik

şiddeti ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Eriş ve arkadaşları (2014), cerrahi sonrası nüks variköz venleri inceledikleri 247 hastanın %36'sında yaklaşık on iki yıl sonra tekrar varis görüldüğü ve bunun nedeninin yaş, cinsiyet ve yapılan cerrahi operasyonun başarısızlığı olabileceğinden söz etmişlerdir (65).

Bu güncel çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin beslenme alışkanlıkları hayvansal gıdalar, bitkisel gıdalar ve hazır gıdalar olmak üzere üç grupta incelendiğinde hastaların minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası hastalığın klinik şiddeti arasında bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Ancak beslenme tercihi bitkisel gıdalar ağırlıklı olan hastaların ($12,011\pm 7,987$) minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası yaşam kaliteleri hazır gıdalar ağırlıkta beslenen hastalara ($2,778\pm 7,032$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($KW=11,926$; $p=0,008<0,05$). Lee ve arkadaşları (2002), varisli damarların ilerlemesi ve kronik venöz yetmezliği inceledikleri çalışmada, lifli gıda alımı ile varis görülme arasında bir ilişki olmadığını vurgulamışlardır (22). Robertson ve arkadaşları (2007), kronik venöz yetmezliğin epidemiyolojisini inceledikleri çalışmada lifli gıdalardan yoksun beslenmenin varis oluşma riskini arttırdığını ancak bu bilgi için daha çok kanıt ihtiyacı duyulduğunu belirtmişlerdir (24). Bu güncel çalışmada, bitkisel gıdalarda beslenen hastalar da varis problemi ağırlıkta olmak ile birlikte bu grubun yaşam kaliteleri puanı daha yüksektir ancak beslenme ve varis görülme oranı arasındaki ilişkinin daha fazla kanıt ihtiyacı vardır.

Bu güncel çalışmada, araştırmaya katılan hastaların %84 ü rahat kıyafetleri tercih ederken, % 16 klasik kıyafetleri tercih ettiği saptanmıştır. Bu iki grup arasında minimal işlem öncesi ve sonrası hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kaliteleri incelendiğinde anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Güncel araştırma, hastaların topuklu ayakkabı giyinme durumları incelendiğinde hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) Bazı çalışmalarda varis görülme riskini azaltmak için bireylerin rahat kıyafetler tercih etmeleri ve ortopedik ayakkabı giyinmeleri önerilmektedir. Ancak bu konuda daha fazla araştırmaya gereksinim vardır (36).

Birçok çalışmada varis çoraplarının kullanımının varis hastalığının klinik şiddetini azalttığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler olduğu vurgulanmıştır

(34,36,66). Güncel araştırmada da araştırmaya katılan 150 hastaya yaklaşık 3 ay süre boyunca varis çorabı kullanmaları doktor tarafından önerildi. Araştırmaya katılan 68 hasta varis çorabını düzenli olarak kullandığı saptandı ve hastalar çorap kullandıkları süre içerisinde kendilerini daha iyi hissettiklerini, ağrı ve ödem şikayetlerinin azaldığını ifade ettiler. Bu ifadeler literatür ile paralellik göstermektedir. Melo ve arkadaşları (2014), kronik venöz yetmezliği olan ve varis çorabı kullanan hastaların yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada, varis çorabının hastalığın tedavisi için iyi bir yöntem olduğunu ve hastaların yaşam kalitelerini arttırdığını vurgulamışlardır (66). Özdemir ve arkadaşları (2016), kronik venöz yetmezliği olan hastaları varis çorabı kullanan ve kullanmayanlar olarak iki gruba ayırmış ve bir ay sonunda varis çorabı kullanan hastalarda kullanmayan hastalara göre hastalığın klinik şiddetinin azaldığını vurgulamışlardır (67). Bu güncel çalışmada, 72 hasta ise varis çorapların rahatsız edici buldukları için düzenli kullanmadıklarını ifade ettiler. Bu ifadeler literatür ile paralellik göstermektedir. Özkan ve arkadaşları (2016), hastaların ameliyat sonrası kompresyon çorabı kullanma durumlarını inceledikleri çalışmada, hastaların kompresyon çorabı kullanımına ilişkin en çok yardımsız giyememe, terletme gibi problemlerden rahatsızlık duyduklarını saptamışlardır (68).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Varis ameliyat olan hastaların, ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası, bireylerde hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında, ameliyat sonrası hastalığın klinik şiddetinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı,
- Varis problemi olan hastalar cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, kadın hastalarda varis hastalığının daha sık görüldüğü, minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası kadın hastalarda hastalığın klinik şiddetinin daha yüksek ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu,
- Varis problemi olan bireyler yaş değişkenine göre incelendiğinde, yaşlanma ile varis hastalığının daha sık görüldüğü, fakat yaş değişkeni ile ameliyat öncesi ve sonrası hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Varis problemi olan bireyler BKİ değişkeninde göre incelendiğinde, minimal invaziv işlem öncesi ve sonrasında obez hastalarda hafif kilolu hastalara göre hastalığın klinik şiddetinin daha yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu,
- Varis problemi olan bireyler işini yapma şekline göre incelendiklerine, minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası sıklıkla oturarak çalışan bireylerde sürekli ayakta çalışan bireylere göre hastalığın klinik şiddetinin ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu,
- Varis problemi olan gebelik öyküsüne göre incelendiğinde, gebelik öyküsü olan ve olmayan hastalarda minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası hastalığın klinik şiddeti arasında bir fark olmadığı ve gebelik öyküsü olan bireylerin yaşam kalitesinin daha kötü olduğu,
- Varis problemi olan bireyler kronik rahatsızlık değişkenine göre incelendiğinde, kronik rahatsızlığı olan ve olmayan bireylerde minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası, hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Varis problemi olan bireyler sigara kullanma değişkenine göre incelendiğinde, sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde minimal invaziv

işlem öncesi ve sonrası, hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı,

- Varis problemi olan bireyler varis öyküsü olma değişkenine göre incelendiğinde, varis öyküsü olan ve olmayan bireylerde minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası, hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Varis problemi olan bireyler beslenme değişkenine göre incelendiğinde, bitkisel gıdalar ile beslenen ve hazır gıdalar ile beslenen hastalarda minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası hastalığın klinik şiddeti arasında bir fark olmadığı ve bitkisel gıdalarla beslenen hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu,
- Varis problemi olan hastalar kıyafet değişkenine göre incelendiğinde, rahat ve dar kıyafet giyinen hastalarda minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Varis problemi olan hastalar yüksek topuklu ayakkabı giyinme değişkenine göre incelendiğinde, giyinen ve giyinmeyen hastalarda minimal invaziv işlem öncesi ve sonrası hastalığın klinik şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Varis problemi olan hastaların işlem sonrası varis çoraplarını rahatsızlık hissi vermesi nedeniyle çok düzenli kullanmadıkları sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Varis problemi olan hastalarda komplikasyon riski az olması, işlem sonrası ağrı hissinin az olması ve ameliyat sonrası, hastaların günlük yaşam aktivitelerine daha hızlı dönüş yapabilmeleri nedeni ile minimal invaziv işlemler tercih edilmeli,
- Varis problemi olan hastaların yaşam kalitelerini yaşam tarzları değişkenine göre inceleyen araştırmaların daha fazla sayıda yapılması,
- Varis problemi olan hastalara, varis çorabının faydaları ve düzenli giyilmesi ve yaşam stillerinin değiştirilmesi konusunda sağlık personeli tarafından eğitim verilmesi önerilir.

7.KAYNAKÇA

1. Üzümbağ B. Varis tedavisinde açık cerrahi yaklaşım veya endovenöz lazer ablasyon uygulaması sonrasında kısa dönem yaşam kalitesinin karşılaştırılması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Samsun, 2013.
- 2.Çil BE. Alt ekstremitte varis tedavisi. Türk Radyoloji Seminerleri (3): 316-327, 2015.
- 3.Onida S, Lane T, Davies HA. Varicose veins and their management. Surgery (Oxford) 31 (5):211-217, 2013.
4. Scherger J. Varicose veins. Vice President for Primary Care. s.1-67, 2012
- 5.Çakır H, Tuncel Ç, Uncu H, Yıldız G, Çetinoğlu M, Özsoylar İ. Varis cerrahisi erken dönem sonuçlarımız. 6. Ulusal Fleboloji Kongresi Bildiri Kitabı İstanbul, s.234-236, 13-15 Ocak 2012.
- 6.Brown KR, Rossi PJ. Superficial venous disease. Surg Clin N Am 93:963-982, 2013.
7. Chwała M, Szczeklik W, Szczeklik M, Kleszczyński TA, Chwała MJ. Varicose veins of lower extremities, hemodynamics and treatment methods. Adv Clin Exp Med 24 (1):5-14, 2015.
8. Baştürk T. Vena safena magna ve perforan ven yetmezliği bulunan hastalarda endovenöz lazer ablasyon ve köpük skleroterapinin etkinliği. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Denizli, 2014.
9. Andreozzi GM, Cordova R, Scomparin MA, Martinı R, D'eri A, Andreozzi F. Effects of elastic stocking on quality of life of patients with chronic venous insufficiency. International Angiology 24(4):325-329, 2005.
10. Ramelet AA, Venoactive drugs. sclerotherapy: treatment of varicose and telangiectatic leg veins chapter 14:369-377, 2011.
11. Köksal C, Alsalehi S, Kocamaz Ö, Sunar H. Kronik venöz yetmezlik tedavisi. Koşuyolu Kalp Dergisi 13(2):28-33, 2010.

12. Ülker Ş. Yüzeysel venöz yetmezlikte endovenöz lazer ve radyofrekans ablasyon tedavileri. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2013.
13. Ramon RJP, Boersma D, Konijn V, Paul J, Reijnen MJP. Postoperative pain and early quality of life after radiofrequency ablation and mechanochemical endovenous ablation of incompetent great saphenous veins. *Journal Of Vascular Surgery* 57:445-500, 2013.
14. Thompson R, Lewis A, Weir C. Patient-reported quality-of-life after radiofrequency ablation of varicose veins compared to conventional surgery. *Ir J Med Sci* 182:639–642, 2013.
15. Androzzi GM, Cordova R, Scomparin MA, Martini R, D'eri A, Androzzi F. Quality of life in chronic venous insufficiency. *Int Angiol* 24:272-7, 2005.
16. Duman E, Safen ven yetmezliği tedavisinde endovenöz lazer ile ablasyon: 980 nm ile 1470 nm dalga boyundaki lazer enerjisinin tedavideki etkinliğinin karşılaştırılması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011.
17. Yıldırım M. Alt ekstremitte venöz sistem klinik anatomisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi (56):9-17, 2007.
18. Yılmaz S. Venöz yetmezlik ve varis tedavisinde güncel yaklaşımlar. Erişim adresi: www.klinikgelisim.org.tr/kg23_2/11.pdf. Erişim Tarihi:30.10.2016
19. Doğanç S ve Arkadaşları. Minimal invazif yüzeysel ven cerrahisinde 5 yıllık deneyimimiz: Gata protokolü. *Damar Cerrahisi Dergisi* 19(3):79-84, 2010.
20. Gujja K, Wiley J, Krishnan P. Chronic venous insufficiency. *Interventional Cardiology Clinics* 3(4): 593-605, 2014.
21. Min Fan C. Epidemiology and pathophysiology of varicose veins. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology* 6(3):108-110, 2003.
22. Lee AJ, Evans CJ, Allan PL, Ruckley CV. Fowkes FGR. Lifestyle factors and the risk of varicose veins: Edinburgh Vein Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 56:171-179, 2003.

23. Laurikka JO, Sisto T, Tarkka MR, Auvinen O, Hakama M. Risk indicators for varicose veins in forty- to sixty-year-olds in the tampere varicose vein study. *World Journal of Surgery* 26: 648-651, 2002.
24. Robertson L, Evans C, Fowkes FGR. Epidemiology of chronic venous disease. *Phlebology* 23:103–111, 2008.
25. Jennifer L, Dimmer B, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol* 15:175-184, 2005.
26. Duran E. Kalp Damar Cerrahisi.1.Cilt,1.Basım,s.879-897,Çapa Tıp Kitapevi, İstanbul, 2004.
27. Winterborn R, Smith F. Varicose veins. *Surgery (Oxford)* 28(6):259-262, 2010.
28. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Periferik Arter Ve Ven Hastalıkları Tedavi Kılavuzu. Kronik venöz yetersizlik 96-127, 2008.
29. Aydın S, Alça T, Çolak T. Cerrahi Hastalarda Tanı Ve Fizik Muayene. s.227-235, Nobel kitapevi, Adana, 2008.
30. Zhang S, Melander S. Varicose veins: diagnosis, management, and treatment *The Journal for Nurse Practitioners* 10(6):417-424, 2014
31. Sayın A, Dayıoğlu E. Kronik venöz yetersizlikte klinik ve CEAP Sınıflaması. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 56;39-46, 2007.
32. Allen L. Assessment and management of patients with varicose veins. *Nursing Standard* 23;49-57, 2009.
33. Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery. Management of chronic venous disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 49:678-737, 2015.
34. Dirimeşe E. Elastik basınçlı çorap uzunluğunun ameliyat sonrası derin ven trombozunu önlemeye etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, Doktora Tezi, İzmir, 2011.

35. Oğlakcioğlu N, Marmaralı A. Kompresyon orapları ve basınç tedavisi. Tekstil Teknolojileri Elektronik Dergisi 3(3);84-94, 2009.
36. Barański K, Chudek J. Factors affecting patients' self-management in chronic venous disorders: a single-center study. Patient Preference and Adherence 10, 1623–1629, 2010.
37. Joseph N, Abhishai B, Thouseef MF, Devi U, Abna A, Juneja I. A multicenter review of epidemiology and management of varicose veins for national guidance. Annals of Medicine and Surgery 8:21-27, 2016.
38. Ayhan H. Yüksek riskli gruplarda postoperatif derin ven trombozunu nleme protokollerinin karşılaştırılması. Genelkurmay Başkanlığı Glhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Mdrlğ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2012.
39. Ramelt AA, Boisseau MR, Allegra C, Nicolaidis A, Jaeger K, Carpentier P, Cappelli R, Forconi S. Veno-active drugs in the management pf chronic disease. An international consensus statement: Current medical position, prospective views and final resolution. Clinical Hemorheology and Microcirculation 33:309-319, 2005.
40. Belczak SQ, Sincos IR, Campos W, Beserra J, Nering G, Aun R. Veno-active drugs for chronic venous disease: A randomized, double-blind, placebo-controlled parallel-design trial. Phlebology 29(7):454-460, 2014.
41. Altınsoy A. Yzeyel venöz yetmezlikte endovenöz lazer ablasyon tedavisi: kısa ve uzun dönem sonuçları. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2011.
42. Pandey V, Davies AH. Endoluminal treatments for varicose veins. Surgery (Oxford) 28(6):263-267, 2010.
43. Ameliyat ncesi Hazırlık ve Hasta Bakımı Erişim Adresi: docplayer.biz.tr/4694572-Ameliyat-oncesi-hazirlik-ve-hasta-bakimi.html. Erişim Tarihi: 5 Kasım 2016.
44. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Basım, s.540-541, Akademişyen kitabevi Ankara, 2014.

45. Çelik Yürek D. Spinal anesteziye bağlı gelişen hipotansiyonun önlenmesinde kristaloid, kolloid ve kristaloid + kolloid önyüklemesinin karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Iı. Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
46. Gözümoğulları H. Anesteziyoloji Anabilim Dalında uygulanan spinal anestezi sonrası baş ağrısı ve diğer komplikasyonların değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008.
47. Kartoğlu S. Cerrahi yaralarda hemşirelik bakımı. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi 67:25-30, 2008.
48. Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
49. Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, 5-7 Nisan 2007.
50. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa form-36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonun güvenilirliği geçerliliği, romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. İlaç Ve Tedavi Dergisi 12(2):102-106, 1999.
51. Demir Ş, Özer Z. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Assessment of Quality of Life in Cardiovascular Diseases. MN Cardiol 21(3):182-191, 2014.
52. Çırak Y. Akut derin ven trombozlu hastalarda, venöz yetmezlikte epidemiyolojik ve ekonomik çalışma-yaşam kalitesi anketinin geçerlik ve güvenilirliğinin ve fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Programı, Ankara, 2010.
53. Beyazal M. Alt ekstremitte konik venöz yetmezlik tedavisinde endovenöz lazer uygulamasının etkinliği, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Van, 2012.

54. Beresford A, Smith JJ, Brown L, Greenhalgh RM, Davies AH. A comparison of health-related quality of life of patients with primary and recurrent varicose veins. *Phlebology* 18: 35–37, 2003.
55. Mallick R, Lal BK, Daugherty C. Relationship between patient-reported symptoms, limitations in daily activities, and psychological impact in varicose veins. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* 5(2):224-237, 2016.
56. Cotton SC, MacLennan G, Brittenden J, Prior M, Francis J. Behavioural recovery after treatment for varicose veins. *BJS* 103: 374–381, 2016.
57. Siribumrungwong B, Noorit P, Wilasrusmee C, Teerawattananon Y, Thakkinstian A. Quality of life after great saphenous vein ablation in Thai patients with great saphenous vein reflux. *Asian Journal of Surgery* 40:295-300, 2017.
58. Theivacumar TS, Gough MJ. Endovenous laser ablation (EVLA) to treat recurrent varicose veins. *European Society for Vascular Surgery* 41;691-696, 2011.
59. Bulut Ö, Halıcı Ü, Kanca A, Sanioglu S. Büyük safen ven yetmezliğinde endovenöz lazer ablasyon tedavisi tecrübelerimiz. *Mustafa Kemal Üniversitesi. Tıp Dergisi* 4(13):22-26, 2013.
60. Staniszewska A, Tambyraja A, Afolabi E, Bachoo P, Brittenden J. The aberdeen varicose vein questionnaire, patient factors and referral for treatment. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 46(6):715-718, 2013.
61. Amanda J, Robertson LA, Boghossian SM, Allan PL, Ruckley CV, Fowkes GR, Evans CJ. Progression of varicose veins and chronic venous insufficiency in the general population in the Edinburgh Vein Study. *Journal Of Vascular SURGERY: Venous And Lymphatic Disorders* 3(1):18-26, 2014.
62. Çeviker K, Şahinalp Ş, Çiçek E, Demir D, Uysal D, Yazkan R, Akpınar A, Yavuz T. Quality of life in patients with chronic venous disease in Turkey: influence of different treatment modalities at 6-month follow-up. *Qual Life Res* 25:1527–1536, 2016.

63. Clark A, Harvey I, Fowkes FGR. Epidemiology and risk factors for varicose veins among older people: cross-sectional population study in the UK. *Phlebology* 25:236–240, 2010.
64. Asbeutah AM, Al-Azemi M, Al-Sarhan S, Almajran A, Asfar SK. Changes in the diameter and valve closure time of leg veins in primigravida women during pregnancy. *Journal of Vascular Surgery Venous and Lymphatic Disorders* 3:147-153, 2015.
65. Eriş C, Yavuz Ş, Gücü A, Yümün G, Toktaş F. Cerrahi sonrası nüks variköz venler: 247 hastanın analizi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 22(2):347-353, 2014.
66. Melo BV, Toja PGMD, Lea FJ, Couto RC. Quality of life in chronic venous patients who do or do not wear compressive stockings. *J Vasc Bras* 14(1):62-67, 2015.
67. Özdemir ÖC, Sevim S, Duygu E, Tuğral A, Bakar Y. The effects of short-term use of compression stockings on health related quality of life in patients with chronic venous insufficiency. *J. Phys. Ther. Sci* 28(7):1988-1992, 2016.
68. Özkan ZK, Fındık ÜY, Ünver S. Hastaların ameliyat sonrası kompresyon çorabı kullanma durumlarının değerlendirilmesi. *F.N Hemşirelik Dergisi* 24(1):30-37, 2016.
69. Mishra S, Ali I, Singh G. A study of epidemiological factors and clinical profile of primary varicose veins. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University*9(5):617-621, 2016.
70. İmamoğlu A. Grade III-IV yüzeysel venöz yetmezlikli olup kompresyon çorabı uygulanan veya total vena safena magna stripping operasyonu yapılan hastalarda semptomatik düzelmenin değerlendirilmesinde vizüel analog skorlarının karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Tıp fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2011.

8. EKLER

EK 1- Hasta Bilgi Formu

AÇIKLAMA: Bu araştırma kalp-damar cerrahisi kliniğinde yatan varis tedavisi olan hastalar verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi üzerindeki değişimi belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır. Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu çalışma sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Alınan tüm bilgiler bilimsel veri amaçlı kullanılacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneğin ya da seçeneklerin tanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE, Hemşire Pelin TUNCER ÇOBAN

Adınız-soyadınız:

Hasta protokol no:

Tel. no:

Yatış Tarihi:

Taburculuk Tarihi:

A) Sosyo-Demografik Özellikler

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

1. Kadın 2. Erkek

3. Kaç kilosunuz:..... Boyunuz :..... Beden kitle indeksi:.....

4. Medeni durumunuz:

1. Bekar 2. Evli

5.Eğitim durumunuz:

1. Okur-yazar 2.İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Lisans 6.Yüksek lisans
7.Doktora

6. Mesleğiniz:

1. Ev hanımı 2.Memur 3. İşçi 4.Diğer.....

7.İşinizi oturarak mı yoksa ayakta mı yapıyorsunuz?

1.Büyük oranda oturarak çalışıyorum

2. Çoğunlukla oturarak çalışıyorum

3. Daha az sıklıkla oturuyorum

4.Ayakta çalışıyorum

8. Yaşadığınız yer:

1. İl 2. İlçe 3. Kasaba 4. Köy

9. Sosyal güvenceniz:

1. Yok 2. SSK 3. Emekli Sandığı 4. Bağ-kur 5. Diğer.....

B) Sağlık ve Hastalık Durumuna ilişkin Bilgiler

10. Hastanede yatış süresi (gün):

11. Kronik bir hastalığınız var mı? Belirtiniz.

1. Evet..... 2.Hayır

11. Daha önce varis problemi yaşadınız mı?

1.Evet..... 2.Hayır

12. Ailenizde varis problemi var mı?

1.Evet..... 2.Hayır

13. Daha önce hastaneye yattınız mı?

1. Evet 2.Hayır

14. Daha önce cerrahi girişim (ameliyat) geçirdiniz mi? Ne ameliyatı oldunuz?

1. Evet (belirtiniz) 2.Hayır

(15 . ve 16. Sorular sadece kadın hastalarımıza yönelik sorulardır.)

15.Hangi doğum kontrol yöntemini kullanıyorsunuz? Belirtiniz.....

16.Hamililek geçirdiniz mi?

1.Evet 2.Hayır Evet ise sayısını belirtiniz.....

C)Yaşam Tarzına İlişkin Bilgiler

17.Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

18.Kullanıyorsanız ne kadar (adet/gün)..... ,kaç yıldır?.....

19.Alkol kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

20.Kullanıyorsanız ne kadar (adet/gün)..... ,kaç yıldır?.....

21.Ne tür besinler tüketmeyi tercih edersiniz?

1.Hayvansal gıdalar ağırlıklı (et, süt, yumurta vb.)

2.Bitkisel gıdalar ağırlıklı (sebze vb.)

3. Fast-food

22.Giyim tarzınızı nasıl tanımlarsınız?

.....

23.Ne tip ayakkabılar giyinmeyi tercih edersiniz?

1.Spor 2.Klasik

24. Yüksek topuklu ayakkabı kullanma durumunuzu belirtiniz.

1. Hiç kullanmam
2. Çok nadir kullanırım
3. Sıklıkla kullanırım

EK 2: Venöz Yetmezliğin Epidemiyolojik Ve Ekonomik- Yaşam Kalitesi/Belirtiler

Sorular Nasıl Cevaplanmalı.

Her soruyu cevabı gösterildiği gibi işaretleyerek yanıtlayınız. Eğer bir soruya nasıl cevap vereceğinizden emin değilseniz lütfen en uygun cevabı veriniz. Bu sorular, bacak/bacaklarınız da ki sorunlarla ilgilidir.

1. Son 4 hafta, boyunca aşağıdaki bacak(lar ile ilgili) sorunlarınızdan herhangi biri ne sıklıkla oldu?

(her satırda bir kutuyu işaretleyiniz.)

	Her gün	Haftada Birkaç Kez	Haftada Bir Kez	Birkaç Haftada Bir	Hiç
1. Bacaklarda dolgunluk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Bacaklarda ağrı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Şişlik (şişme)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Gece Krampları	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Sıcaklık ya da yanma hissi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Bacaklarda huzursuzluk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Zonklama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Kaşıntı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Karıncalanma/batma hissi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

(örn: Toplu iğne ve iğne)

2. Bacak sorunlarınız günün hangi zamanında en şiddetlidir/yoğundur? (birini işaretleyiniz)

- 1 Uyandığında
- 2 Öğleyin
- 3 Günün sonunda
- 4 Gece boyunca
- 5 Günün herhangi bir zamanında
- 6 Hiçbir zaman

3. Bir yıl öncesi ile karşılaştırıldığında, genel olarak şu anda ki bacak sorunlarınızın düzeyi nasıldır? (birini işaretleyiniz)

- 1 Bir yıl öncesinden çok daha iyi
- 2 Bir yıl öncesinden biraz daha iyi
- 3 Bir yıl öncesi ile aynı
- 4 Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
- 5 Bir yıl öncesinden çok daha kötü
- 6 Geçen yıl herhangi bir bacak sorunu yoktu

4. Aşağıdaki maddeler gün içinde yapabildiğiniz faaliyetler hakkındadır/ile ilgilidir. Bacak sorunlarınız şu an bu faaliyetlerinizi sınırlıyor mu? Sınırlıyorsa ne kadar? (her satırdan bir kutuyu işaretleyiniz)

	İş yapmıyorum (çalışmıyorum)	Evet, çok sınırlıyor	Evet, biraz sınırlıyor	Hayır, hiç sınırlamıyor
a. İş yerindeki/İşteki günlük faaliyetler	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Evdeki günlük faaliyetler(Örn: ev işi, ütü, tamir işleri vb.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Uzun süre ayakta kaldığımız sosyal ya da boş zaman faaliyetleri (Örn: partiler, düğünler, toplu taşıtlara binme, alışveriş vb.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Uzun süre oturarak yapılan sosyal yada boş zaman faaliyetleri (Örn: sinema ve tiyatroya gitme, seyahat etme vb)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

5. Son 4 hafta boyunca, bacak sorunlarınız nedeniyle iş ya da diğer normal günlük faaliyetlerinizde aşağıdaki sorunlardan herhangi biri oldu mu? (her satırdan bir kutu işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a. İş ya da diğer faaliyetler için harcanan zamanda azalma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. İsteddiğinizden daha azını başarma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. İş veya diğer faaliyetlerin çeşidi sınırlandı mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. İş veya diğer faaliyetleri yapmada zorlanma oldu mu?(örn: özel çaba harcama)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

6. Son 4 hafta boyunca, bacak sorunlarınız aile, arkadaşlar, komşular veya diğer gruplarla normal sosyal faaliyetlere katılımınızı ne derece etkiledi? (birini işaretleyiniz)

- 1 Hiç
- 2 Biraz
- 3 Orta
- 4 Oldukça
- 5 Aşırı

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar bacak ağrınız oldu? (birini işaretleyiniz)

- 1 Hiç
- 2 Çok hafif
- 3 Hafif
- 4 Orta
- 5 Şiddetli
- 6 Çok şiddetli

8. Bu sorular, son 4 hafta boyunca bacağınızdaki soruna bağlı olarak kendinizi nasıl hissettiğiniz ve ne düşündüğünüz ile ilgilidir. Her bir soru için, lütfen hissettiklerinize en yakın cevabı verin.

Son 4 hafta boyunca

(her satırdan bir kutuyu işaretleyiniz)	Her zaman	Çoğu zaman	Olduk ça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Bacağınızın görünüşü ile ilgili endişelendiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Gergin hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Aile ya da arkadaşlarınıza yük olduğunuzu hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. Bacağınızdaki yamru yumru görüntüler /şeyler hakkında endişelendiniz mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Bacağınızın görüntüsü giysi seçiminizi etkiledi mi?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Yardımlarınız için teşekkür ederiz...

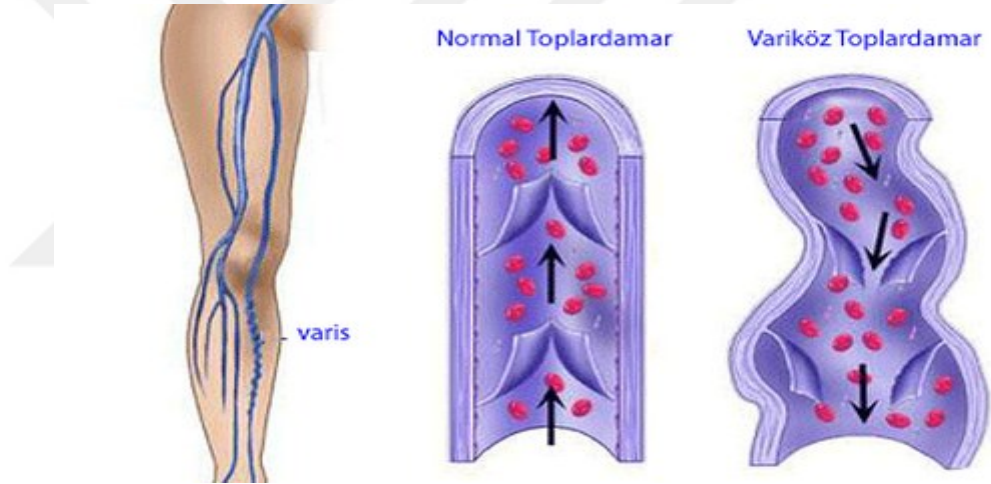
Tarih: .../.../....

EK 3: Hasta Eğitim Kitapçığı

VARİS NEDİR?

Bacaklardaki toplar damarların ana işlevi, burada bulunan kanın kalbe ve akciğerlere geri dönüşünü sağlamaktır. Fakat bu işleyiş bazen sekteye uğrayıp bozulabilir. Bu bozulma sonucunda bacaklardaki toplar damarlar genişler ve gözle görünür hale gelir. Bu genişlemiş damarlara varis adı verilir.

Varis, genellikle yetişkin nüfusu etkileyen yaygın bir sağlık sorunu olup, hastaların günlük aktivitelerini yapmalarını engeller veya zorlaştırır. Varis, Amerika da yapılan bir çalışmada hastaneye başvuru nedenleri arasında 7. sırada gelmektedir.



VARİS OLUŞMA RİSKİNİ ARTTIRAN NEDENLER NELERDİR?

- Ailede varis problemi olan bireylerin olması
- Fazla kilolar
- Uzun süre oturmak
- Uzun süre ayakta kalmak
- Hamilelik
- Sigara kullanmak
- İlerleyen yaş
- Cinsiyet
- Doğum kontrol hapı kullanmak

VARİS BELİRTELERİ NELERDİR

Varis, çoğu bireyde belirti vermeden ilerleyebileceği gibi bazen iyileşmeyen bacak yaralarına kadar ciddi sorunlara neden olabilir. Varis belirtileri şöyledir;

- Ağrı
- Bacaklarda baskı hissi
- Sıcaklık ya da yanma hissi
- Kaşıntı
- Zonklama
- Gece krampları
- Karıncalanma ya da batma hissi
- Şişme (ödem)
- Ciltte deri değişiklikleri

VARİS TEŞHİS YÖNTEMLERİ NELERDİR?

Risk faktörlerinden en az bir tanesine sahip hastalarda ağrı ve şişlik gibi belirtileri var ise varis açısından hasta değerlendirilmelidir. Varis tanısının konulmasında ki ilk yöntem fizik muayenedir. Fizik muayene ile hastaların bacakları, şişlik, derideki renk değişiklikleri ve ciltte yara olup olmadığı açısından incelenir.

Diğer bir tanı yöntemi ise renkli doppler ultrasonografidir. Bu yöntem ile bacaklardaki varislerin haritası çizilebilir.

VARİS OLUŞUMUNU ÖNLEMELİK İÇİN YAPILMASI GEREKENLER NELERDİR?

Varis oluşmasını engellemek için başta yaşam şeklinin değiştirilmesi gerekir.

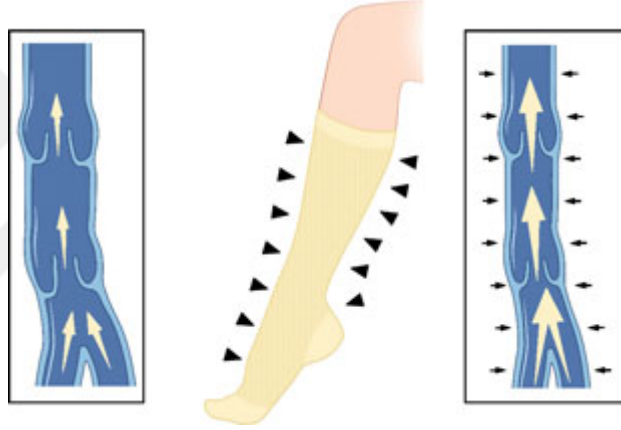
- Fazla kilolardan kaçınılmalıdır.
- Damarlar üzerinde olumsuz etkilerinden dolayı sigaradan kaçınılmalı, eğer içiliyorsa bırakılmalıdır.
- Aşırı sıcaktan kaçınılmalıdır.(Sauna ve fazla güneşlenmek gibi)
- Dar kıyafetler bacaklardaki dolaşımı olumsuz yönde etkileyeceklerinden dolayı çok dar kıyafetler giyilmemelidir.

- Yüksek topuklu ayakkabılar da bacaklardaki dolaşımı etkileyeceklerinden dolayı sık kullanılmamalı, ortopedik ve rahat ayakkabılar tercih edilmelidir.
- Günün sonunda bacaklar 15-20 dakika kalp seviyesi üzerinde tutularak dinlendirilmelidir.
- Otururken bacaklar ve ayaklar sık sık hareket ettirilmeli ve uzun süre hareketsiz kalınmamalıdır.
- Gün içinde kısa yürüyüşler yapılmalıdır.

VARİS TEDAVİSİ NELERDİR?

1. Varis Çorapları

Varis çorapları, bacaklardaki toplardamarların kanı kalp ve akciğere taşımalarını kolaylaştırarak, ağrı ve ödem olmasını engeller. Böylece bireylerin günlük yaşam aktivitelerini daha rahat yapmalarına yardımcı olur.



Varis çorabı giyilirken dikkat edilmesi gerekenler

Giyilen varis çorabında herhangi bir kırışıklık olmamalıdır, bacağa sürülen kremler varis çoraplarının elastik yapılarını bozabilecekleri için sık kullanılmamalıdır ve varis çorabı giyildiği sürece bireyler ciltlerinde herhangi bir kesik veya yara oluşmaması için ara ara ciltlerini kontrol etmelidir.

VARİS ÇORABI NASIL GİYİNİLMELİ

Varis çorapları kalbimize dönen kan akımını artırır ve toplar damarlardaki kan akışının sağlanmasına yardımcı olur. Bunun sağlanması için doğru bir şekilde giyinilmesi gerekir.

- Çorabın giyilmesi için en uygun zaman, **sabah yataktan kalkmadan** önceki zamandır. Çorabınızı giyerken ayaklarınızı yataktan sarkıtmayınız.

- Elinizi çorabın içine sokarak, topuğundan tutup çorabı tersine çeviriniz. Çorabı hafifçe topuğunuzun üstünden kaydırarak bileğinize kadar getiriniz. Çorabın topuğunuza tam oturmasına dikkat ediniz ve daha sonra geri kalan kısmı yukarı doğru kaydırarak bacağınaza yerleştiriniz.

- Çorabınızın üst ucu diz altı çoraplarda dizin hemen altına, dizüstü çoraplarda ise uyluğunuzun orta hizasına gelecek şekilde olmalıdır.

- Yataktan kalktıktan sonra, gün içinde çoraplarınızı giymeniz gerekirse **bacaklarınızı kalça hizasından 30-40 cm kaldırarak, 10-15 dk dinlendirdikten sonra**, ayaklarınızı sarkıtmadan çoraplarınızı giyiniz.

- Çoraplar giyinilmeden önce ayaklar ve bacaklar temiz olmalıdır.

- Çoraplarınızı doktorunuzun ve hemşirenizin size önerdiği süre zarfı boyunca kullanınız.

1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11

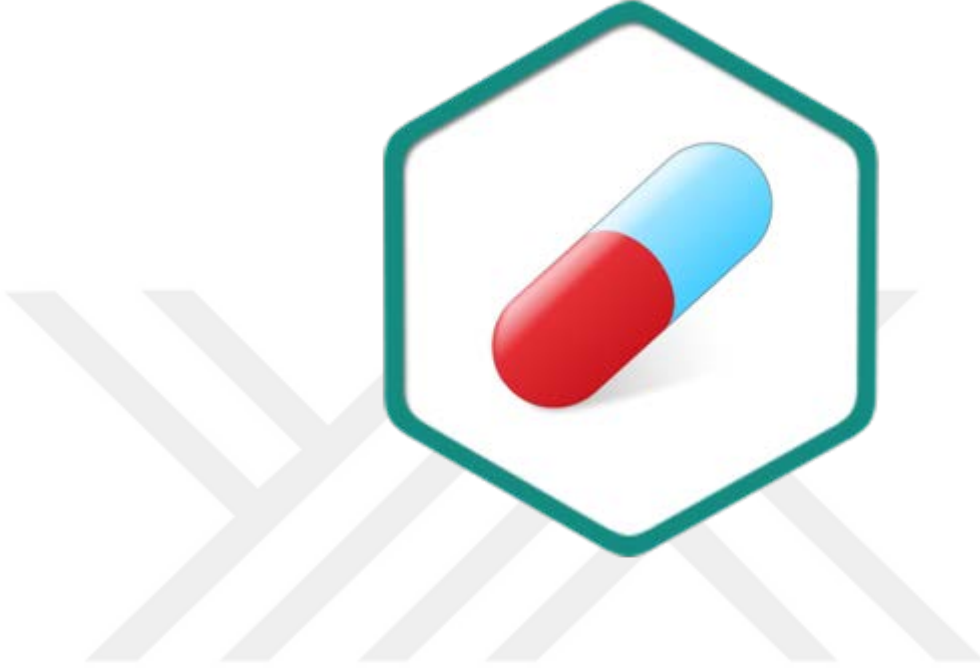


12



2. İlaç tedavisi

Varis tedavisinde farmakolojik tedavi için genelde venoaktif ilaçlar ve diüretik ilaçlar kullanılır. Venoaktif ilaçlar; varis semptomlarını, özellikle ağrı ve ödemi azaltan ilaçlardır. Venoaktif ilaçlar genelde ağız yoluyla alınan ilaçlardır, doktorun önerdiği süre zarfında ve miktarda kullanılmalıdır.



3.Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavide amaç, varislere neden olan sebepleri ortadan kaldırmak, komplikasyonları önlemek ve kozmetik düzelme sağlayarak hastaları tedavi etmektir. Varis tedavisinde cerrahi işleme karar vermek, hastada var olan semptom ve komplikasyonların şiddetine bağlıdır. Yapılan cerrahi girişimler şunlardır; safen stripping, yüksek ligasyon, flebektomi, venöz bypass, venöz kapakçık rekonstrüksiyonu ve endovenöz ablasyon teknikleridir.

TABURCU OLDUKTAN SONRA DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER NELERDİR?

- Uzun süre oturmaktan ve hareketsiz kalmaktan kaçınılmalı böyle durumlar da bacaklar hareket ettirilmeli.
- Otururken bacak bacak üstüne atmaktan kaçınılmalı.
- Düzenli egzersiz yapılmalı.
- Fazla kilolardan kaçınılmalı.
- Lifli gıdalarla beslenilmeli.

- Sigara içiliyorsa bırakılmalı.
- Dar kıyafetler ve topuklu ayakkabılardan kaçınılmalı.
- Varis çorapları düzenli ve doğru bir şekilde giyinilmeli.
- Eğer ilaç tedavisi uygulanıyorsa, ilaçlar doktorunuzun önerdiği miktarda ve sürede kullanılmalı.

Geçmiş Olsun....



Ek 4: BEÜ İnsan Araştırmaları Etik Kurul Karar Formu

Kayıt Tarihi: 28.04.2016

Protokol No: 122

05/05/2016



T.C

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Anket
BAŞLIK:	Varis Tedavisi Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi
SORUMLU ARAŞTIRMACI:	Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE
KARAR:	UYGUN

ETİK KURUL ÜYELERİ

- 1- Prof. Dr. Hamza ÇEŞTEPE (Başkan)
- 2- Yrd. Doç. Dr. Hasan SANKIR (Başkan Yrd.)
- 3- Doç. Dr. Ali ARSLAN (Başkan Yrd.)
- 4- Doç. Dr. Rıza YILMAZ
- 5- Doç. Dr. İlhan KARATAŞ
- 6- Doç. Dr. Ertuğrul YILDIRIM
- 7- Yrd. Doç. Dr. Hasan ÖZER

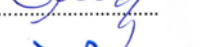
İMZA


.....


.....


.....


.....


.....


.....


.....

29.05.2014 tarih ve 2014/08-13 sayılı Senato Kararı ile kabul edilmiştir.

Ek 5: Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Tez Çalışması İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/07/2016-17594



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Zonguldak İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ZONGULDAK İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ZONGULDAK İLİ KEBİRS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
01/07/2016 15:30 - 79914002 - 799 - E.5161
0002029901

Sayı : 79914002/799
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı Tez
Çalışması

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi : 27/06/2016 tarihli ve 46125194-9871 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda belirttiğiniz Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Pelin TUNCER ÇOBAN'ın "Varis Tedavisi Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasına ilişkin anketin birliğimize bağlı Atatürk Devlet Hastanesi'nde yapılması, planlanan çalışmaların kesinlikle kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüş olup, araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya 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, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa Özkan GÜN
Genel Sekreter

Fikri SOYLU
Müdür
GÜVENLİ ELEKTRONİK
İMZALI ASLI İLE AYNISIDIR
TARİH: 11.07.2016

İncevez Mah. Milli Egemenlik Cad.No:130 Kat:4 Zonguldak
Faks No:03722575757

e-Posta:aylin.ozturk1@saglik.gov.tr Int.Adresi: A.OZTÜRK Eğitim Birimi/ Tif:
03722910080-Dahili:6045 Faks:03722575757 E-Posta:khb67.ib@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 452db2d2-c165-4c0b-b6c8-cd0cc17953f0 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Aylin ÖZTÜRK
Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0372 291 00 80

EK 6

	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı:
		Yayın Tarihi:
		Sayfa No:
		Onaylayan:

Sizi, Yrd. Doç. Elif DİRİMEŞE ve arkadaşları tarafından yürütülen Varis Tedavisi Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” başlıklı anket ve ölçüğe dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, Varis tedavisi olan hastalarda, verilen hemşirelik bakımının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmaya 16.05.2016- 30.03.2017 tarihleri arasında Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesinde Kalp- damar cerrahisi bölümüne Varis ile başvuran ve operasyon geçiren hastalar dahil edilecektir.

Bu araştırmada katılımcıların demografik özelliklerini değerlendiren bir form Venöz Yetmezliğin Epidemiyolojik Ve Ekonomik Çalışması: Yaşam Kalitesi/Belirtiler Ölçeği kullanılacaktır. Bu formlar ameliyat öncesi ve taburculuktan 4 hafta sonraki döneminde uygulanacaktır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE
Araştırma Sorumlusu

Araştırmanın Amacı:

(Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dilde anlatılmalıdır)

Bu araştırmanın amacı varis tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerindeki değişimi incelemektir.

Araştırmanın Süresi: 10 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 150

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Pelin TUNCER ÇOBAN

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

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

Bu koşullarda;

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

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

9. ÖZGEÇMİŞ

Pelin TUNCER ÇOBAN

21.05.1988 tarihinde İstanbul da doğdu. İlköğretimini Ümraniye Mediha Tansel İlköğretim Okulunda tamamladı. Orta öğretimini Ümraniye lisesinde tamamladı. 2007 yılında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2012 yılında lisans eğitimini tamamladı. 2014 yılında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında tezli yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Tunceli Devlet Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.