T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

VARFARİN TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN TEDAVİYE YÖNELİK MEMNUNİYET ALGILARI

Ayşe UÇAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN

KONYA--2017

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle yardım ve katkılarını esirgemeyen, beni her zaman motive eden ve bana moral veren çok değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN'a, bölüm başkanımız Sayın Prof. Dr. Belgin AKIN'a, lisans ve yüksek lisans eğitimimde emeği olan ve bana yol gösteren tüm değerli hocalarıma,

Yüksek lisans eğitim sürecinde tanıdığım ve manevi desteğini hep hissettiğim arkadaşım Nur TEKE'ye ve diğer yüksek lisans arkadaşlarıma,

Verilerin toplanmasında gerekli yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, beraber çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum Doç. Dr. Hakan AKILLI, Cevriye BAĞCIVAN, Yasemin ÜNLÜ, Büşra ATABEY ÇOKYÜRÜR, Zehra KESKİN, Hayriye SARILAR, İsa ATAY ve tüm kardiyoloji bölümü çalışanlarına,

Beni bugünlere getiren çok sevgili annem Havvana AKKOL'a ve hayat felsefesini öğrendiğim çok değerli babam Nuri AKKOL'a, kardeşim oldukları için gurur duyduğum Mustafa AKKOL ve Şerife AKKOL KABA'ya, her zaman her konuda bana destek olan ve sabır gösteren ikinci annem Esme UÇAR'a ve ikinci babam Ekrem UÇAR'a, akademik ilerlememde beni hep destekleyen ve yanımda olan eşim Fatih UÇAR'a, çok sevdiğim kızım Esma'ya, evimizin neşe kaynağı oğlum Ekrem Faruk'a sonsuz teşekkür ederim…

Ayşe UÇAR
2017/KONYA

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **v**

ÖZET ..... **vı**

SUMMARY ..... **vıı**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Oral Antikoagülanlar 4

1.2. Varfarin 5

1.2.1.Varfarinin Farmakokinetik Özellikleri 5

1.2.2. Varfarin Tedavi Endikasyonları ve Süreleri 5

1.2.3. Varfarin Tedavi Dozu 6

1.2.4. Varfarin Yan Etkileri 7

1.2.5. Varfarin- İlaç Etkileşimi 7

1.2.6. Varfarin-Gıda Etkileşimi 8

1.2.7. Varfarin Tedavisinde Monitörizasyon 8

1.3. Varfarin Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları 9

1.4. Hasta Memnuniyeti 12

2.GEREÇ VE YÖNTEM **15**

2.1. Araştırmanın Türü 15

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 15

2.3. Araştırma Evreni 15

2.4. Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçim Yöntemi 16

2.5. Veri Toplama Araçları ve Tekniği 16

2.5.1. Veri Toplama Araçları 16

2.5.2. Veri Toplama Tekniği 18

2.6. Değişkenler 18

2.6.1. Bağımsız Değişkenler 18

2.6.2. Bağımlı Değişkenler 19

2.7. Verilerin Analizi 19

2.8. Araştırmanın Etik Boyutu 20

3. BULGULAR **21**

3.1. Araştırmanın Tanımlayıcı Bulguları 21

3.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre DAMÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı 28

3.3. Hastaların Eşlik Eden Hastalık Varlığı, İlaç Kullanma Durumu ve Sigara İçme Durumuna Göre Antikoagülan Memnuniyet Puanlarının Dağılımı 31
3.4. Hastaların Varfarin Kullanımına İlişkin Özelliklere Göre Antikoagülan Memnuniyet Puanlarının Dağılımı 34
3.5. Hastaların Antikoagülan Memnuniyet Düzeyine Etkisi Olan Bağımsız Değişkenlerin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi 35
4. TARTIŞMA 40
4.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması 40
4.2. Hastaların Antikoagülan Tedavi Memnuniyeti Puanlarına Etki Eden Değişkenlerin Tartışılması 44
5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 54
5.1. Sonuçlar 54
5.2. Öneriler 55
6. KAYNAKLAR 57
7. EKLER 63
7.1. EK-A. Anket Formu 63
7.2. EK-B. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği 66
7.3. EK-C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulu Kararı 68
7.4. EK-D. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan İzin Kararı 70
7.5. EK-E. Yazılı Onam Formu 71
7.6. EK-F. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Kullanım İzin Belgesi 72
8. ÖZGEÇMİŞ 76

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD :Amerika Birleşik Devletleri

AF :Atriyal Fibrilasyon

DAMÖ :Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği

DM :Diyabetes Mellitus

DMAH :Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin

DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü

DVT :Derin Ven Trombozu

EKG :Elektrokardiyografi

EKO :Ekokardiyografi

GİS :Gastrointestinal Sistem

HT :Hipertansiyon

ICF :International Classification of Functioning, Disability and Health (Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması)

INR : International Normalized Ration (Uluslararası Normalleştirilmiş Oran)

MI :Miyokard Infarktüsü

OAK :Oral Antikoagülan

PCORI : Patient Centered Result Research Institute (Hasta Merkezli Sonuç Araştırma Enstitüsü)

PRO :Patient Reported Outcomes (Hasta Tarafından Raporlanan Sonuçlar)

PROMIS :Problem Oriented Medical Information System (Hasta-Raporlanan Sonuç Ölçüm Enformasyon Sistemi)

PT :Protrombin Time (Protrombin Zamanı)

TKD :Türk Kardiyoloji Derneği

TTR :Time in Therapeutic Range (Tedavi Aralığında Olma Zamanı)

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Varfarin Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Memnuniyet Algıları

Ayşe UÇAR
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEKLİSANS TEZİ / KONYA-2017

Tromboembolik olayların önlenmesi veya tedavisi için oral yolla kullanılan varfarin, hayati önemine ve yaygın kullanımına rağmen terapötik aralığı dar olup etkinliği birçok faktöre bağlıdır ve düzenli kan testleri gereklidir. Tedavi ile ilgili birçok fizyolojik ve psikolojik etmen memnuniyetsizliğe yol açmaktadır. Araştırma; varfarin tedavisi alan hastalarda tedaviye yönelik memnuniyet algılarını incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Konya'daki bir üniversite hastanesinin kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi polikliniği ve kliniklerinde araştırma kriterlerine uygun toplam 192 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında 20 sorudan oluşan Anket Formu ve DUKE Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizi için SPSS 22 paket programından yararlanılmıştır. Elde edilen veriler sayı, yüzde ve ortalama olarak gösterilmiş, ikili gruplar için bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi, üçlü gruplar için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Antikoagülan memnuniyet düzeyine etkisi olan değişkenleri bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon (backward) analizinden yararlanılmıştır. Verilerin toplanması için gerekli etik kurul, kurum izni ve hasta onamları alınmıştır.

Araştırmaya alınan bireylerin yaş ortalaması 59,44±13,50 olup, %66,1'i kadın, %82,8'i evli ve %59,9'u ilköğretim mezunudur. Çalışmaya katılan bireylerin DAMÖ puan ortalaması 61,71±19,34; kısıtlılıklar alt boyutundan 25,27±10,32, yükler ve zorluklar alt boyutundan 22,01±10,65, olumlu etkiler alt boyutundan ise 14,4±6,65'dir. Hastalarda INR kontrolü ile antikoagülan memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Çoklu regresyon analizine göre cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, gelir durumu, yan etki yaşama durumu, varfarin etkisini artıran ilaç kullanımı, varfarin kullanım nedeni ve varfarin kullanım süresi DAMÖ toplam puanı ve/veya alt boyut puanlarına anlamlı düzeyde etki etmiştir ($p<0,05$).

Sonuç olarak; hastaların varfarin kullanımına bağlı memnuniyet düzeylerinin düşük olmadığı görülmüştür. Özelleşmiş antikoagülasyon klinikleri ve hekim-hemşire-diyetisyen-eczacı tarafından oluşturulan multidisipliner bir antikoagülasyon yönetim ekibi kurularak hastalara periyodik eğitim ve izlem yapılması, hemşire önderliğinde tedavilerinin düzenlenmesi önerilir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire; memnuniyet algısı; tedavi; varfarin.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY

SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Satisfaction Perception Towards Treatment of Patients Who Receive Warfarin Therapy

Ayse UCAR

Department of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2017

Warfarin is used orally for the prevention or treatment of thromboembolic events, despite its vital importance and widespread use, the therapeutic range is narrow and efficacy is dependent on many factors and regular blood tests are required. Many physiological and psychological factors related to treatment lead to dissatisfaction. The study was conducted as a descriptive and correlational to examine the satisfaction perception towards treatment in patients receiving warfarin treatment. An university hospital's cardiology and cardiovascular surgeon policlinics and clinics in Konya in accordance with the criteria of the study of a total of 192 patients have formed the sample of the study. The questionnaire form consisting of 20 questions and the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS) were used to collect the data. SPSS 22 package software was used for analyzing the data. The obtained data were shown as number, percentage and mean and independent t-test, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test for dual groups, and one-way variance analysis for triple groups was used. The multiple regression (backward) analysis was used to evaluate the variables that were influential to the anticoagulant level of satisfaction. Ethics committee, institutional permission and patient approvals were collected for the collection of data.

The average age of the individuals surveyed is 59,44 ± 13,50, 66,1% is women 82,8% is married and 59,9% is graduated from primary school. The mean score of the participants the DASS in the study was 61, 71 ± 19,34; 25,27 ± 10,32 for the limitations, 22,01 ± 10,65 for the burdens and difficulties, and 14,4 ± 6,65 for the positive effects subscale. There was no significant relationship between INR control and anticoagulant satisfaction in patients ($p > 0,05$). According to multiple regression analysis, gender, educational level, place of living, cohabitants, income status, adverse event experience, use of drugs that increase the effect of warfarin, duration of warfarin use and the reason for the use of warfarin had a significant impact on DASS total score and/or subscale scores ($p < 0.05$).

As a result, it was seen that the satisfaction level of patients related to warfarin use was not low. Establishment of specialized anticoagulation clinics and a multidisciplinary anticoagulation management team formed by physicians, nurses, dieticians, pharmacists, periodic training and follow-up of the patients, under the leadership of a nurse and treatment arrangements are recommended.

Key Words: Nurse; perception of satisfaction; treatment; warfarin.

1. GİRİŞ

Tromboembolik hastalıklar önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendir (Alay ve ark 2011). Tromboembolik olayların önlenmesi veya tedavisi için oral yolla kullanılan varfarin, karaciğerde vitamin K bağımlı üretilen pıhtılaşma faktörlerinden II, VII, IX, X ve doğal antikoagülan proteinler olan protein C ve protein S'nin sentezini önleyerek koagülasyonun gecikmesine neden olan önemli bir ilaçtır **(**Uras ve Uras 2003, Müderrisoğlu ve Yıldırır 2006, Uzun 2006, Dökmeci 2007, Burton ve ark 2009, Katzung ve ark 2009, Opie ve Gersh 2009). Altmış yılı aşkın bir süredir varfarin dünyada ve ülkemizde en yaygın kullanılan oral antikoagülan (OAK)'dır (Nural ve ark 2007, Bıyık 2008, Alay ve ark 2011, Goldstein 2013). Ulusal Travma Bilgi Bankası (National Trauma Databank) verilerine göre varfarin kullanımı tüm yaş gruplarındaki hastalarda 2002'de %2,3 iken 2006'da %4, 65 yaş ve üzeri hasta grubunda ise 2002'de %7,3 iken 2006 yılında %12,8 olduğu belirlenmiştir (Dossett ve ark 2011).

Varfarin; derin ven trombozu (DVT), pulmoner emboli, akut koroner olaylar sonrası tromboembolik olayların profilaksisi, romatizmal kalp kapak hastalıkları, mekanik kalp kapak protezi ameliyatı sonrası, atrial fibrilasyon (AF) ve iskemik serebrovasküler hastalıklarda korunma ve tedavi amacıyla yaygın olarak kullanılır (Wadelius ve ark 2004, Gacar ve ark 2005, Ommaty 2009, Opie ve Gersh 2009, Anticoagulation Europe 2011, Yıldırım ve Temel 2014). Yaşam için varfarinin çoğunlukla uzun dönem kullanılması gerekmektedir (Diana ve ark 2015). Özellikle AF'li hastalarda uzun dönem (Akyol 2010) ve mekanik kalp kapağı takılan hastalarda tromboembolik komplikasyonların önlenmesi için ömür boyu antikoagülan kullanımı zorunludur (Salman ve ark 2015). Hayati önemine ve yaygın kullanımına rağmen varfarinin terapötik aralığının dar olması ve gıda, ilaç, genetik faktör, yaş gibi nedenlerden dolayı etkisinin bireyler arası farklılık göstermesi, tedavi altındaki hastaların monitörizasyonunu gerektirmektedir.

Varfarin tedavisini izlemede en yaygın kullanılan laboratuvar testi protrombin zamanı (PT)'dır. Bu testin uygulamasında çeşitli ülkelerde farklı tromboplastin kaynağı kullanılması PT'yi değerlendirmede hastaların takibi açısından farklılık doğuracağından Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1983 yılında INR

(Uluslararası Normalleştirilmiş Oran -International Normalized Ration) kavramı kabul edilmiştir (Salam ve ark 2007, Jiménez ve ark 2008, Voukalis ve ark 2016). INR değerinin birimi yoktur ve normal bir insanda INR değeri 1'dir. Varfarin tedavisi alan hastalarda INR değeri bireyin hastalığına göre belirlenmelidir (Küçükkaya 2005, Türk Kardiyoloji Derneği - TKD 2008). INR değeri hastalığa özgü hedef sınırın altında ise pıhtı oluşma riskini, hedef sınırın üstünde ise kanamaya eğilimi ifade eder. Bu nedenle antikoagülan tedavinin yönetiminde hem pıhtı oluşumunu hem de kanama riskini önleyecek doğru ilaç dozunun ayarlanması gereklidir. INR monitörizasyonunda asıl önemli olan zamana karşı hedef INR değerinin ne kadar korunabildiğidir. Bu oran TTR (Time in therapeutic range) ile ifade edilir ve Rosendaal yöntemiyle hastalığa göre belirlenen etkin INR düzeyi sayısının toplam ölçülen INR düzeyi sayısına oranlanmasıyla bulunur. Etkin INR düzeyi sayısı/toplam kontrol sayısı X 100 olarak formülize edilen TTR oranı sonucu hastanın kontroller arasında ne kadar süre etkin INR değerinde kaldığını ifade eder (Cove ve Hylek 2013). TTR oranı %75'in üzerinde olan hastalarda ideal antikoagülan kontrolünden bahsetmek mümkünken, %60-%75 arası orta dereceli antikoagülan kontrolü ifade etmektedir (Cove ve Hylek 2013, Matalqah ve ark 2013, Proietti ve Lip 2016).

Varfarin kullanan hastalar, tedavi sırasında INR düzeyinin hedef aralığın dışında olmasından kaynaklı kanama ve emboli gibi sorunlarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Antikoagülan tedavinin çok sayıdaki özellikleri memnuniyetsizliğe yol açmakta ve bu da hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Antikoagülan tedavi hakkında bilgi eksiklikleri (Mercan ve Enç 2011, Köksal ve Avşar 2015), ilaç- ilaç etkileşimleri (Qurkie ve ark 2007, Köksal ve Avşar 2015) ve ilaç- besin etkileşimleri konularında yeterli bilgiye sahip olmama (Amanda ve ark 2006, Bajorek ve ark 2006, Beyan ve Beyan 2007, Köksal ve Avşar 2015), düzenli kan testleri için hastaneye gitme gerekliliği, diyet ve aktivite kısıtlamaları, kanama olasılığı endişesi (Çırak ve ark 2013) hastalarda memnuniyetsizliğe yol açan fizyolojik ve psikolojik etmenlerdendir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte kanama komplikasyonlarının artış göstermesi (Kırılmaz 2010, Özerdem ve ark 2012) ve çoklu ilaç kullanımı da antikoagülan tedavi yönetiminde olumsuzluklara ve bireylerin yaşam kalitesinde negatif etkiye sebep olmaktadır (Bajorek ve ark 2006, Özer ve Özdemir 2009).

Hasta merkezli sağlık bakım hizmetlerinde bireylerin görüşlerinin, deneyimlerinin, memnuniyetlerinin değerlendirilmesi ve bu değerlendirme sonuçlarının yaşam kalitesine olan etkileri en önemli çıktıdır. Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Kuşkusuz ki bireylerin tedaviye uyumu da aynı paralelde değerlendirilmelidir. Tedaviye uyum sağlanamaması, yavaş iyileşme, düşük sağlık potansiyeli ve düşük yaşam standardı ile sonuçlanmaktadır. Uzun süreli tedavilerde ise durumun daha da kötüye gitmesi ve ikincil sağlık problemlerinin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Yapılan araştırmalar hasta memnuniyetinin değerlendirilmesinde hastanın tedaviye uyumunun oldukça önemli olduğunu göstermiştir (Samsa ve ark 2004, Casais ve ark 2005, Prins ve ark 2009a, Almeida ve ark 2011, Pelegrino ve ark 2012, Carvalho ve ark 2013). Ülkemizde antikoagülan tedavi alan hastalarda bilgi düzeylerinin ve gereksinimlerinin değerlendirildiği çalışmalar (Mercan ve Enç 2011, Doğu ve Acaroğlu 2016) olsa da memnuniyet ölçümü ve tedaviye yansımasının değerlendirildiği çalışma kısıtlıdır (Yıldırım ve Temel 2014, Mert ve ark 2016). Yurt dışında da antikoagülan tedavi memnuniyeti ile ilgili az sayıda çalışma (Dantas ve ark 2004, Bajorek ve ark 2006, Prins ve ark 2009a, Prins ve ark 2009b, Almeida ve ark 2011, Shah ve Robinson 2011, Pelegrino ve ark 2012, Carvalho ve ark 2013) karşımıza çıkmaktadır. Direkt memnuniyet ölçümlerinde ise hastaların sağlık profesyoneli tarafından hastalığı ve ilaç etkileşimleri konusunda daha fazla bilgilendirilmesinin memnuniyeti etkilediği bulunmuştur (Malcolm ve ark 2008).

Hastayla en çok zaman geçiren sağlık profesyoneli olarak hemşireler, tedavinin her aşamasında hastalarına önerilerde bulunmak ve onları bilgilendirmek için bilgi ve becerisini kullanmalıdır. Bunu gerçekleştirebilmek için hastaların tedaviye ilişkin memnuniyet ve algılarının değerlendirilmesi önceliklidir. Bu değerlendirme hastalık ve tedavi süreciyle ilgili birçok etmeni içermeli, hastaların beklentileri ve gereksinimleri hemşire tarafından belirlenmelidir. Tespit edilen sorunlar hemşireler tarafından sistematik olarak ele alınmalı, çözüm basamakları hastayla beraber gözden geçirilmelidir. Varfarin kullanan hastalarda ise tedavinin uzun soluklu olması, etkinliğinin birçok faktöre bağlılığı ve gelişebilecek komplikasyonların ciddiyeti hemşirelik hizmetlerinde özellikle üstünde durulması gereken konulardan biridir. Gerek bireysel gerek grup olarak uygulanacak hemşirelik

danışmanlığına yol gösterebilmesi için varfarin kullanan hastaların tedaviye ilişkin memnuniyet algılarının incelenmesi klinik ve toplumsal açıdan gerekli görülmüş, bu konuda ülkemizde yapılmış çalışma örneğinin az olması da büyük bir eksiklik olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Soruları

1. Varfarin tedavisi alan hastaların antikoagülan memnuniyet düzeyleri nedir?
2. Varfarin tedavisi alan hastaların sosyodemografik durumuna göre antikoagülan memnuniyet düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
3. Varfarin tedavisi alan hastaların sağlık, hastalık ve tedavi özelliklerine göre antikoagülan memnuniyet düzeyleri farklılık göstermekte midir?
4. Varfarin tedavisi alan hastaların TTR oranlarına göre antikoagülan memnuniyet düzeyleri değişmekte midir?
5. Hastaların antikoagülan memnuniyet düzeyi belirleyicileri nelerdir?

1.1. Oral Antikoagülanlar

Antikoagülan tedavi, kanın pıhtılaşmasını geciktirerek fibrin birikimini, trombüs oluşumunu ve büyümesini önler. OAK ilaçlar AF'li hastalarda, pulmoner emboli, kalp kapak hastalığı (doğal ve prostetik doku, mekanik kalp kapakları) olan hastalarda, venöz tromboembolizmde, yüksek riskli hastalarda miyokard infarktüsü (MI) önlemede, akut MI'lı hastada inme, rekürren MI ve ölümleri azaltmada, serebrovasküler ve geçici iskemik ataklarda profilaksi ve tedavi amacıyla kullanılmaktadır (Bıyık 2008, Ommaty 2009, Opie ve Gersh 2009, Köksal ve Avşar 2015). Bu grup ilaçlar karaciğerde sentezlenen faktör II, VII, IX, X ve protein C ve S'nin sentezini bozarak etki gösteren K vitamini antagonistidirler. OAK'ların sayısı ve çeşitliliği her geçen gün artmaktadır. Yeni nesil OAK'lar olarak adlandırdığımız ilaçlar kullanım kolaylığı ve laboratuvar takibi gerektirmediği için iyi bir tercih gibi görünse de en iyi biyoyararlanıma sahip olması nedeniyle ülkemizde en yaygın olarak varfarin kullanılmaktadır (Özcanlı 2006). Varfarine alternatif ilaçların günde iki kez kullanımı, ilaç unutulduğunda nasıl uygulama yapılacağı, doz aşımındaki önlemler ve yan etkiler ile ilgili hala net olmayan sonuçların varlığı varfarinin bir süre daha klinik pratikte yoğun olarak kullanılacağı anlamına gelmektedir.

1.2. Varfarin

Günümüzde uzun süreli hatta ömür boyu oral antikoagülasyonda en çok kullanılan ajan varfarindir. 1941 ile 1950 yılları arasında fare zehiri olarak kullanılan ve 1951 yılından sonra klinikte OAK olarak kullanılmaya başlanan varfarinin keşfi oldukça ilginçtir. 1920'lerde sığırların kanamalı hastalığı olarak bilinen büyük çiftliklerde nemli ortamda saklanmış tatlı yeşil yonca yapraklarını yiyen sığırlarda durdurulamayan kanamalar görülmüştür. 1941'e kadar pek çok araştırma yapılmış, Campbell ve Link yaptıkları araştırmada 142 molekül içinde bisdikumarolün etken olduğunu saptamışlardır. Wisconsin Argiculture Research Foundation'da bulunduğu ve coumarin türevi olduğu için bu moleküle "varfarin" adı verilmiştir (Ansell ve ark 2008).

1.2.1.Varfarinin Farmakokinetik Özellikleri

Varfarin, K vitamininin etkin hale gelmesini engelleyerek K vitaminine bağımlı koagülasyon faktörlerini inhibe eder. Varfarin, oral olarak alındıktan sonra gastrointestinal sistemden (GİS) hızlı ve yüksek oranda absorbe olur. Plazma konsantrasyonu 1-9 saatte maksimal düzeye ulaşırken, yarılanma ömrü ortalama 36-72 saattir. Emilim oranı yüksek olmasına rağmen plazma proteinlerinden albümine daha çok bağlandığı için biyotransformasyonu yavaş olup etkisi 2-7 gün arasında başlar. Tedavi kesildikten sonra antikoagülan etki 4-5 gün daha devam eder (Dökmeci 2007, Burton ve ark 2009, Katzung ve ark 2009, Opie ve Gersh 2009). Varfarin büyük ölçüde karaciğer tarafından metabolize edilip, metabolitleri idrar ve gaita ile vücuttan uzaklaştırılır (Queensland Health 2016). Varfarin tedavisinde günlük doz kişiden kişiye ciddi farklılıklar gösterirken, bazı kimselerde genetik kaynaklı ilaç rezistansı da olabilmektedir. Bu nedenle tedavi sırasında doz, hastada elde edilen yanıta göre bireyselleştirilmelidir (Altunbaş ve ark 2013).

1.2.2. Varfarin Tedavi Endikasyonları ve Süreleri

Varfarin, venöz tromboemboli profilaksi ve tedavisinde, pulmoner emboli tedavisinde, ortopedik cerrahi ve kanser hastalarında venöz tromboembolizmin önlenmesinde, akut MI, kalp kapak protezi, AF veya atrial flutter hastalarında, inme riskinde ve antifosfolipid sendromunda sistemik embolizasyonun önlenmesinde kullanılmaktadır (Wigle ve ark 2013). Varfarin tedavisine venöz tromboembolide ve

pulmoner embolide 3 ay veya embolinin tekrarlama durumuna göre daha uzun süreli, cerrahi operasyon sonrası 2-5 hafta arasında, AF hastalarında hastalığın seyrine göre (Wigle ve ark 2013), kalp kapak protezlerinde ise genellikle ömür boyu devam edilmesi gerekmektedir (Wigle ve ark 2013, Salman ve ark 2015).

Varfarin tedavisinde büyük özofageal varisler, ciddi trombositopeni varlığı, son altı ayda kanama öyküsü, dekompanse karaciğer hastalığı, hamilelik ve doğum sonrası 48 saat, hipersensivite durumu, alkolizm, demans veya ağır bilişsel bozukluk, kontrol altına alınmamış hipertansiyon (HT) ve ağır kanama riski olan hastalarda cerrahi operasyon sonrası ilk 72 saat kontrendikedir (Queensland Health 2016).

1.2.3. Varfarin Tedavi Dozu

Varfarin genellikle hastaya, standart heparin veya düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile birlikte başlanır. Bunun nedeni varfarin pıhtılaşma faktörleriyle birlikte protein C ve protein S'yi de baskılamaktadır. Ayrıca varfarinin etkisi hemen başlamadığı için bu süre içinde hastada mevcut hiperkoagülabilite önlenemeyecektir. Standart heparin veya DMAH, INR düzeyi terapötik aralığa geldikten sonra en az 24 saat daha devam etmelidir. Varfarin tedavisine kanama riski düşük olan ayaktan takip edilebilecek hastalarda ilk 2 gün 10 mg olarak, genellikle 5 mg/gün dozunda başlanması önerilir. Kanama riski olanlar ve 75 yaş üstü hastalarda daha düşük dozlarda tedaviye başlanabilir (Wigle ve ark 2013). Başlangıçta, yarılanma ömürleri kısa olan protein C ve S'nin plazma düzeyleri daha da azalacağından varfarine bağlı deri nekrozları ve kanama da görülebilir. INR stabil ve terapötik olana kadar INR takibi; ilk hafta üç kez, ikinci hafta iki kez, dört hafta haftalık, iki ay iki haftada bir, sonra 4-6 hafta aralıklarla olmalıdır (Wigle ve ark 2013, Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu 2015) . Varfarin tedavisinin ortalama 4-5. gününde INR 2'ye ulaşır. Varfarin günlük dozunun 15 mg veya haftalık toplam 105 mg'ın üzerine çıkılmasına rağmen istenilen etkin INR düzeyine ulaşılamamış ise varfarin direncinden bahsedilir. Tedavide yakın takip yapılabilecekse daha yüksek doza çıkılması (145 mg/ hafta), takip edilemeyecekse gerekli genetik araştırmayla birlikte tedavinin değiştirilmesi uygun olacaktır. INR etkin düzeyde olmasına rağmen trombüs oluşumu varsa varfarin yetersizliğinden söz edilir (Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu 2015). Diyare, kalp yetmezliği, ateş, hipertiroidizm ve karaciğer hastalığı gibi tıbbi durumlar, varfarinin etkilerini

artırabilir. Tersine, hipotiroidizm gibi durumlar varfarinin beklenen etkilerini azaltabilir. Genetik faktörler, varfarine karşı direnç oluşturabildiği kadar varfarin gereksinimlerini de düşürebilir (Wigle ve ark 2013).

1.2.4. Varfarin Yan Etkileri

Varfarin kullanımının en önemli yan etkisi kanamadır (Fiumara ve Goldhaber 2009). Varfarinin kullanım süresi ve dozu, renal yetmezlik, karaciğer fonksiyon bozukluğu, 75 yaş üstü olma, HT (sistolik 180 mmHg ve diastolik 100 mmHg'nın üzerinde olması), alkol kullanımı, alınan diğer ilaçlar, ilaç uyumsuzluğu, daha önceden geçirilmiş kanamalar ve bazı hastalıklar kanama riskini artıran faktörlerdir. Ciltte purpura ve ekimoz şeklinde kanamalar olabileceği gibi, böbrek, GİS, intraserebral ve diğer yerlerde de kanama olabilir. En sık görülen kanama şekilleri hematüri, diş eti kanaması ve burun kanamasıdır. INR 3,0-4,5 düzeyine yükseldiğinde kanama olasılığı terapötik aralıktaki INR'ye göre (2,0-3,0) üç kat artmaktadır (Veeger ve ark 2005). Varfarine bağlı az da olsa alopesi, dermatit ve ürtiker de görülebilmektedir. Varfarinle oluşan cilt nekrozu; tedavinin ilk haftalarında ve özellikle heparinsiz yükleme doz başlananlarda ortaya çıkar.

Mor ayak parmak sendromu; aterosklerotik hastalarda varfarinle ortaya çıkan ateroembolik olaylara bağlı iskemik ayak (mor ayak), livedo retikülaris, gangren, abdominal ağrı veya renal infarktlar oluşmasıdır. Böbrekler, pankreas, dalak ve karaciğer gibi visseral organlar etkilenebilir. Varfarinle oluşan cilt nekrozundan cilt biyopsisinde kollesterol embolilerinin görülmesiyle ayrılabilir. Tedavide varfarin kesilmelidir (Cakebread ve ark 2014).

1.2.5. Varfarin- İlaç Etkileşimi

Varfarin etkinliğini arttıranlar: Makrolidler, penisilin G, sefalosporinler, amoksisilin, tetrasiklin, kloramfenikol, florokinolonlar, metronidazol, izoniazid gibi antibiyotikler; kapesitabin, flukanazol, itrakonazol, ketokonazol ve mikonazol antifungalleri; serotonin geri alım inhibitörü antidepresan ilaçlar (fluksetin, sertralin), trisiklik antidepresanlar, fenitoin, valproat; simetidin, ranitidin, omeprazol; klofibrat, simvastatin; kortizon, prednizon; asetaminofen, aminosalisilik asit, diklofenak, piroksikam vb nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar, alkol, aspirin, klopidogrel, heparin, direk trombin inhibitörleri, E vitamini; levotiroksin; amiodarone, diltiazem,

verapamil, propranolol, propafenon, kinin, allopurinol, tamoksifen, disülfiram ve daha birçok ilaç varfarin etkinliğinin artmasına neden olmaktadır (Hines ve ark 2011, Wigle ve ark 2013, Olson 2015).

Varfarin etkinliğini azaltanlar: Rifampin, griseofulvin, haloperidol, atorvastatin, pravastatin, kolestiramin, azatiopurin, metimazol, propiltiourasil, fenobarbital, sekobarbital, karbamazepin, fenitoin, C vitamini (yüksek doz), K vitamini, östrojenler, spironalaktone ve kortikosteroidler ise ilacın etkinliğini azaltan ilaçlardandır (Hines ve ark 2011, Olson 2015).

Not: Furosemid varfarinin etkinliği hem artırabilir, hem azaltabilir.

1.2.6. Varfarin-Gıda Etkileşimi

Kereviz, karahindiba, anason, meyan kökü, papatya, atkestanesi, bohça otu, çarkıfelek çiçeği, çemen, dağ kestanesi, frenk inciri, ısırgan otu, kaşıkotu, kırmızıbiber, yonca, melekotu, parmakotu, sinameki, su rezenesi, yabani turp, yabani havuç, zargan, keten tohumu, zerdeçal, deniz yosunu, greyfurt, karanfil, yer elması, zencefil, ayakotu, demirhindi, filkulağı, gilaburu, ginseng, koyungözü, meyankökü, sarımsak, söğüt, soğan, ananas gibi bitkiler ilacın etkisini artırarak kanamaya sebep olabilmektedirler (Aşiret ve Özdemir 2012, TKD 2012, Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu 2015). Brüksel lahanası, nohut, karalâhana, kişniş, karaciğer, maydanoz, marul, ıspanak, pazı, siyah/yeşil çay, civanperçemi, kaşıkotu, ökseotu, şalgam, su teresi, fesleğen, brokoli, roka, semizotu, zeytin, soya fasulyesi ve yağları, balık yağı gibi besinler yüksek K vitamini içeriği sebebiyle ilacın etkisini azaltmaktadır (Göz 2006, Uzun ve Arslan 2007, Türk Hematoloji Derneği-THD 2010, Olson 2015).

1.2.7. Varfarin Tedavisinde Monitörizasyon

Varfarin kullanımı genellikle uzun dönem devam etmekte, ilaç-besin ve ilaç-ilaç etkileşimi sık karşılaşılmaktadır. Terapötik aralığının da dar olması, komplikasyonların önlenmesi ve tedavi etkinliğinin sağlanması açısından hastaların tedavi başladıktan sonra kan testleriyle düzenli takibini gerektirmektedir. Varfarin tedavisini izlemede en yaygın kullanılan laboratuvar testi PT'dir. Bu testin uygulamasında çeşitli ülkelerde farklı tromboplastin kaynağı kullanılması PT'yi

değerlendirmede hastaların takibi açısından farklılık doğuracağından DSÖ tarafından 1983 yılında INR kavramı kabul edilmiştir (Salam ve ark 2007, Jiménez ve ark 2008, Voukalis ve ark 2016). INR değerinin birimi yoktur ve normal bir insanda INR değeri 1 olarak kabul edilmektedir. Bireyin hastalığına özgü belirlenen INR düzeyinin subterapötik düzeyde olması tromboembolik olayların artışına (Oake ve ark 2008), subraterapötik düzeyde olması ise ciddi gastrointestinal kanama, intraserebral ve diğer majör kanama olaylarının artışına sebep olmaktadır (Vigue 2009). Hedef INR değeri DVT, pulmoner emboli, kardiyomiyopati, AF, antifosfolipid sendromu, akut MI ve serebrovasküler olay geçiren bireylerde 2-3 arasında; mekanik prostetik kalp kapağı varlığında ise 2,5-3,5 arasında tutulmalıdır (Ansell ve ark 2008, Türk Toraks Derneği 2009, Keeling ve ark 2011, TKD 2012). Varfarin tedavisinde doz-cevap ilişkisi bireyler arasında büyük değişiklikler gösterir. Yaşlı hastalar varfarin tedavisine daha hassas olduklarından daha büyük dikkat gereklidir. İstenilen INR düzeyinde bile tüm hastalarda ayda bir kez bakılması önerilir (Wigle ve ark 2013).

Antikoagülan tedavinin etkinliğini değerlendirmede yalnızca INR değerine bakılması yeterli olmayıp zaman içerisinde etkin düzeyde ne kadar kalındığının da değerlendirilmesi gerekmektedir. TTR oranı (etkin INR düzeyi sayısı/toplam kontrol sayısı X 100) hesaplanarak bu değerlendirme yapılabilmekte, %75'in üzeri en iyi, %60-%75 arası orta dereceli antikoagülan kontrolü ifade etmektedir (Cove ve Hylek 2013, Matalqah ve ark 2013, Proietti ve Lip 2016). Ancak yapılan çalışmalar göstermiştir ki OAK alan hastaların çoğunluğunda TTR oranı hedeflenen değerin altındadır (Camm ve ark 2010, Asarcıklı ve ark 2013, Cove ve Hylek 2013, Pokorney ve ark 2015, Proietti ve Lip 2016).

1.3. Varfarin Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları

Varfarin kullanım sıklığı, süresi, ilacın etkinliğinin kandaki değerinin izlem gerekliliği ve yan etki potansiyeli açısından kronik hastalıkların tedavisinde özel bir yere ve öneme sahiptir. Kanama, hematom, trombositopeni gibi hayati önem taşıyan yan etkileri olan antikoagülan ilaç kullanan bireylerin özellikle sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (Aşiret ve Özdemir 2012). Hemşireler antikoagülan ilaç kullanan bireyleri yakından izlemeli, tedavi başlangıcından itibaren sürdürülebilirliğini sağlamalıdır. Bunun için varfarin kullanan hasta ve hasta

yakınlarına ilaç kullanımı ve izlemi ile ilgili yaşam standardı oluşturacak önemli bilgiler vermelidir.

- Hemşire öncelikle bireyi değerlendirmeli, ilacın dozunu, doğru kullanımını etkileyen, etkisini değiştirebilen ya da yan etkilerin gelişmesine neden olabilen biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politikoekonomik faktörleri irdelemelidir. Bu faktörlerden bazıları yaş, cinsiyet, eşlik eden kronik hastalıklar, malignite, travma, beslenme, alkol-sigara alışkanlığı, alerjileri, ilave kullanılan ilaçlar, hafıza, algılama, karar verme yeteneği, eğitim düzeyi, iş koşulları, farklı iklimlere sık seyahat etme durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesi olarak sıralanabilir.
- Tedavi başlangıcında kanama riski yüksek olduğundan kanama bulgu ve belirtilerinin erken tanınması, laboratuvar bulgularının izlemi önemlidir (aPTT, INR, PT). Hasta hastanede yatıyorsa yaşam bulguları takip edilir, hasta travmadan korunur, mümkün olduğunca entübasyondan (nazogastrik tüp, üriner kateter) ve invaziv işlemlerden (intramüsküler enjeksiyon vb.) kaçınılır (Aşiret ve Özdemir 2012).
- Antikoagülan ilacın doğru dozda kullanılmasının amacı ve önemi konusunda bilgi verilir. Varfarin-ilaç ve varfarin-gıda etkileşimleri hakkında bilgi verilir. Varfarin; oral yolla, günde tek doz halinde ve mümkünse her gün aynı saatte alınmalıdır. Aç veya tok alınabilir fakat besinlerle etkileşimi olduğu için yemekle birlikte alınmamalıdır. Daha çok öğleden sonra saat 16:00 civarında alınması önerilmektedir.
- Alınması gereken doz unutulur ve aynı gün gece saat 24:00'e kadar hatırlanırsa, günlük dozun aynen alınması gerektiği ve normal kullanım şekliyle devam edilmesi önerilir. Eğer günlük doz alınmamış ise bir sonraki gün asla iki günlük ilaç alınmamalı, normal kullanım şekline devam edilmelidir.
- Yanlış doz ilaç alındığında ve/veya iki gün ve daha fazla ilaç alımı unutulduğunda mutlaka kayıt edilmesi gerektiği ve hekim/hemşireye bildirimi önerilir.
- Hastaya tıbbi kontrolleri ve laboratuvar incelemelerini (aPTT, INR) düzenli takip etmesinin önemi vurgulanır. Mümkünse INR testi için aynı laboratuvar kullanılmalıdır.

- Varfarin kullanımı sırasında ilave ilaç kullanımı gereksiniminde mutlaka hekim/hemşireye danışması gerektiği, kontrolsüz ilaç kullanımından kaçınması belirtilir.
- Diş tedavisi ve/veya herhangi bir cerrahi girişim öncesi mutlaka hekime bildirmesi ve uygun olan ilaç dozu ayarlamasının yeniden yapılmasının gerekliliği anlatılır.
- Elde edilen veriler değerlendirilerek; bireyin günlük yaşam aktivitelerine ilişkin var olan/olası sorunları ve aktivitelerini etkileyen diğer tüm faktörler göz önüne alınarak hasta bireyin yardım gereksiniminin türü /derecesi belirlenmeli ve hasta birey için en doğru, en uygun girişimler planlanarak uygulanmalıdır.
- Olası kanamaların önlenmesi için ağız bakımında yumuşak diş fırçası, tıraş için tıraş makinesi kullanımı önerilir. Sert burun temizliğinden ve konstipe olmaktan kaçınması önerilir.
- Evde- iş yerinde- bahçe işlerinde travmalardan korunması gerektiği, delici-kesici aletleri kullanmaktan kaçınması gerektiği hastaya öğretilir.
- Ayak yaralanmalarından korunmak için yalın ayak gezilmemesi gerektiği, ayakkabı veya terlik kullanımına dikkat etmeleri vurgulanmalıdır.
- Araç içi-dışı trafik kazaları, kesici-delici alet yaralanmaları, darp, yüksekten düşme, şiddetli baş çarpması gibi iç ve dış kanamaya neden olabilecek durumlarda derhal hastaneye başvurması şiddetle vurgulanır. Oluşan küçük kesiklerde kanayan bölgeye en az 5-10 dakika basınç uygulaması yapılmalı, kesik bölge kol veya bacakta ise kalp seviyesine elevasyonu sağlanmalı, bölge büyükse ve kanama durmuyorsa acil sağlık merkezine başvurulmalıdır (Aşiret ve Özdemir 2012).
- Aktivite ve istirahat arasındaki dengenin sağlanması ve aktivite sınırlamalarının amacı açıklanır, uygun egzersiz/aktivite planı belirlenir (Şendir 2008).
- Hastalara eğitim verilirken yaşlı bireylerde ve kadınlarda daha fazla özen gösterilmelidir. Yaşlı bireylerde unutma ve anlamada kognitif sorunlar ve yaşa bağlı kanama riskinin artışı sebebiyle, kadınlarda ağır menstrual kanama olasılığı sebebiyle dikkatli olunmalıdır.
- Ekstra kan testleri gerekebileceğinden başka herhangi bir hastalığın (ishal, kusma, enfeksiyon veya ateş) belirtileri varsa bir doktora bildirmeleri gerektiği söylenmelidir.

- Hastaların OAK kullandığına dair bir notu taşıması, hastanın kendini ifade edemediği herhangi bir kaza veya yaralanmada müdahale edeni yönlendireceği için böyle bir belgeyi taşımasının gerekliliği hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır. Zira hastaların çoğu bu konuya dikkat etmemektedir (Mercan ve Enç 2011, Köksal ve Avşar 2015).
- Hastalar kendi ilaç dozlarını ve INR değerini kaydetmeye teşvik edilmeli, kendi kendine tedavi rejimini yönetmeleri öğretilmelidir. Hastalar her aldıkları tabletten sonra tarih atarak kayıt tuttukları takdirde doz unutulmasının önüne geçilecektir.
- Hasta ve yakınlarına acil durumlar ya da sormak istediği konular için ulaşabileceği hekim ya da hemşirenin ismi ve telefon numaraları mutlaka verilmelidir. Polikliniklerde takip edilen hastalar için de eğitim programları düzenlenerek bireylerin eğitim gereksinimleri saptanmalıdır (Şendir 2008, Aşiret ve Özdemir 2012, Mercan ve Enç 2011, Köksal ve Avşar 2015, Queensland Health 2016).

1.4. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararlara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlüklere, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyokültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam biçimine, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir işlev olarak tanımlanmaktadır. Birçok farklı bileşeni olan memnuniyet kavramı, yapılan uygulamanın beklentiyi karşılama düzeyidir (Erdem ve ark 2008). Hastanın hizmet alanında beklediği her şey uygulanan tedaviler için de geçerlidir. Alınan tedavinin hasta tarafından yararına algılanacak her bileşeni tedaviden memnuniyeti ifade edecektir.

Herhangi bir sağlık sisteminin merkezi "hasta" olarak kabul edilmektedir. Hasta merkezli sağlık sisteminde hasta tarafından bildirilen sonuçlar (PROs- Patient-Reported Outcomes), o konu ile ilgili klinik, fizyolojik veya bakım vericiler tarafından bildirilen sonuçlara göre daha değerli ve yol göstericidir (Deshpande ve ark 2011). PRO'lar klinik araştırmalarda hastanın uygunluğunu belirlemede, tedavide hasta uyumu ve uyumsuzluğunu değerlendirmede ve çalışmalarda son nokta olarak kullanılabilir (Chin ve Lee 2008). PRO'lar; semptomlar, fonksiyon, iyilik hali,

sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, tedavi hakkındaki algılama, bakımdan memnuniyet ve profesyonel iletişimden memnuniyet dâhil, hastanın sağlığıyla ilgili elemanların direkt sübjektif bir değerlendirmesini içermektedir. Özellikle PRO'lardan biri olan tedaviden memnuniyet, giderek daha fazla kullanılan bir ölçüt olmaktadır (Essers ve Prins 2010). Tedavi memnuniyetinin değerlendirilmesi; tedavi yöntemleri, tedaviye uyum, hastaların yaşadığı sorunlar ve hastaların algısı hakkında bilgi verebilir. PRO'lar DSÖ, Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması (ICF), Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hasta-Raporlanan Sonuç Ölçüm Enformasyon Sistemi (PROMIS), ABD Hasta Merkezli Sonuç Araştırma Enstitüsü (PCORI) tarafından benimsenmekte, geliştirilmekte ve desteklenmektedir (IsHak ve ark 2014). PRO verilerinin klinik uygulamaya entegrasyonu, hasta danışma ve tedavi optimizasyonunu kolaylaştıracak ve bu nedenle hastaların yaşam kalitesini artıracaktır.

Samsa ve ark (2004) pıhtı-önleyici tedavi gören hastaların memnuniyetini, hastaların yaşadığı "olumsuz (kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar)" ve "olumlu etkiler" boyutunda değerlendirmiştir. Varfarin kullanımı sırasında bireylerin tedaviye ilişkin potansiyel memnuniyetsizliğine yol açabilecek ve yaşam kalitesini düşürebilecek birçok özellik vardır. Bu özellikler arasında düzenli kan testleri ve hastaneye gelme gerekliliği, yaşam tarzı sınırlamaları (örneğin, diyet ve faaliyet kısıtlamaları), morarma ve/veya kanama endişesi, sürekli ilaç kullanımı ve tedaviden beklentiler sayılabilir (Samsa ve ark 2004, Prins ve ark 2009b). Bunun yanında etkin tedavi ile güvence altında hissetme ve destek sağlayıcılar ile iletişim sağlaması gibi olumlu etkileri de olabilir (Samsa ve ark 2004, Casais ve ark 2005, Carvalho ve ark 2013).

Hasta ile en çok zaman geçiren sağlık profesyoneli olarak hemşireler, tedavinin etkinliğinde memnuniyetin rolünü değerlendirmeli, olumsuzluklara karşı gerekli tedbirlerin alınmasında yol gösterici olmalıdır. Varfarin tedavisi başlangıcında tedaviye adaptasyon sorunlarının sıkça yaşanabileceğini, takip aralıklarının başlangıçta az olması sebebiyle maliyeti artırıp hasta konforunu bozan önemli unsurlar olduğunu unutmamalıdır. Varfarin tedavi süresinin genellikle uzun oluşunun tedavinin sürdürülebilirliği açısından bir dezavantaj olduğu da gözden kaçmamalıdır. İlaca bağlı yan etki gelişme olasılığı ve yaşanacak kısıtlılıklar da hastaların varfarin tedavisinden memnuniyetini düşürebilecek sebeplerdir.

Hemşireler her türlü olumsuzluğu bireye özgü değerlendirmeli, çözümleri birey ve destekçileri ile belirlemelidir. Tedavi ile hasta bireyin kendini güvende hissetmesinin bireyin memnuniyetini artıracağı düşünülmelidir. Tedavinin olumsuzlukları yanında fayda oranının yüksek olduğu, zamanla tedavi yönetiminin hasta ve destekçileri tarafından sağlanabileceği hemşire tarafından anlatılmalıdır. Aynı zamanda varfarin kullanan hastaların, tedavi ile ilgili herhangi bir durumda ulaşabilecekleri bir hemşire ve/veya antikoagülan ekibi varlığında tedaviden memnuniyet durumlarının yükseleceği, tedavi yönetiminin kolaylaşacağı düşünülmektedir.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi polikliniği ve kliniklerinde yapılmıştır. Kardiyoloji anabilim dalı iki klinik, bir yoğun bakım ve üç poliklinikle hizmet vermektedir. Klinikler toplam 48 yatak kapasitelidir. Kalp-damar cerrahisi anabilim dalı da iki klinik, bir yoğun bakım ve bir poliklinikle hizmet vermektedir. Klinikler toplam 25 yatağa sahiptir. Polikliniklerin tamamında tek hekim hizmet vermektedir. Kliniklerde ise gündüz iki hemşire, bir doktor ve bir hizmetli, gece nöbetlerinde ise tek hemşire görev yapmaktadır. EKG (elektrokardiyografi), kardiyovasküler stres testi, EKO (ekokardiyografi) ve anjiyo hizmetleri ayrı laboratuvarlarda verilmektedir. Varfarin tedavisi başlangıcında hastalara hekim tarafından ilacın dozu, ilaç ve besin etkileşimi (ağrı kesicilerle ve yeşil yapraklı sebzelerle birlikte kullanılmaması gerektiği), kanama komplikasyonu ve kontrole gelme zamanı ile ilgili kısa bilgi verilmekte, ayrıntılı eğitim verilmemektedir.

2.3. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi polikliniği ve kliniklerine başvuran ve en az altı aydır varfarin kullanan hastalar oluşturmuştur. Hastane istatistikleri incelendiğinde poliklinik ve kliniğe başvuran hasta sayıları ile bakılan INR sayılarına ulaşılabilmektedir. Fakat bu istatistikler içerisinde hangi hastaların varfarin kullandığına dair bir veri elde edilemeyeceğinden sayı verilememiştir. Her polikliniğe günlük ortalama varfarin kullanan beş hastanın INR kontrolü için başvurduğu elde edilen bilgiler içerisindedir.

2.4. Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçim Yöntemi

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında beklenen etki düzeyi orta (0,15), bağımsız değişken sayısı 20**,** güç düzeyi %90 ve önemlilik düzeyi 0,05 kabul edilerek minimum örneklem sayısı 191 bulunmuştur (Cohen ve ark 2003). Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yönteminden belirli bir kuruma başvuranların seçildiği gelişigüzel örnekleme yönteminden yararlanılmıştır.

Araştırmaya alınma ölçütleri

- 18 yaş ve üzeri olma,
- En az 6 aydır varfarin kullanma,
- En az dört kez değerlendirilmiş INR verilerinin bulunması.

Araştırmaya alınmama ölçütleri

- Dil sorunu nedeni ile iletişim probleminin ve psikiyatrik tanısının bulunması.

2.5.Veri Toplama Araçları ve Tekniği

2.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada araştırmacı tarafından hazırlanan 20 soruluk "**Anket Formu** (Ek-A)**",** "**Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği** (Ek-B)" kullanılmıştır. Ayrıca hastaların INR düzeyi ve TTR oranını belirleyebilmek için protokol numarasından faydalanılmıştır.

Anket Formu (Ek-A)

Anket formu araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür ışığında (Samsa ve ark 2004, Goldstein 2013, Yıldırım ve Temel 2014, Dağcı ve Ören 2015, Köksal ve Avşar 2015, Doğu ve Acaroğlu 2016) sosyodemografik ve sağlık, hastalık, tedavi ile ilgili özellikleri tanımlamak amacıyla iki bölümden oluşturulmuştur. Anket formu hastaların sosyodemografik durumu (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, kiminle yaşadığı, yaşadığı yer) ve sağlık, hastalık, tedavi özelliklerinden (sigara ve alkol kullanma durumu, ilaç kullanım süresi, ilaç dozu, ilaç kullanma nedeni, ilaç ile ilgili eğitim alma durumu, ilaçla ilgili

yan etki yaşama durumu, ek hastalık durumu, varfarin harici ilaç kullanma durumu ve TTR oranı) oluşmaktadır. Ayrıca hastaların laboratuvar tetkiklerini sorgulayabilmek için protokol numarası yeterli iken olası hataları engellemek adına hastaların adı-soyadı da ankette yer almıştır.

Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ) (Ek-B)

Samsa ve ark (2004) tarafından geliştirilen DAMÖ, Yıldırım ve Temel (2014) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 25 madde ve olumlu ve olumsuz (kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar) etkiler olmak üzere üç faktörlü bir yapı içermektedir. Faktör 1 ***kısıtlılıklar alt boyutunda*** morarma ve kanamaların hastaların gerçekleştirdiği aktivitelere etkisini belirlemeye yönelik 10 soru (1-9, 20. madde) bulunmaktadır. Bu bölümden alınacak en düşük puan 10, en yüksek puan ise 70'dir. Faktör 2 ***yükler ve zorluklar*** boyutu ise hasta bireyin pıhtı önleyici tedaviye yönelik sorumluluklarıyla ilgili sorunları belirlemeye yönelik dokuz sorudan (10-16, 22. ve 24. madde) oluşur. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan 9, en yüksek puan ise 63'dür. Faktör 3 ***olumlu etkiler*** boyutu ise pıhtı-önleyici tedaviye ilişkin hasta bireyin bilgileri ve hissettikleriyle ilgili sorunları belirlemeye yönelik altı soru (17-19, 21, 23. ve 25. madde) içermektedir. Bu boyuttan alınacak en yüksek puan 42, en düşük puan ise 6'dır. Antikoagülan tedavi gören hastaların yaşam kalitesi ve memnuniyetinin sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesine fırsat veren araç yedili likert tipte yanıtlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1 = hiç, 2 = çok az, 3 = biraz, 4= orta derecede, 5= biraz fazla, 6= çok ve 7= çok fazla şeklinde bir derecelemeyle ölçülür. Ölçekte 17, 18, 19, 21, 23. ve 25. sorular ters kodlanmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88, alt boyutların iç tutarlılığı "olumlu etkiler" için 0,78, "sınırlıklar" alt boyutu için 0,87 ve "yükler ve zorluklar" alt boyutu için 0,88 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği 0,80'dir.Ölçeğin Türkçe formunun kapsam geçerlik indeksi 0,99, Cronbach alfa katsayısı 0,89 dur. Toplam puan korelasyonları 0,21 ile 0,79 arasındadır. Test-tekrar test güvenirliği 0,98 dir. Ölçeğin faktör yükleri 0,41-0,89 arası saptanmıştır. Bu çalışmada **DAMÖ'**nün Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,84, alt boyutlardan "kısıtlılıklar" için 0,82, "yükler ve zorluklar" için 0,84, "olumlu etkiler" için 0,83 bulunmuştur. Ölçekten en düşük 25, en fazla 175 puan alınmaktadır. Yüksek puanlar yaşam kalitesinin ve antikoagülan ilaç kullanımından

memnuniyetin daha kötü olduğunu dolayısıyla sorunların daha fazla yaşandığını göstermektedir.

2.5.2. Veri Toplama Tekniği

Veriler, araştırmacı tarafından polikliniğe ve kliniğe gelen en az altı aydır varfarin kullanan ve INR düzeyi değerlendirilen hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. TTR oranını (etkin INR düzeyi sayısı/toplam kontrol sayısı X 100) hesaplayabilmek için hastaların hastaneye gelişlerinde ölçülen en son INR değeri ile retrospektif olarak en az son üç ölçüm olmak üzere ortalama on INR sonucundan faydalanılmıştır. Hastaların varfarin dozaşımı veya cerrahi girişim sebebiyle tedaviye ara verildiği dönemlerdeki INR ölçümleri, sonuçları etkilememesi için çalışma dışı bırakılmıştır. Yapılan çalışmalarda (Asarcıklı ve ark 2013, Matalqah ve ark 2013, Erdemoğlu ve ark 2015) %60 ve üzeri TTR oranı etkin kabul edilmiş olup bu çalışmada da alt sınır %60 olarak alınmıştır. Etkin INR düzeyi bireyin hastalığına göre (örneğin; kalp kapak replasmanı yapılan hastanın INR değeri 2,5-3,5 arası etkin kabul edilirken AF'li hastanın 2-3 arası INR değeri etkin kabul edilmiştir (Alışır ve ark 2013)) değerlendirilmiştir. Son altı ay içerisinde beş kez ölçüm yaptıran bir hastanın etkin INR düzeyini üç kabul edersek; TTR oranı:3/5 X 100=%60 olarak bulunur ve hastanın son altı ayın %60'lık bir kısmını etkin aralıkta geçirdiğini ifade eder. TTR oranı %60 ve üzeri tedavinin etkin olduğunu ifade etmektedir.

2.6. Değişkenler

2.6.1. Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik özellikler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Çalışma durumu

- Gelir durumu
- Birlikte yaşadığı kişiler
- Yaşanılan yer

Sağlık / hastalık/tedavi özellikleri

- Sigara ve alkol kullanma durumu
- İlaç (varfarin) kullanım süresi
- İlaç (varfarin) kullanım dozu
- İlaç (varfarin) kullanım nedeni
- İlaç (varfarin) ile ilgili eğitim alma durumu
- İlaç (varfarin) ile ilgili yan etki yaşama durumu
- Eşlik eden hastalık durumu
- Varfarin harici ilaç kullanma durumu
- TTR oranı

2.6.2. Bağımlı Değişkenler

- DAMÖ'den elde edilen toplam puan,
- DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutundan elde edilen puan,
- DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutundan elde edilen puan,
- DAMÖ olumlu etkiler alt boyutundan elde edilen puan araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

2.7. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 22 paket programından yararlanılmıştır (selcuk.edu.tr 2017). Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında, tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma verilerek gösterilmiştir. Bağımsız değişkenlere göre (hastaların sosyodemografik, hastalık ve ilaç kullanımına yönelik özellikler) antikoagülan memnuniyet ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında grup sayısı ve bağımsız gruplarda t testi, verilerin normal dağılımını incelemek için Skewnes-Kurtosis değerleri ve Kolmogorov Smirnov testi

kullanılmıştır. Ayrıca Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi (ileri analizi Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi), bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (=ANOVA, ileri analizi Tukey HSD) kullanılmıştır. Antikoagülan memnuniyet düzeyine etkisi olan değişkenleri bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon (backward) analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

2.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Verilerin toplanması için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2016/44 karar sayısı ile yazılı izin alınmıştır (Ek-C). Ayrıca Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinden de 33101875-900/20279 sayılı karar ile yazılı izin alınmıştır (Ek-D). Çalışmaya katılacak olan bireylere araştırmanın amacı anlatılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek-E). Verilerin toplanmasında kullanılan DAMÖ Ölçeği için yazarlardan gerekli olan kullanım izni de alınmıştır (Ek-F).

3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın tanımlayıcı bulguları, DAMÖ ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı bulgulara göre dağılımı ve regresyon analizleri bulguları yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Tanımlayıcı Bulguları

Çizelge 3.1.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n= 192).

Özellik	n	%
Yaş grupları		
<40 yaş	18	9,4
40-64 yaş	100	52,1
≥65 yaş	74	38,5
Yaş (yıl)	Min.-Max.:22-79	$\bar{x}$±SS: 59,44±13,50
Cinsiyet		
Erkek	65	33,9
Kadın	127	66,1
Medeni durum		
Evli	159	82,8
Bekâr	33	17,2
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	54	28,1
İlköğretim	115	59,9
Lise	12	6,3
Üniversite	11	5,7
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	176	91,7
Çalışıyor	16	8,3
Gelir durumu		
Kötü	39	20,3
Orta	134	69,8
İyi	19	9,9
Kiminle yaşıyor		
Eşiyle	75	39,1
Eş ve çocuklar	81	42,2
Çocuklarla	20	10,4
Yalnız/anne-baba/kardeş ile/geniş aile*	16	8,3
Yaşadığı yer		
Köy/kasaba	33	17,2
İlçe	51	26,6
İl merkezi	108	56,2

*Yalnız yaşayan:9 kişi, anne-baba ile yaşayan:5 kişi, kardeş ile yaşayan:1 kişi, geniş aile ile yaşayan:1 kişi

Araştırmaya alınan bireylerin yaş ortalaması 59,44±13,50 olup, çoğunluğu (%52,1) 40-64 yaş arasıdır. Bireylerin %66,1'i kadın, %82,8'i evli, %59,9'u ilköğretim mezunu, %91,7'si çalışmayan, %69,8'i gelirini orta düzey olarak belirtmekte ve %42,2'si eşi ve çocuklarıyla, %56,2'si il merkezinde yaşamaktadır (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.2. Hastaların sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımı (n=192).

Değişkenler	**n**	**%**
Sigara kullanma durumu		
Evet	12	6,2
Hayır	167	87,0
Bıraktım	13	6,8
	yıl	**ort.**
Sigara içme süresi (n= 12)	Min.-Max.: 7-50	$\bar{x}$±SS: 27,92±13,34
Sigara bırakma süresi (n=13)	Min.-Max.: 4-50	$\bar{x}$±SS: 19,92±12,35
Alkol kullanma durumu	**n**	**%**
Evet (Kullanma süresi 5 yıl)	1	0,5
Hayır	190	99,0
Bıraktım (Bırakma süresi 50 yıl)	1	0,5

Çalışmamızda bireylerin sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde, %87'si sigara kullanmamaktadır. Kullananların kullanma yılı ortalama 27,92±13,34 olarak bulunmuştur. Alkol kullanmayanların oranı ise %99'dur (Çizelge 3.1.2).

Çizelge 3.1.3. Hastaların ek hastalık varlığı ve ilaç kullanımına ilişkin özelliklere göre dağılımı (n= 192).

Özellikler	n	%
Eşlik eden hastalık durumu		
Var	134	69,8
Yok	58	30,2
Eşlik eden hastalık türü (n= 134)*		
HT	54	40,3
DM	33	24,6
KOAH	31	23,1
KKY	18	13,4
KAH	16	11,9
Guatr	14	10,4
KBY	14	10,4
Kapak hastalığı	9	6,7
SVO	7	5,2
Ca	7	5,2
Romatizmal hastalık	6	4,5
Diğer hastalıklar **	26	19,40
İlaç kullanma durumu (Varfarin dışında)		
Var	178	92,7
Yok	14	7,3
Kullanılan ilaç sayısı		
İlaç kullanmıyor	14	7,3
1-2 ilaç	66	34,4
3-4 ilaç	66	34,4
Sürekli kullanılan ilaç sayısı	Min.-Max.: 0-10	$\bar{x}$±SS= 3,24±2,21
İlaç kullanma durumu		
Etkisini artıran ilaç alıyor	94	49,0
Etkisini artıran ilaç almıyor	98	51,0

* Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n= 134 üzerinden hesaplanmıştır.
**Diğer grubu: Epilepsi: 4, BPH: 3, Hiperlidemi: 3, Pulmoner: 3, Hepatit: 2, Gut: 2, Kadın hastalıkları: 1, Göz hastalıkları: 1, Anemi: 1, Alzheimer: 1, Alerjik hastalık: 1, Miyalji: 1, Behçet hastalığı: 1, Herediter: 1, Uyku apnesi: 1 kişi.

Hastaların %69,8'inde mevcut hastalığına eşlik eden hastalık bulunurken, en çok eşlik eden ilk üç hastalık HT (54), DM (33) ve KOAH (31)'tır. Hastaların %92,7'si varfarin harici sürekli ilaç kullanırken, kullanılan ilaç sayısı ortalama 3,24±2,21'dir. Alınan ilaçların %49'u ise varfarinin etkisini artıran gruptandır (Çizelge 3.1.3).

Çizelge 3.1.4. Hastaların varfarin kullanımına ilişkin özelliklere göre dağılımı (n=192).

Özellikler	n	%
Varfarin kullanım süresi		
6 ay-3 yıl	66	34,4
3yıl<-10 yıl>	73	38,0
10 yıl≤	53	27,6
Varfarin kullanım süresi	Min.-Max.:0,5-30	x̄±SS: 7,34±6,61
Haftalık varfarin dozu		
25 mg >	59	30,7
25≤-35 mg ≥	66	34,4
35 mg <	67	34,9
Varfarin haftalık doz	Min.-Max.:10-95	x̄±SS: 34,01±16,18
Varfarin kullanım nedeni		
Mekanik kapak protezi	88	45,8
AF	62	32,3
Diğer nedenler*	42	21,9
İlaç kullanımı bilgi alma durumu		
Alan	72	37,5
Almayan	120	62,5
Bilgi kaynağı (n: 72)**		
Doktor	67	93,1
Hemşire	7	9,7
Diyetisyen	2	2,8
İnternet, gazete, dergi, tv. vb.	1	1,4
Varfarinin yan etkisini yaşama durumu		
Evet	97	50,5
Hayır	95	49,5
Yan etki türü (n= 97)		
Kanama	62	63,9
Morarma-ekimoz	21	21,6
Hematom	2	2,1
Kanama+morarma	12	12,4
TTR oranı		
%60'ın altı	135	70,3
%60-74 arası	42	21,9
%75 ve üzeri	15	7,8
TTR oranı %	Min.-Max.: 0-90	x̄±SS= 42,74±22,31

*Diğer nedenler: Pulmoner emboli, DVT, Kalp yetmezliği ve İntrakardiyak trombüstür.

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzde n= 72'ye göre hesaplanmıştır.

Çalışmaya alınan hastaların ortalama 7,34±6,61 yıl varfarin kullandığı bulunmuş olup, haftalık kullanılan varfarin dozu ortalama 34,01±16,18 mg'dır. Çalışmamızdaki hastaların varfarin kullanım nedeni en sıklıkla mekanik kapak protezi (%45,8)'dir. Hastaların %62,5'i varfarin kullanımı konusunda herhangi bir eğitim almamışken, alanların eğitiminin büyük bir kısmı (%93,1) doktor tarafından sağlanmıştır. Çalışmamızdaki hastalarda ilaca bağlı yan etki yaşama durumu %50,5 iken, en çok yaşanılan yan etki (%63,9) ise kanamadır. Hastaların %70,3'ü etkin TTR oranının altında olup, ortalama TTR oranı %42,74±22,31'dir (Çizelge 3.1.4).

Çizelge 3.1.5. Hastaların DAMÖ'den aldıkları puanların dağılımı.

Ölçek ve Alt Boyutları		Min-Max Değer	$\bar{x}$ ±SS
DAMÖ: Toplam puan		33-146	61,71±19,34
Alt boyutlar	Kısıtlılıklar	10-62	25,27±10,32
	Yükler ve Zorluklar	9-58	22,01±10,65
	Olumlu Etkiler	6-33	14,4±6,65

Çalışmamıza katılan bireylerin DAMÖ'den aldıkları puan ortalaması 61,71±19,34'dür. Alt boyutlardan alınan puan ortalamaları ise kısıtlılıklar düzeyinde 25,27±10,32, yükler ve zorluklar düzeyinde 22,01±10,65, olumlu etkiler düzeyinde ise 14,4±6,65'dir (Çizelge 3.1.5).

Çizelge 3.2.1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre DAMÖ ve alt boyut puanlarının dağılımı (n= 192).

Özellikler	DAMÖ Toplam puan $\bar{x} \pm SS$	DAMÖ Alt Boyutları		
		Kısıtlılıklar $\bar{x} \pm SS$	Yükler ve zorluklar $\bar{x} \pm SS$	Olumlu etkiler $\bar{x} \pm SS$
Yaş grupları				
<40 yaş[a]	70,39±28,72	29,61±12,15	25,94±15,01	14,83±8,03
40-64 yaş[b]	61,01±17,73	25,91±10,12	22,08±9,84	13,02±5,41
≥65 yaş[c]	60,55±18,42	23,35±9,83	20,95±10,41	16,26±7,39
KW	*1,538*	*7,752*	*1,965*	*6,993*
p	*0,464*	*0,021 (a>c)*	*0,374*	*0,030 (b<c)*
Cinsiyet				
Erkek	53,78±14,73	21,28±6,91	18,48±8,75	14,03±6,78
Kadın	65,77±20,19	27,31±11,17	23,81±11,11	14,65±6,59
t	*4,685*	*4,608*	*3,638*	*0,606*
p	*0,000*	*0,000*	*0,000*	*0,545*
Medeni durum				
Evli	60,73±19,54	24,49±9,60	21,69±10,68	14,55±6,69
Bekar	66,45±17,83	29,03±12,76	23,55±10,57	13,88±6,48
t	*1,554*	*1,934*	*0,912*	*0,530*
p	*0,122*	*0,060*	*0,363*	*0,597*
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil[a]	66,59±17,49	24,19±9,56	24,67±10,28	17,74±5,83
İlköğretim[b]	61,18±19,80	26,28±11,05	21,57±10,63	13,34±6,67
Lise[c]	62,00±19,19	25,25±8,56	23,25±11,79	13,50±7,06
Üniversite[d]	43,00±11,31	20,09±5,49	12,18±4,31	10,73±3,52
KW	*19,253*	*4,321*	*18,735*	*24,695*
p	*0,000 (a,b,c>d)*	*0,229*	*0,000 (a,b,c>d)*	*0,000 (a>b,c,d)*

KW: Kruskal Wallis testi (ileri analiz; Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi)
t: Bağımsız gruplarda testi.

Çizelge 3.2.1 (Devam). Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre DAMÖ ve alt boyut puanlarının dağılımı (n= 192).

Özellikler	DAMÖ Toplam puan $\bar{x} \pm SS$	DAMÖ Alt Boyutları		
		Kısıtlılıklar $\bar{x} \pm SS$	Yükler ve zorluklar $\bar{x} \pm SS$	Olumlu etkiler $\bar{x} \pm SS$
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	61,76±19,33	25,10±10,12	21,97±10,71	14,69±6,76
Çalışıyor	61,25±20,05	27,13±12,56	22,44±10,33	11,69±4,60
MWU	*1376,000*	*1311,000*	*1354,000*	*1078,500*
p	*0,880*	*0,648*	*0,800*	*0,121*
Gelir durumu				
Kötü [a]	65,72±21,72	24,44±11,76	25,77±11,82	15,51±6,68
Orta	61,45±18,67	25,66±10,13	21,37±10,22	14,43±6,81
İyi [b]	55,37±17,86	24,26±8,75	18,79±9,65	12,32±4,99
KW	*3,950*	*1,237*	*6,768*	*2,677*
p	*0,139*	*0,539*	*0,034 (a>b)*	*0,262*
Evde yaşadığı kişiler				
Eşiyle[a]	60,05±17,15	23,16±7,85	20,73±9,88	16,16±7,11
Eş ve çocuklar[b]	61,64±21,75	25,81±10,95	22,78±11,46	13,05±6,03
Çocuklarla	68,65±19,02	30,60±15,13	24,30±9,94	13,75±6,18
Yalnız/anne-baba/kardeş/geniş aile	61,19±15,80	25,75±7,79	21,19±10,92	14,25±6,68
KW	*3,636*	*2,860*	*2,873*	*7,847*
p	*0,304*	*0,414*	*0,412*	*0,049 (a>b)*
Yaşadığı yer				
Köy/kasaba[a]	68,42±22,05	27,36±12,11	25,73±12,79	15,33±7,54
İlçe	63,24±20,24	25,92±9,77	21,90±10,98	15,41±6,87
İl merkezi[b]	58,94±17,55	24,32±9,96	20,92±9,59	13,70±6,21
F	*3,332*	*1,237*	*2,623*	*1,514*
p	*0,038 (a>b)*	*0,292*	*0,075*	*0,223*

MWU: Mann Whitney Analizi
KW: Kruskal Wallis testi (ileri analiz; Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi)
F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA, ileri analizi; Tukey HSD)

3.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre DAMÖ ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Hastaların yaş gruplarına göre antikoagülan memnuniyet (toplam) puan ve yükler ve zorluklar alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$), kısıtlılıklar ($p=0,021$) ve olumlu etkiler ($p=0,030$) alt boyut puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde fark olduğu belirlendi (Çizelge 3.2.1). İleri analizde, 40 yaş altındaki hastaların kısıtlılıklar boyutundaki memnuniyet puan ortalamasının (29,61±12,15) 65 yaş ve üzerinde olan hastalara (23,35±9,83) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), diğer ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p>0,05$) bulundu. Olumlu etkiler alt boyutunda ise 65 yaş ve üstünde olan hastaların (16,26±7,39) puan ortalamasının 40-64 yaş arasında olanlara (13,02±5,41) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$) bulundu (Çizelge 3.2.1).

Hastaların cinsiyetine göre antikoagülan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde toplam memnuniyet puanı, alt boyutlardan kısıtlılıklar ve yükler/zorluklar puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p=0,000$), erkek hastaların puan ortalamasının kadınlarınkine göre düşük olduğu bulundu. Erkek ve kadın hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinin olumlu etkiler alt boyut puan ortalaması arasında ise anlamlı düzeyde fark yoktu ($p>0,05$, Çizelge 3.2.1).

Medeni duruma göre evli olan hastalarda antikoagülan memnuniyet toplam puan ve kısıtlılıklar alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptandı ($p>0,05$, Çizelge 3.2.1).

Hastaların eğitim düzeyine göre grupların antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puan ve iki alt boyutun (yükler/zorluklar ve olumlu etkiler) puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,001$). İleri analizde;

- Üniversite mezunu olan hastaların antikoagülan memnuniyet toplam puan ve yükler/zorluklar alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p=0,000$), diğer ikili eğitim grupları (okur-yazar değil, ilköğretim ve lise mezunları) arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p>0,05$),

- Okur-yazar olmayan hastaların olumlu etkiler alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara (ilköğretim, lise ve üniversite) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p=0,000), diğer ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlendi (p>0,05, Çizelge 3.2.1).

Çalışma durumuna göre çalışan hastaların olumlu etkiler alt boyutu puan ortalaması çalışmayan hastalara göre daha yüksek olmakla birlikte, hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeği ve üç alt boyutunun puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadı (p>0,05, Çizelge 3.2.1).

Gelir durumuna göre grupların antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puan ile alt boyutlardan kısıtlılıklar ve olumlu etkiler puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlendi (p>0,05). Gelir durumuna göre yükler ve zorluklar alt boyutunda anlamlı düzeyde fark olduğu, ileri analizde gelir durumu iyi olan hastaların yükler/zorluklar puan ortalamasının gelir düzeyi kötü olanlarınkine göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi (p=0,034, Çizelge 3.2.1). Yükler ve zorluklar boyutunda diğer ikili gruplar arasındaki fark anlamlı düzeyde değildi (p>0,05). Toplam puan ve olumlu etkiler boyutunda gelir durumu arttıkça puanlar düşmekte fakat istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi.

Evde birlikte yaşadığı kişilere göre grupların antikoagülan memnuniyet toplam puanı, alt boyutlardan kısıtlılıklar ve yükler/zorluklar puan ortalaması arasındaki farkların anlamlı düzeyde olmadığı (p>0,05) görüldü. Grupların olumlu etkiler alt boyutu puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde fark olduğu (p=0,049), ileri analizde eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların olumlu etkiler puan ortalamasının sadece eşiyle yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, diğer ikili gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı belirlendi (p>0,05, Çizelge 3.2.1).

Hastaların yaşadığı yere göre antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu (p=0,038), üç alt boyutun puan ortalaması arasında ise anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi (p>0,05, Çizelge 3.2.1). Toplam puan farkının hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde il merkezinde yaşayan hastaların antikoagülan memnuniyet puan ortalamalarının köy/kasabada yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, diğer ikili gruplar arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı bulundu (p>0,05).

Çizelge 3.3.1 Hastaların ek hastalık varlığı, ilaç kullanımı ve sigara içme durumuna göre antikoagülan memnuniyet puanlarının dağılımı (n= 192).

Özellikler	DAMÖ Toplam puan $\bar{x} \pm SS$	DAMÖ Alt Boyutları		
		Kısıtlılıklar $\bar{x} \pm SS$	Yükler ve zorluklar $\bar{x} \pm SS$	Olumlu etkiler $\bar{x} \pm SS$
Eşlik eden hastalık durumu				
Var	61,97±18,09	25,36±10,56	21,87±10,20	14,75±6,61
Yok	61,12±22,10	25,07±9,82	22,33±11,73	13,72±6,74
t	*0,279*	*0,178*	*0,275*	*0,978*
p	*0,781*	*0,859*	*0,783*	*0,329*
İlaç kullanma durumu (Varfarin dışında)				
Var	61,38±18,95	25,02±10,20	21,87±10,48	14,50±6,60
Yok	65,93±24,14	28,50±11,64	23,79±13,02	13,64±7,45
MWU	*1146,500*	*971,000*	*1178,500*	*1116,500*
p	*0,619*	*0,169*	*0,736*	*0,517*
Sigara içme durumu				
Evet	62,50±16,45	22,00±8,51	26,33±8,57	14,17±5,17
Hayır [a]	62,47±19,82	25,99±10,58	21,98±10,97	14,51±6,77
Bıraktım [b]	51,23±11,85	19,08±4,54	18,38±6,38	13,77±6,64
KW	*4,589*	*6,766*	*4,603*	*0,201*
p	*0,101*	*0,034 (a>b)*	*0,100*	*0,905*

t: Bağımsız gruplarda testi.
MWU: Mann Whitney Analizi
KW: Kruskal Wallis testi (ileri analiz; Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi, Tukey HSD)

3.3. Hastaların Eşlik Eden Hastalık Varlığı, İlaç Kullanma Durumu ve Sigara İçme Durumuna Göre Antikoagülan Memnuniyet Puanlarının Dağılımı

Hastaların hem eşlik eden hastalık durumu hem de varfarin dışında ilaç kullanma durumuna göre antikoagülan memnuniyet düzeyleri toplam ölçek ve üç alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$, Çizelge 3.3.1).

Sigara içme durumuna göre antikoagülan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, grupların toplam memnuniyet, yükler/zorluklar ve olumlu etkiler alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$), kısıtlılıklar alt boyutunda ise anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p=0,034$, Çizelge 3.3.1). İleri analizde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında; sigarayı bırakan hastaların kısıtlılıklar boyutunun puan ortalamasının sigara içmeyenlere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, diğer ikili gruplar arasındaki farkın ise anlamlı düzeyde olmadığı belirlendi ($p>0,05$, Çizelge 3.3.1).

Çizelge 3.4.1 Hastaların varfarin kullanımına ilişkin özelliklere göre antikoagülan memnuniyet puanlarının dağılımı (n= 192).

Özellikler	DAMÖ Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$	DAMÖ Alt Boyutları		
		Kısıtlılıklar $\bar{x} \pm SS$	Yükler ve zorluklar $\bar{x} \pm SS$	Olumlu etkiler $\bar{x} \pm SS$
Varfarin kullanım süresi				
≤3 yıl [a]	61,59±20,67	24,68±10,69	21,74±11,12	15,17±7,45
3yıl<-10 yıl<[a]	61,42±19,13	24,32±9,53	21,92±10,52	15,19±6,47
≥10 yıl [b]	62,26±18,23	27,32±10,80	22,45±10,43	12,49±5,44
F	*0,031*	*1,473*	*0,069*	*3,215*
p	*0,970*	*0,232*	*0,934*	*0,042 (a>b)*
Haftalık varfarin dozu				
25 mg>	63,39±16,46	25,95±10,15	22,92±9,68	14,53±6,53
25≤-35 mg ≥	60,18±22,13	24,12±10,99	21,12±11,15	14,94±7,14
35 mg <	61,75±18,89	25,81±9,84	22,07±11,06	13,87±6,29
F	*0,426*	*0,625*	*0,441*	*0,439*
p	*0,654*	*0,537*	*0,644*	*0,645*
Varfarin kullanım nedeni				
AF[a]	60,21±17,79	21,77±7,94	21,65±10,50	16,79±7,02
Mekanik kapak protezi[b]	61,35±20,01	26,32±10,78	22,26±10,70	12,77±5,52
Diğer nedenler[c]	64,69±20,21	28,24±11,22	22,00±11,03	14,45±7,31
F	*0,698*	*6,052*	*0,060*	*7,070*
p	*0,499*	*0,003 (a<b,c)*	*0,942*	*0,001 (a>b)*

F: Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA, ileri analizi; Tukey HSD)

Çizelge 3.4.1 (Devam). Hastaların varfarin kullanımına ilişkin özelliklere göre antikoagülan memnuniyet puanlarının dağılımı (n=192).

Özellikler	DAMÖ Toplam Puan $\bar{x} \pm SS$	DAMÖ Alt Boyutları		
		Kısıtlılıklar $\bar{x} \pm SS$	Yükler ve zorluklar $\bar{x} \pm SS$	Olumlu etkiler $\bar{x} \pm SS$
Varfarinin yan etkisini yaşama durumu				
Evet	20,84±2,11573	11,75±1,19312	11,40±1,15798	6,62±0,67206
Hayır	15,46±1,58576	7,84±0,80439	8,29±0,85044	6,70±0,68734
t	*4,656*	*3,630*	*5,257*	*0,486*
p	*0,000*	*0,000*	*0,000*	*0,627*
TTR oranı				
%60'ın altı	63,84±20,22	26,23±10,77	23,02±11,12	14,59±6,68
%60-74 arası	55,36±14,17	22,83±8,31	19,17±8,03	13,36±6,76
%75 ve üzeri	60,40±20,78	23,47±10,46	20,80±11,83	16,13±5,88
KW	*5,456*	*3,210*	*3,755*	*3,292*
p	*0,065*	*0,201*	*0,153*	*0,193*
İlaç kullanımı bilgi alma durumu				
Alan	61,85±21,30	26,42±10,39	22,54±11,49	12,89±5,64
Almayan	61,63±18,15	24,58±10,26	21,68±10,16	15,37±7,04
t	*0,074*	*1,193*	*0,539*	*2,680*
p	*0,941*	*0,234*	*0,590*	*0,008*
İlaç kullanma durumu				
Etkisini artıran ilaç alıyor	64,53±20,63	25,28±10,24	23,28±11,67	15,98±7,08
Etkisini artıran ilaç almıyor	59,01±17,70	25,27±10,45	20,79±9,49	12,96±5,86
t	*1,993*	*0,008*	*1,619*	*3,211*
p	*0,048*	*0,994*	*0,107*	*0,002*

t: Bağımsız gruplarda testi.
KW: Kruskal Wallis testi (ileri analiz; Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi, Tukey HSD)

3.4. Hastaların Varfarin Kullanımına İlişkin Özelliklere Göre Antikoagülan Memnuniyet Puanlarının Dağılımı

Varfarin kullanma süresine göre grupların olumlu etkiler alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlendi (p=0,042, Çizelge 3.4.1). İleri analizde farkın 10 yıl ve daha uzun süredir ilaç kullanan gruptan kaynaklandığı, bu grubun olumlu etkiler puan ortalamasının diğer iki gruptan (3 yıl ve altı ile 3-10 yıl arasında ilaç kullananlardan) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görüldü. Grupların antikoagülan memnuniyet toplam puanı ve iki alt boyutunun (kısıtlılıklar ve yükler/zorluklar) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulundu (p>0,05). Hastaların haftalık varfarin kullanma dozuna göre de grupların antikoagülan memnuniyet ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark yoktu (p>0,05, Çizelge 3.4.1).

Varfarin kullanım nedenine göre antikoagülan memnuniyet ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması incelendiğinde, grupların toplam memnuniyet puanı ve yükler/zorluklar alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı (p>0,05), kısıtlılıklar ve olumlu etkiler alt boyut puan ortalaması arasında ise çok anlamlı düzeyde fark olduğu belirlendi (p<0,01, Çizelge 3.4.1). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde;

- Kısıtlılıklar alt boyutunda AF tanısı nedeniyle varfarin kullanan hastaların puan ortalamalarının *diğer* tüm hastalara *(hem mekanik kapak protezi hem de diğer nedenlerle ilaç kullananlarınkine göre)* göre anlamlı düzeyde düşük olduğu (p=0,003), diğer ikili gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı (p>0,05),
- Olumlu etkiler alt boyutunda ise AF tanısı nedeniyle varfarin kullanan hastaların puan ortalamalarının mekanik kapak protezi nedeniyle ilaç kullananlarınkine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p=0,001), diğer ikili gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı (p>0,05) bulundu.

Varfarin kullanan hastalarda yan etkisini yaşamadığını ifade edenlerin antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puan ve iki alt boyutunun (kısıtlılıklar ve yükler/zorluklar) puan ortalamasının yan etkisini yaşadığını ifade eden hastalara göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu (p=0,000) belirlendi. İlacın yan

etkisini yaşama durumuna göre olumlu etkiler alt boyut puan ortalaması arasında ise anlamlı düzeyde fark bulunmadı (p>0,05, Çizelge 3.4.1).

Hastaların TTR oranlarına göre antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puan ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptandı (p>0,05, Çizelge 3.4.1).

İlaç (varfarin) kullanımına yönelik bilgi alma durumuna göre ilaç kullanımı bilgisi alan hastaların olumlu etkiler alt boyut puan ortalamasının bilgi almayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi (p=<0,008). Ancak grupların antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puanı ile kısıtlılıklar ve yükler/zorluklar olmak üzere iki alt boyutunun puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadı (p>0,05, Çizelge 3.4.1).

Varfarinin etkisini arttıran ilaç kullanma durumuna göre antikoagülan memnuniyet ölçeği ve üç alt boyutunun puan ortalamaları karşılaştırıldığında, varfarinin etkisini arttıran ilaç almayan hastaların antikoagülan memnuniyet toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde (p=0,048), olumlu etkiler puan ortalamalarının ise çok anlamlı düzeyde (p=0,002) varfarinin etkisini arttıran ilaç alanlara göre düşük olduğu bulundu (Çizelge 3.4.1). Gruplar arasında kısıtlılıklar ve yükler/zorluklar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı (p>0,05) saptandı.

3.5. Hastaların Antikoagülan Memnuniyet Düzeyine Etkisi Olan Bağımsız Değişkenlerin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinin ve üç alt boyutunun puanları üzerine etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenlerin etkisini bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapıldı (Çizelge 3.5.1-3.5.4).

Varfarin kullanan hastaların antikoagülan memnuniyet toplam puanı üzerine etkisi olduğu belirlenen beş bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon (bacward yöntemi) analizinde, eğitim düzeyi değişkeninin yeterli etkiye sahip olmadığı tespit edilmiş, beş bağımsız değişkenin etkisini gösteren regresyon sonuçları Çizelge 3.5.1'de verilmiştir.

Çizelge 3.5.1. Hastaların antikoagülan memnuniyet güzeyine (DAMÖ Toplam Puanına) dört değişkenin etkisi: Regresyon analizi sonuçları (n= 192).

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	t	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	79,34	8,40		9,443	0,000	62,76	95,91
Yan etki yaşama	-11,01	2,51	-0,29	-4,381	0,000	-15,97	-6,05
Cinsiyet	10,34	2,67	0,25	3,868	0,000	5,07	15,61
Yaşadığı yer	-3,99	1,65	-0,16	-2,420	0,016	-7,24	-0,74
Etkiyi artıran ilaç alımı	-5,83	2,50	-0,15	-2,331	0,021	-10,77	-0,90
Eğitim düzeyi	-1,90	1,90	-0,07	-1,000	0,318	-5,65	1,85

Bağımlı Değişken: DAMÖ Toplam Puan
R:0,47 Adjusted R^2:0,20 F:12,910 p:0,000 Durbin Watson: 2,05

Hastalarda dört değişkenin antikoagülan memnuniyet puanına ait değişimi (varyansı) %20 oranında açıkladığı görüldü (antikoagülan memnuniyet puanı %20 oranında bu üç değişkenden etkilenmektedir, %80 oranında ise başka değişkenlerden etkilenmektedir). Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre anlamlı düzeyde etkili bulunan (yan etki yaşama ve cinsiyet p=0,000, yer p=0,016 ve ilaç kullanımı p=0,021) ve standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (Beta=β) etkili olan değişkenlerin önem sırası; (en çok önemli/etkiliden en az önemliye doğru) yan etki yaşama durumu, cinsiyet, yaşadığı yer ve varfarinin etkisini artıran ilaç kullanımı şeklindedir (Çizelge 3.5.1).

Varfarin kullanan hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinin kısıtlılık alt boyut puanı üzerine etkisi olduğu belirlenen beş bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapıldı. Bağımlı değişken olarak antikoagülan memnuniyet ölçeği kısıtlılık alt boyut puanı, yordayan (etkileyen) değişken olarak yaş, cinsiyet, sigara içme durumu, varfarin kullanma nedeni ve yan etki yaşama durumu çoklu regresyon modeline (backward yöntemiyle) alındı. Birinci modelde beş değişkenin yer aldığı analizde ikinci modelde yaş, üçüncü modelde sigara içme durumunun yeterli etkiye sahip olmadığı görüldü. Değişkenlerin hastalarda kısıtlılık puanı üzerine etkisini gösteren regresyon sonuçları Çizelge 3.5.2'de verildi.

Çizelge 3.5.2. Hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinin kısıtlılık alt boyut puanına beş değişkenin etkisi: Regresyon analizi sonuçları (n= 192).

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	t	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	14,44	4,29		3,367	0,001	5,98	22,90
Cinsiyet	5,55	1,45	0,26	3,830	0,000	2,69	8,41
Varfarin kullanım nedeni	4,82	1,46	0,22	3,297	0,001	1,94	7,70
Yan etki yaşama	-4,33	1,38	-0,21	-3,150	0,002	-7,04	-1,62
Sigara kullanımı	1,57	1,41	0,08	1,110	0,269	-1,22	4,36
Yaş	-0,88	1,15	-0,05	-0,768	0,444	-3,15	1,39

Bağımlı Değişken: Kısıtlılık Puanı
R:0,42 Adjusted R^2:0,16 F:13,344 p:0,000 Durbin Watson: 1,71

Hastalarda üç değişken antikoagülan memnuniyet ölçeği kısıtlılık alt boyut puanına ait değişimi (varyansı) %16 oranında açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre anlamlı düzeyde etkili bulunan (cinsiyet p=0,000, varfarin kullanma nedeni p=0,001 ve yan etki yaşama p=0,002) ve standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (β) etkili olan değişkenlerin önem sırası; en çok önemliden en az önemliye doğru cinsiyet, varfarin kullanma nedeni ve yan etki yaşama durumu şeklinde sıralanmaktadır (Çizelge 3.5.2).

Cinsiyet (erkek:1, kadın:2) ve varfarin kullanma nedeni (AF:1, diğerleri: 2) değişkenindeki değer artışı kısıtlılık puanlarını arttırma yönünde, yan etki yaşama durumundaki (yan etki yaşama:1, yaşamama: 2) değer artışı ise kısıtlılık puanlarını azaltma yönünde etkilemektedir.

Varfarin kullanan hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinin yükler ve zorluklar alt boyut puanı üzerine etkisi olduğu belirlenen dört bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde, yordayan (etkileyen) değişken olarak cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve yan etki yaşama durumu regresyon modeline (backward yöntemiyle) alındı.

Birinci modelde dört değişkenin yer aldığı analizde, ikinci modelde eğitim düzeyinin yeterli etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Değişkenlerin hastalarda yükler ve zorluklar puanına etkisini gösteren regresyon sonuçları Çizelge 3.5.3'de verildi.

Çizelge 3.5.3. Hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinin yükler ve zorluklar alt boyut puanına dört değişkenin etkisi: Regresyon analizi sonuçları (n= 192).

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	t	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	31,07	4,30		7,231	0,000	22,60	39,55
Yan etki yaşama	-6,94	1,40	-0,33	-4,939	0,000	-9,71	-4,17
Cinsiyet	4,28	1,49	0,19	2,884	0,004	1,35	7,22
Gelir Düzeyi	-3,07	1,30	-0,16	-2,366	0,019	-5,63	-0,51
Eğitim Düzeyi	-2,12	1,50	-0,11	-1,412	0,160	-5,09	0,84

Bağımlı Değişken: Yükler ve Zorluklar Puanı
R: 0,44 Adjusted R^2: 0,18 F:14,766 p:0,000 Durbin Watson: 2,10

Hastalarda üç değişken antikoagülan memnuniyet ölçeği yükler ve zorluklar alt boyut puanına ait değişimi (varyansı) %16 oranında açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre anlamlı düzeyde etkili bulunan (yan etki yaşama p=0,000, cinsiyet p=0,004, gelir p=0,019) ve standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (β) etkili olan değişkenlerin önem sırası; en çok önemliden en az önemliye doğru yan etki yaşama durumu, cinsiyet ve gelir durumu olarak sıralanmaktadır (Çizelge 3.5.3).

Hastaların yan etki yaşama (yan etki yaşama:1, yaşamama:2) ve gelir düzeyindeki (kötü:1, orta:2, iyi: 3) değer artışı yükler ve zorluklar puanını azaltma yönünde, cinsiyet (erkek:1, kadın:2) değişkenindeki değer artışı yükler ve zorluklar puanını arttırma yönünde etkilemektedir.

Varfarin kullanan hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinin olumlu etkiler alt boyut puanı üzerine etkisi olduğu belirlenen yedi bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapıldı. Bağımlı değişken olarak antikoagülan memnuniyet ölçeği olumlu etkiler alt boyut puanı, yordayan (etkileyen) değişken olarak yaş, eğitim, birlikte yaşadığı kişiler, varfarin

kullanma nedeni, varfarin kullanma süresi, yan etki yaşama durumu ve varfarinin etkisini artıran ilaç kullanımı çoklu regresyon modeline (backward yöntemiyle) alındı.

Birinci modelde yedi değişkenin yer aldığı analizde ikinci modelde yaş, üçüncü modelde yan etki yaşama, dördüncü modelde varfarin kullanma nedeninin yeterli etkiye sahip olmadığı görüldü. Değişkenlerin hastaların olumlu etkiler puanına etkisini gösteren regresyon sonuçları Çizelge 3.5.4'de verildi.

Çizelge 3.5.4. Hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinin olumlu etkiler alt boyut puanına yedi değişkenin etkisi: Regresyon analizi sonuçları (n= 192).

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	t	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	31,20	3,01		10,374	0,000	25,26	37,13
Eğitim Düzeyi	-2,25	0,60	-0,25	-3,736	0,000	-3,43	-1,06
Birlikte yaşadığı kişiler	-2,02	0,69	-0,20	-2,930	0,004	-3,37	-0,66
Etkiyi artıran ilaç alımı	-2,36	0,89	-0,18	-2,644	0,009	-4,13	-0,60
Varfarin kullanım süresi	-2,41	0,99	-0,16	-2,432	0,016	-4,36	-0,45
Varfarin kullanım nedeni	-1,61	1,06	-0,11	-1,521	0,130	-3,70	-0,48
Yan etki yaşama	0,47	0,92	0,04	0,514	0,608	-1,34	2,28
Yaş	0,13	0,79	-0,01	-0,163	0,871	-1,69	1,44

Bağımlı Değişken: Olumlu Etkiler Puanı
R:0,42 Adjusted R^2:0,16 F:10,013 p:0,000 Durbin Watson: 2,22

Hastalarda dört değişken antikoagülan memnuniyet ölçeği olumlu etkiler alt boyut puanına ait değişimi (varyansı) %16 oranında açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre anlamlı düzeyde etkisi bulunan değişkenlerin (eğitim p=0,000, birlikte yaşadığı kişiler p=0,004 ve etkiyi artıran ilaç alımı p=0,009, varfarin kullanma süresi p=0,016) standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (β) en çok önemliden en az önemliye doğru eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, etkiyi artıran ilaç alımı ve varfarin kullanma süresi olarak sıralanmaktadır. Hastalarda dört değişkendeki değer artışı olumlu etkiler puanını azaltma yönünde etkilemektedir.

4. TARTIŞMA

Varfarin kullanan bireylerin tedaviye ilişkin memnuniyet algılarının incelendiği çalışmamızda, hastaların sosyodemografik, sağlık, hastalık ve tedavi özellikleri ile TTR oranlarına göre tedaviye yönelik memnuniyet algıları belirlenmeye çalışılmıştır.

4.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Araştırmaya alınan bireylerin yaş ortalaması 59,44±13,50 olup, varfarin kullanan hastalarla yapılan çalışma gruplarıyla benzerdir (Elitoğ 2008, Yahaya ve ark 2009, Ávila ve ark 2011, Mercan ve Enç 2011, Cano ve ark 2012, Alışır ve ark 2013, Carvalho ve ark 2013, Matalqah ve ark 2013, Özcan ve ark 2013, Wang ve ark 2014, Yıldırım ve Temel 2014, Mohamed ve ark 2015, Naderiravesh ve ark 2015, Doğu ve Acaroğlu 2016, Mayet 2016, Eltayeb ve ark 2017). AF ve tromboembolik hastalıkların çoğunlukta olduğu çalışma gruplarının yaş ortalaması ise bizim grubumuzdan yüksektir (Samsa ve ark 2004, Sayhan ve ark 2014, Yaylacı ve ark 2014, Dağcı ve Ören 2015, Diana ve ark 2015). Bunun sebebi ise AF'nin ve tromboembolik hastalıkların yaşla birlikte artış göstermesidir. Varfarin kullanan hasta grubunda günümüzde özellikle non-valvüler AF hastalarında yeni nesil OAK kullanımının yaygınlaşmasının hastaların yaş ortalamasını değiştirdiği düşünülmüştür. Araştırma grubumuzun çoğunluğunun (%66,1) kadın oluşu diğer birçok çalışmayla ortaktır (Almeida ve ark 2011, Mercan ve Enç 2011, Alışır ve ark 2013, Carvalho ve ark 2013, Özcan ve ark 2013, Yaylacı ve ark 2014, Dağcı ve Ören 2015, Diana ve ark 2015, Köksal ve Avşar 2015, Naderiravesh ve ark 2015, Doğu ve Acaroğlu 2016, Mayet 2016, Eltayeb ve ark 2017). Bu durum varfarin kullanım endikasyonu olan hastalıkların kadınlarda daha fazla görüldüğünü desteklemektedir. Varfarin kullanan hastaların büyük bir kısmı (bu çalışma için %82,8) evli ve (bu çalışma için %59,9) ilköğretim mezunudur (Almeida ve ark 2011, Carvalho ve ark 2013, Köksal ve Avşar 2015, Naderiravesh ve ark 2015, Doğu ve Acaroğlu 2016). Çalışma grubumuzun çoğunluğu (%91,7) diğer birçok çalışma grubundaki (Dantas ve ark 2004, Ávila ve ark 2011, Matalqah ve ark 2013, Dağcı ve Ören 2015, Mayet 2015, Eltayeb ve ark 2017) gibi çalışmayan veya emekli hastalardan oluşmaktadır. Çalışmamızda emekli ve ev hanımlarının çoğunluğu oluşturması kadın hastaların

çoğunun ev hanımı, erkek hastaların yaş ortalamasının emeklilik yaşına uyması ile ilgilidir.

Çalışmamızda bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarını incelersek, %87'si sigara kullanmamaktadır. Bu durum bazı çalışmalarla (Dağcı ve Ören 2015, Mayet 2016) benzerdir. Oranın bu kadar yüksek çıkmasının sebebi örneklem grubunun çoğunluğunun kadınlardan oluşmasıyla alakalı olabilir. Kullananların kullanma yılı ortalama 27,92±13,34 olarak bulunmuştur. Alkol kullanmayanların oranı ise %99'dur.

Hastaların çoğunluğunda (%69,8) literatüre uyumlu olarak (Mercan ve Enç 2011, Carvalho ve ark 2013, Özcan ve ark 2013, Dağcı ve Ören 2015, Köksal ve Avşar 2015) mevcut hastalığına eşlik eden başka hastalık bulunmaktadır. Bu hastalıklardan ilk sırayı (bu çalışma için %40,3) HT (Eroğlu ve ark 2012, Özcan ve ark 2013, Dağcı ve Ören 2015), ikinci sırayı ise (bu çalışma için %24,6) DM (Özcan ve ark 2013, Dağcı ve Ören 2015) almaktadır. Varfarin kullanımını gerektiren hastalıkların dışında kronik hastalıklardan ilk sıraları HT ve DM'nin alması, toplumumuzda sıkça bulunan hastalıklar olması sebebiyle beklenen bir sonuçtur.

Hastaların büyük çoğunluğu (%92,7) varfarin harici sürekli ilaç kullanırken, kullanılan ilaç sayısı ortalama 3,24±2,21'dir. Varfarin kullanan hastalar ile yapılan birçok çalışmada (Samsa ve ark 2004, Almeida ve ark 2011, Mercan ve Enç 2011, Dağcı ve Ören 2015, Korkmaz ve ark 2015) hastaların büyük bir kısmının ek olarak sürekli başka ilaç/ilaçlar kullandığı saptanmıştır. Gerek ülkemizde gerekse dünya genelinde kronik hastalıklar ve beraberinde getirdiği çoklu ilaç kullanımı giderek artmaktadır. Alınan ilaçların çoğu ise benzer araştırmalardaki (Almeida ve ark 2011, Sayhan ve ark 2014, Yıldırım ve Temel 2014) gibi varfarinin etkisini artıran gruptandır. Varfarin-ilaç etkileşimlerini göz önünde bulundurduğumuzda bu oran çalışma sonuçlarını etkileyebilecek niteliktedir.

Çalışmaya alınan hastalar ortalama 7 yıl ve üzerinde varfarin kullanmakta olup, günlük yaklaşık 5 mg varfarin almaktadırlar. Çalışmamızdaki hastaların varfarin kullanım nedeni en sık mekanik kapak protezi (%45,8)'dir. Doğu ve Acaroğlu (2016)'nun çalışmasında ve benzer bazı çalışmalarda (Alışır ve ark 2013, Özcan ve ark 2013, Eltayeb ve ark 2017) çoğunluk mekanik kapak protezi sebebiyle

varfarin kullanmaktayken, diğer bazı çalışmalarda (Samsa ve ark 2004, Yahaya ve ark 2009, Ávila ve ark 2011, Sayhan ve ark 2014, Mohamed ve ark 2015) ilk neden AF'dir.

Hastaların %62,5'i varfarin kullanımı konusunda herhangi bir bilgi almamışken, alanların bilgi kaynağının büyük bir kısmı (%93,1) doktorlardır. Varfarin kullanımı ile ilgili bilgi alınıp alınmadığının sorgulandığı çalışmaların çoğunda hastalar herhangi bir bilgi almamışken, bilgi alanların büyük bir yüzdesi ise bilgiyi hekimlerden aldığını bildirmiştir (Dantas ve ark 2004, Mercan ve Enç 2011, Korkmaz ve ark 2015, Köksal ve Avşar 2015, Doğu ve Acaroğlu 2016, Sharaf ve ark 2017). Hemşirelerin verdiği bilgi ise çoğunda %10'u geçmemiştir. Bu duruma neden olarak tedaviye çoğunlukla polikliniklerde başlanması ve varfarin eğitim hemşireliği olmaması sebebiyle hemşirelerin hastayı görmemesi gösterilebilir.

Antikoagülan tedavi ve varfarin kullanımı konusunda eğitim kaynağı olması gereken hemşirelerin bu konuda bilgi düzeylerinin düşük olduğu (Oterhals ve ark 2014), kardiyovasküler hemşirelerinin OAK tedavi, varfarin-diyet ve varfarin-ilaç etkileşimleri hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları, hastalarla antikoagülasyon yönetimi üzerine tedavi kararları verirken multidisipliner ekip tartışmalarına yeteri kadar katılmadıkları (Ferguson ve ark 2016) bildirilmiştir. Varfarin kullanımı ile ilgili hemşireler üzerinde yapılan bir algı çalışmasında ise hemşirelerin yaşlılarda varfarin kullanımı konusunda endişeli, ancak müdahale etmek için yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündükleri bulunmuştur. Sonuç olarak hemşireler potansiyel kaynak olarak yeterince kullanılmamaktadır (Bajorek ve ark 2006). Kardiyovasküler hemşireler, hastalara sağladıkları eğitim ve bakım açısından antikoagülasyon terapisine ilişkin mevcut kanıta dayalı bilgilere daha fazla hâkim olmalıdırlar. Aksi takdirde OAK tedavisi hakkında bilgi eksikliği, uygunsuz hasta danışmanlığına ve tıbbi sonuçların olumsuz sonuçlanmasına neden olabilir. Hastaların antikoagülasyon terapisi hakkındaki bilgileri, tromboprofilaksinin etkinliğinin belirleyicisidir. Hemşireler, kendi kendine yönetim de dâhil olmak üzere antikoagülasyonun her alanında hastalara danışmanlık ve eğitim sağlamak için iyi yetiştirilmelidir.

Çalışmamızdaki hastalarda ilaca bağlı yan etki yaşama durumu %50,5 iken, en çok yaşanılan yan etki (%63,9) ise kanamadır. Varfarin tedavisi alan hasta gruplarında kanama yan etkisinin sıklıkla deneyimlendiği görülmektedir (Sayhan ve

ark 2014, Doğu ve Acaroğlu 2016). Aşiret ve Özdemir (2012)'in bildirdiğine göre varfarin kullanan hastalarda %6 olan kanama oranının %2'sini majör kanamalar, %0,08'ini fatal kanamalar oluşturmaktadır. En sık görülen kanama lokalizasyonu üst GİS'dir (Sayhan ve ark 2014). Doğu ve Acaroğlu (2016)'nun çalışmasına göre hastalar OAK ile bitkisel ürünleri kullanmaktan kaçınmaktadırlar. İlk değerlendirmede uygun davranış gibi görünse de bilinçsiz bir tutum olduğu ortaya çıkmıştır. Çok az hasta varfarin-gıda-ilaç etkileşiminden haberdardır. Bu durum ise kanama komplikasyonu ile karşılaşma oranını artırmaktadır.

Hastaların %70,3'ü etkin TTR oranının altında olup, ortalama TTR oranı %42,74±22,31'dir. Mayet (2016)'in çalışmasında, çalışma süresince katılımcıların %35,4'ünde iyi antikoagülasyon kontrolü olduğu bulundu (TTR >% 75). Matalqah ve ark (2013)'nın çalışmalarında ortalama TTR %53,6±24,8, Alışır ve ark (2013)'nın çalışmasında hastaların etkin INR düzeyine ulaşma oranı %47,6 idi. Başka bir çalışmada ise hastaların zamanlarının ortalama %55'ini terapötik INR aralığında geçirdiği (Baker ve ark 2009), beş değerlendirmeden fazla INR değerine bakılan araştırma bulgusuna göre ise hedeflenen seviyeye ulaşan ortalama INR yüzdesinin %40 olduğu bulundu (Yahaya ve ark 2009). Dağcı ve Ören (2015)'in çalışmalarında etkin INR düzeyine ulaşma oranı eğitim sonrası üçüncü ayda literatürle benzer şekilde %46,9 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %73,5'lik kısmının INR değerinin terapötik aralıkta olduğu yurt dışı çalışmasında ise bireylerin %38'inin düzenli olarak varfarin kliniklerine katıldığı tespit edilmiştir (Naderiravesh ve ark 2015). Telefon temelli evde antikoagülasyon yönetimi uygulanan hastalarda ise INR'nin terapötik aralıkta olduğu ortalama süre ancak %62,75 olarak bulunmuştur (Hassan ve ark 2013). Yapılan birçok çalışmaya göre anlaşılmaktadır ki INR'nin terapötik aralıkta olduğu süre ülkemizde ve dünya genelinde hedeflenenin altındadır. Bu duruma sebep olarak standart uygulamaların yetersizliği gösterilebilir. Antikoagülan kliniklerinin yaygınlaşmış olmaması, evde kendi kendine test ve INR yönetiminin geniş kitlelere uygulanamaması ve gerek telefon gerek web tabanlı hasta izleminin yeterince yapılamıyor olması etkin antikoagülasyon yönetimini engellemektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin DAMÖ'den aldıkları puan ortalaması 61,71±19,34'dür. Brezilya'da yapılan bir çalışmada da bireyler ortalama 67,1(± 18,2)

puan alırken (Almeida ve ark 2011), benzer şekilde Mert ve ark (2016)'nın çalışmalarında da yaşlı hastalarda antikoagülan kullanımına ilişkin memnuniyetin düşük olmadığı, tedaviyi olumlu algıladıkları tespit edilmiştir. Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmalarında ise ölçek puan ortalaması 85,0±25,1 idi. Çalışmaya katılan bireylerin memnuniyet durumları bizim çalışmamızda daha iyimserdir. Orijinal ölçek çalışmasında ortalama puan 54 iken (Samsa ve ark 2004), antikoagülan kullanımından en memnun gözüken çalışma grubu 45 ortalama puanla Carvalho ve ark (2013)'nın Brezilya'daki araştırmasındadır. Alt boyutlardan alınan puan ortalamaları ise kısıtlılıklar düzeyinde 25,27±10,32 iken, Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmasında 31,7±12,3, Almeida ve ark (2011)'nın çalışmasında 21,8±0,7'dir. Morarma ve/veya kanama yaşama durumu veya yaşama endişesi hastaların gerçekleştirdiği aktiviteleri orta düzeyin altında kısıtlarken, en fazla Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışma grubunda kısıtlılık yaşanmıştır. Yükler ve zorluklar düzeyinde 22,01±10,65 olan puan ortalamaları Almeida ve ark (2011)'nın çalışmasına yine benzerdir (23,7±2,0). Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmasında 31,1±13,2 puanla daha yüksek tespit edilmiştir. Hastaların tedavi ile ilgili algıladıkları sorumluluk yükü ve zorlukları yine en yüksek Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmasında olup orta düzeydedir. Olumlu etkiler düzeyinde ise 14,4±6,65 ortalama ile en düşük puan çalışmamızdadır. Diğer iki çalışmanın (Almeida ve ark 2011, Yıldırım ve Temel 2014) olumlu etkiler ortalama puanı benzerdir (sırayla 22,6±1,7;22.3±8.1). Çalışma grubumuz bilgi ve hissettikleri ile ilgili sorunları daha olumlu yaşamaktadır. Ortaya çıkan farklılıklar çalışma gruplarının sayıları veya daha çoğunlukla çalışma yapılan bölgelerden kaynaklanabilir.

4.2. Hastaların Antikoagülan Tedavi Memnuniyeti Puanlarına Etki Eden Değişkenlerin Tartışılması

Hastaların yaş gruplarına göre antikoagülan memnuniyetinde kısıtlılıklar ve olumlu etkiler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). İleri analizde, 40 yaş altı hastaların yan etkilere bağlı kısıtlılıkları 65 yaş ve üzerinde olan hastalara göre daha fazla yaşamakta olduğu tespit edilmiştir. Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmasında da yaş artışıyla antikoagülan tedavi sırasında yaşanan kısıtlılıklar, yükler ve zorlukların azaldığı görülmüştür. Çalışmamızın aksine Mohamed ve ark (2015)'nın çalışmasında daha

genç hastaların memnuniyeti daha yüksek iken Naderiravesh ve ark (2015) araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yaş 50 yıldan az olduğunda varfarin tedavisine düşük bağlılık (Mayet 2016), genç yaşın uyumsuzluk için bir risk faktörü olması (Zhao ve ark 2017) araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Genç yaş grubundaki hastalar uzun süre ilaç kullanma konusunda yoğun iş programları sebebiyle veya hastalığı kabullenme ve başetme mekanizmalarının deneyimlenmemesinden kaynaklı zorluk yaşayabilirler. Araştırmamızda ayrıca 65 yaş ve üstünde olan hastaların olumlu etkileri 40-64 yaş arasında olanlarınkine göre daha az algıladığı görülmüştür. Almeida ve ark (2011) da çalışmalarında aynı sonuçları elde etmiştir. Elitoğ (2008)'a göre yaş artışıyla varfarin ilaç bilgi düzeyleri azalmaktadır. Olumlu etkiler alt boyutu ise bilgi ile ilgili algılanan sorunları yansıtmaktadır ve 65 yaş üstünde bu sorunlar daha fazla görülmektedir.

Hastaların cinsiyetine göre antikoagülan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde toplam memnuniyet puanı, alt boyutlardan kısıtlılıklar ve yükler/zorluklar puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p<0,001$), erkek hastaların puan ortalamasının kadın hastalara göre düşük olduğu bulundu ($p<0,001$). Erkek hastalar bu durumda olumsuzlukları kadın hastalara göre daha az algılamaktadırlar. Çalışmamıza paralel olarak Diana ve ark (2015) ve Eltayeb ve ark (2017) çalışmalarında tedavi memnuniyetinde olumsuzlukları kadınların daha fazla hissettiğini, erkek hastaların tedaviyi daha pozitif algıladığını bbildirmişlerdir. Buna karşın bazı çalışmalarda tedaviye bağlılık ve memnuniyet ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunamamıştır (Yıldırım ve Temel 2014, Naderiravesh ve ark 2015). Erkek ve kadın hastalar antikoagülan kullanımı ile ilgili olumlu etkileri benzer oranda yaşamaktadırlar. Karşılaştırılan çalışma gruplarının diğer özelliklerinin benzerliği dikkate alınırsa cinsiyete göre memnuniyetin değişken olduğu sonucuna varabiliriz. Bu değişkenliği daha geniş çalışma gruplarıyla yapılan çalışmalarla kontrol altına alabiliriz.

Medeni duruma göre evli olan hastalarda antikoagülan memnuniyet toplam puan ve kısıtlılıklar alt boyut puan ortalamasının daha düşük olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptandı ($p>0,05$). Evde birlikte yaşadığı kişilere göre yapılan ileri analizde eşi ve çocuklarıyla birlikte

yaşayan hastaların varfarin kullanımı ile ilgili olumlu etkileri sadece eşiyle yaşayanlara göre daha çok algıladıkları belirlendi. Yalnız yaşayan hastaların ölçek puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarının evlilere göre daha yüksek olması, yükler ve zorlukları daha fazla yaşadıklarını ve bu durumun tedavi memnuniyeti algısını düşürdüğü söylenebilir (Yıldırım ve Temel 2014). Evli hastaların yalnız olanlara göre antikoagülan kontrolünü daha iyi yaptığı (Mohamed ve ark 2015), eşlerin çoğu zaman hastalardan daha bilgili ve tedavi rejimini izlemekte daha dikkatli olduğu (Dantas ve ark 2004) belirlenmiştir. Varfarin tedavisine bağlılık ile hane halkı arasında korelasyon bildirilmiştir. Mevcut kanıt, aile üyeleriyle yaşayan hastaların tedavi rejimine bağlı olduğu, özellikle eşlerin aktif bakımla ilgilendikleridir (Naderiravesh ve ark 2015). Hastalara ilacın kullanılmasında ve dikkat edilecek konularda yardımcı olacak bir bireyin olması, yalnız yaşamaması tedaviye bağlılığı artırırken (Ávila ve ark 2011), eş desteği yanında çocuklarının da desteğini hissetmeleri tedaviyi daha olumlu algıladıklarını göstermiştir.

Çalışmada üniversite mezunu olan hastaların antikoagülan tedaviden diğer gruplara göre memnuniyet durumunun yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda yükler/zorluklar alt boyut puan ortalamasının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu, tedavi ile algılanan sorumluluk ve zorlukların daha az yaşandığı tespit edilmiştir. Eğitimi olmayan hastaların ise diğer gruplara göre olumlu etkileri daha az algıladıkları belirlenmiştir. Olumlu etkiler alt boyutu ise bilgi ile alakalı olduğu için elde edilen sonuçlar son derece doğaldır. Diğer bazı çalışmalarda da benzer sonuçlarla daha eğitimli hastaların daha fazla bilgi sahibi olduğu (Doğu ve Acaroğlu 2016) ve tedavi ile ilgili komplikasyonların daha iyi anlaşıldığı için tedavi uyumlarının yüksek olduğu (Sharaf ve ark 2017) tespit edilmiştir. Daha iyi bilgi, daha yüksek memnuniyet, daha az endişe, daha yüksek tedavi uyumu ve iyi INR kontrolü ile ilişkilidir (Wang ve ark 2014). Hastaların düşük eğitim seviyesinde INR kontrolü zayıf (Mayet 2016), tedaviye yönelik algıları daha olumsuzken (Diana ve ark 2015), ikincil ve üstü eğitim seviyesindeki hastalar, bu seviyenin altında eğitimli olanlara kıyasla tedaviden yaklaşık 8 kat daha memnundur (Eltayeb ve ark 2017). Yüksek eğitim düzeyi, hastaların verilen eğitimleri daha iyi algılamalarına ve daha kolay iletişim kurulabilmesine olanak tanır. Aynı zamanda bu tür hastalar, farkındalık ve algı düzeylerini artıran diğer kaynaklardan hastalık durumlarıyla ilgili önemli bilgiler edinme yeteneğine sahiptir. Bu durum da hastaların hastalığa karşı

(güven, memnuniyet ve rahatlık gibi) olumlu etkileri daha fazla yaşamalarına, bu hastaların sorunlarla daha bilinçli olarak baş edebilmelerine zemin hazırlamaktadır.

Çalışan hastaların olumlu etkiler alt boyutu puan ortalaması çalışmayan hastalara göre daha yüksek olmakla birlikte, hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmalarında da çalışma durumuna göre antikoagülan tedavi memnuniyeti benzer algılanmaktadır. Araştırmalarda işsiz olan hastaların zayıf INR kontrolü ile ilişkili olduğu (Mayet 2016), çalışan hastaların çalışmayanlara oranla, varfarin tedavisinden yaklaşık 3 kat daha memnun oldukları tespit edilmiştir (Eltayeb ve ark 2017). Buna karşın çalışan hastaların daha yoğun olması ve ilaçlarını almayı unutması, ev hanımlarının ve çalışmayan hastaların zamanlarını yönetebilecekleri, tedavi rejimlerini ve tıbbi randevuları daha etkili bir şekilde takip edebilecekleri de muhtemeldir (Naderiravesh ve ark 2015).

Gelir durumuna göre grupların antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puan ve olumlu etkiler boyutunda gelir durumu arttıkça puanlar düşmüştür, ancak bu fark anlamlı düzeyde değildir. Gelir durumuna göre ileri analizde gelir durumu iyi olan hastaların yükler/zorlukları gelir düzeyi kötü olanlarınkine göre anlamlı düzeyde daha az yaşadığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Varfarin tedavisi uzun süreli ve laboratuvar kontrollerini gerektiği için maliyeti olan bir tedavidir. Tedavi ile ilgili maliyetlerin tedaviye bağlılığı etkilediği (Naderiravesh ve ark 2015), antikoagülasyon süresi kısa olanlarda maliyetin düşük oluşuna bağlı hasta kararlılığının daha yüksek olduğu (Ávila ve ark 2011) çalışmalarla desteklenmiştir.

İl merkezinde yaşayan hastaların genel olarak antikoagülan memnuniyeti köy/kasabada yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha iyidir. İl merkezinde hastaların sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı, tedavinin sürdürülebilirliği ve gelişebilecek olumsuzlukların daha kolay kontrol altına alınabileceğinin hasta ve yakınları tarafından bilinmesi, endişeleri azaltacak ve memnuniyeti artıracak bir etkidir. Çalışmanın yapıldığı bölgenin il merkezinin köy/kasabalara uzak oluşu bu bulgumuzu desteklemektedir.

Hastaların hem eşlik eden hastalık durumu hem de varfarin dışında ilaç kullanma durumuna göre antikoagülan memnuniyet düzeyleri toplam ölçek ve üç alt

boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Çalışmalar varfarinle birlikte kullanılan ilaç sayısının artışıyla hastalarda INR etkinliğinin kötüye gittiğini, varfarin-ilaç etkileşiminin daha fazla görülebileceğini vurgulamışlardır (Hassan ve ark 2013, El Ghousain ve ark 2014). Zhao ve ark (2017) çalışmalarında kardiyovasküler hastalıkları olan hastaların tedaviye bağlılığını yüksek bulmuşlardır. Bu durumu hastaların semptomatik olması, tıbbi tavsiyeleri izlemek için aciliyet hissetme olasılığı ile açıklamışlardır. Yıldırım ve Temel (2014)'in araştırmalarında hastaların birden fazla kronik hastalığının olup olmaması, hastaların tedavi memnuniyetini, kısıtlılıklarını ve olumlu etkilerini etkilemezken hasta için yükler ve zorlukları artırmıştır. Almeida ve ark (2011)'nın çalışmasında eşlik eden hastalık varlığı tedavi memnuniyetini düşürürken, Carvalho ve ark (2013)'nın çalışmasında ise durum tam tersi bulunmuştur. Son çalışmada ilave kronik durumlar için günlük ilaç almaya alışmış bir kişinin, günlük listeye bir ilaç daha eklemesinin bir ilaca yeni başlanıp alışkanlık kazandırılmasından daha kolay olabileceğini, bu sebeple tedavi memnuniyetini artırabileceği savunulmuştur. İlave ilaç kullanımı ve kronik hastalık sebebiyle sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı, komplikasyon gelişme olasılığı daha fazla olabileceği için hasta memnuniyetinin azalabileceği de göz ardı edilmemelidir. Bu durumda ilave ilaç kullanımı ve eşlik eden kronik hastalık varlığının tedavi memnuniyeti üzerine etkisi değişkendir diyebiliriz.

Sigara içme durumuna göre antikoagülan memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, grupların kısıtlılıklar alt boyutunda anlamlı düzeyde fark olduğu, ileri analizde sigarayı bırakan hastaların kısıtlılıkları sigara içmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha az algıladığı belirlendi. Sigarayı içip de bırakmış olan grubun sağlık için olumlu davranış geliştirme eğiliminde olduğunu varsayarsak elde edilen sonuç olağandır. Sigarayı bıraktığını ifade eden hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinden aldıkları hem toplam puan hem de iki alt boyutun (kısıtlılıklar hariç) puan ortalamaları (olumlu etkilerde fark en az) diğer gruplardan daha düşük olmasına karşın aradaki farkın anlamlı düzeyde bulunmamasında gruplardaki örneklem sayısının az olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Hastaların varfarin kullanımına ilişkin özelliklere göre antikoagülan memnuniyet düzeylerini incelediğimizde varfarin kullanma süresinin antikoagülan

memnuniyeti olumlu etkiler alt boyutunu etkilediği bulunmuştur. İleri analizde 10 yıl ve daha uzun süredir ilaç kullanan hastaların olumlu etkileri 10 yıldan daha kısa süredir kullananlara göre daha fazla deneyimlediği tespit edilmiştir. Benzer çalışmalarda da hastaların tedavi süresine göre, hastalığa ilişkin memnuniyet algısının olumlu etkiler alt boyutu açısından bir yıldan daha kısa süre tedavi alanların memnuniyetleri düşüktür (Almeida ve ark 2011, Yıldırım ve Temel 2014, Diana ve ark 2015). Hastaların haftalık varfarin kullanma dozunun antikoagülan memnuniyeti üzerinde anlamlı farklılık yaratmadığı görülmüştür.

AF tanısı nedeniyle varfarin kullanan hastalar kısıtlılıkları daha az algılamaktadır. Olumlu etkileri ise AF tanısı nedeniyle varfarin kullanan hastalar mekanik kapak protezi nedeniyle ilaç kullananlarınkine göre anlamlı düzeyde daha az deneyimlemektedir. Benzer şekilde AF/aritmi tanılı hastaların tedavi memnuniyeti ve kısıtlılıkları, kapak hastaları, DVT ve diğer hastalara oranla daha az yaşadıkları saptanmıştır (Yıldırım ve Temel 2014). Carvalho ve ark (2013) araştırmalarında, AF ve DVT / pulmoner tromboembolide olan bireylerin, mekanik kapak protezi olan gruba kıyasla daha yüksek DAMÖ değerleri ile düşük memnuniyet sergiledikleri görülmüştür. Mekanik kapak protezi olan hastalarda hedeflenen etkin INR aralığının daha yüksek oluşu hastalarda morarma/kanama gibi komplikasyonların görülme oranını yükseltebilir. Bu da kısıtlılıkları daha fazla deneyimlemelerine yol açar. Alışır ve ark (2013) çalışmalarında protez kapak uygulanan hastaların etkin INR düzeyini diğer varfarin kullanan hasta gruplarına oranla hayli düşük bulmuşlardır. Bu durumda protez kapak uygulanan hastalarda tedavi uyumu ve memnuniyeti ayrıca gözden geçirilmelidir. Buna karşın etkin INR'nin sağlanamaması kapak trombüslerine neden olabilir ve tedavinin yeniden ameliyata kadar uzaması söz konusu olabilir. Hastalar bu durumun farkında olduklarından tedaviye azami dikkat ile tedavi bağlılığı ve güven duygusuyla memnuniyeti daha fazla yaşayabilirler.

Varfarin kullanan hastalarda yan etkisini yaşamadığını ifade edenlerin antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puan ve iki alt boyutunun (kısıtlılıklar ve yükler/zorluklar) puan ortalamasının yan etkisini yaşadığını ifade edenlerinkine göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu ($p<0,001$) belirlendi. Varfarin kullanımına bağlı yan etki yaşama durumunun yapılan çalışmalarda hastaların tedavi memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir

(Almeida ve ark 2011, Yıldırım ve Temel 2014, Diana ve ark 2015, Mert ve ark 2016). Morarma ve kanama öyküsü olan hastaların, bu sorunları yaşamayan hastalara göre tedavi memnuniyeti ve olumsuz etkileri (kısıtlılık, yükler ve zorluklar) daha fazla deneyimledikleri saptanmıştır. Kanama sıklığının antikoagülan ilaç tedavisinde sağlık algısını etkilediğini, kanama riskinin endişe yarattığı ve yaşam kalitesi algısını olumsuz değerlendirmeye sebep olduğunu bildirmişlerdir (Yıldırım ve Temel 2014). Bu sonuçlar yan etki deneyimleyen hasta grubunda tedavi yönetiminin daha zor olmasına neden olmaktadır. İlacın yan etkisini yaşama durumuna göre hastalar benzer olumlu etkiler algılamaktadır.

Hastaların TTR oranlarına göre antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puan ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptandı. Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmalarında INR testini düzenli olarak yaptırmayan hastalarda yük ve zorlukların daha fazla yaşandığı saptanmıştır. Çalışmamızda ise TTR oranının hesaplanabilmesi için belirli bir süredir takip edilen hastalar değerlendirildiği için elde edilen sonuçlar normal karşılanabilir. Mayet (2016)'in çalışmasında da antikoagülan tedaviye bağlılık ile antikoagülasyon kontrolü arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Wang ve ark (2014) çalışmalarında varfarin tedavisinde iyi tedavi bilgisi, yüksek memnuniyet ve yüksek uyum ile iyi INR kontrolünün ilişkili olduğunu bulmuştur. Bir başka çalışmada sadece varfarin tedavisi ile ilgili bilgi düzeyi yüksek hastalarda TTR oranı %60'ın üzerine çıkabilmiştir (Matalqah ve ark 2013).

İlaç (varfarin) kullanımına yönelik bilgi alma durumuna göre ilaç kullanımı bilgisi alan hastaların olumlu etkileri bilgi almayanlarınkine göre daha çok algıladığı belirlenmiştir. Ancak grupların antikoagülan memnuniyetini ve olumsuzlukları algılama durumu benzerdir. OAK kullanan bireylerin ilaç kullanma konusunda eğitim alma durumu varfarin tedavisiyle ilgili bilgi düzeyini anlamlı derecede yükseltmiş (Elitoğ 2008, Özcan ve ark 2013, Dağcı ve Ören 2015, Doğu ve Acaroğlu 2016) ve davranış değişikliğine yönlendiren faktör olmuştur (Doğu ve Acaroğlu 2016). Aynı zamanda tedaviye ilişkin yeterli eğitim almanın yaşlı bireylerde tedavi memnuniyetini ve yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (Mert ve ark 2016).

Varfarinin etkisini arttıran ilaç kullanma durumuna göre, varfarinin etkisini arttıran ilaç almayan hastaların antikoagülan memnuniyet toplam puan

ortalamalarının anlamlı düzeyde ($p<0,05$), olumlu etkiler puan ortalamalarının ise çok anlamlı düzeyde ($p<0,01$) varfarinin etkisini arttıran ilaç alanlarınkine göre düşük olduğu bulundu. Gruplar arasında kısıtlılıklar ve yükler/zorluklar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı. Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmalarında pıhtı-önleyici tedavi alan bireylerin yaşadığı sorunların ilaç çeşidinden etkilenmediği belirlenmiştir. Bu durumu, çalışma grubunun antikoagülan ilaçları oral yoldan almaları ve antikoagülan tedavi yönetimini öğrenmiş olmalarına bağlamışlardır. Tedavi memnuniyeti ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir başka araştırmada varfarinin etkisini arttıran ilaç kullanmanın yaşam kalitesinin daha olumsuz algılanmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Almeida ve ark 2011). Hastaların OAK yan etkisi olarak çoğunlukla kanama ve/veya morarma yaşadığı bilinmektedir. Varfarinin etkisini artıran ilaçlar ise kanamaya eğilimi artırmaktadır. Hastalarda bu tür hemorajik yan etkilerin görülme olasılığının yükselmesinin, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Genel olarak değerlendirdiğimizde, her kronik hastalık tedavi ve bakım hizmetlerine ulaşım, tedaviyi sürdürme ve komplikasyonları nedeniyle hastalık yükü ve hastaneye yatış gibi maliyetler getirmektedir. Varfarin tedavisi alan hastaların kontrollere gitmek için güçlük yaşaması tedavi memnuniyetini ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Mert ve ark 2016). Moreira da Silva ve ark (2016) konu ile ilgili 16 yayın taramışlar ve ileri yaş, sosyoekonomik faktörler, olası komplikasyon korkusu, düşük eğitim düzeyi, her gün ilaç alımı, tekrarlayan ambulatuvar izlem, gıda ve ilaç etkileşimi ve hastaların kendi sağlık durumunu algılamasının tedaviyi algılamada ve sürdürmede etkili olabileceğini bildirmişlerdir. DSÖ'ye göre, uzun vadeli terapilere uyumsuzluk gelişmiş ülkelerde %50 civarındadır ve bu oran gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir (Moreira da Silva ve ark 2016). Varfarindeki hasta inançları ile bağlılık değerlendirildiğinde gereklilik inancının güçlendirilmesinin bu hastalarda kasıtlı veya kasıtsız uyumsuzluğun önüne geçebileceğini ve tedavide sürekliliği sağlayabileceğini göstermektedir. Daha önce yapılan bir araştırma, hastaların ilaçları gereksiz bulduklarında ilacı almayı muhtemelen unuttuklarını göstermektedir (Zhao ve ark 2017). Yapılan kalitatif bir çalışmada ise varfarin rejimi ile hasta memnuniyeti düzeyi yüksek bulunmuştur. Katılımcılar, güvenilir bir doktor ve hemşire ekibi tarafından koordinasyon ve devamlılık sağlanmasını yüksek memnuniyet

derecelerine önemli katkıda bulunan faktörler olarak ifade etmişlerdir (Dantas ve ark 2004).

Çalışmamızda INR etkinliği ile tedavi memnuniyeti arasında ilişki saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda antikoagülasyon kontrolü ile varfarin tedavisine uyum (Mayet 2016), kanama riski (Eroğlu ve ark 2012) ve antikoagülasyon bilgisi (Yahaya ve ark 2009) arasında bir ilişki bulunamamıştır. Eltayeb ve ark (2017)'nın çalışmasında ise tedaviye uyum ile hasta memnuniyeti arasında ilişki bulunamamıştır. Katılımcıların çoğunun varfarin tedavisinden memnun olduğu bir diğer çalışmada memnuniyetsizlik sebebi, INR testi için hastaneye gitme ve bunun getirdiği maliyet ve rahatsızlık, tedavi ile ilgili eğitim eksikliği ve hastaların klinisyenler tarafından hastalık geçmişleri hakkındaki yetersiz farkındalıklarıdır (Dantas ve ark 2004).

Araştırma kapsamında değerlendirme imkanı bulamadığımız fakat antikoagülan tedaviden memnuniyeti etkileyen çalışmalar yapılmıştır. Salvador ve ark (2008)'nın çalışmasında kendi kendine test ve telefon ile izlem ile öz-yönetim artmış, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesini artıran bir çıktı olarak önümüze çıkmıştır. Hastaların antikoagülan tedaviden memnuniyetleri, tedavinin sürekliliği açısından önemlidir. Özelleşmiş antikoagülasyon servisinin kullanımı ise hem hasta hem de çalışan memnuniyetini artırmıştır (Waterman ve ark 2001). Otherals ve ark (2014)'nın çalışmasında ise hemşirelerin üçte biri hastaların kendi kendine INR testi ve yönetimi konusunda öneride bulunmuştur. Kendi kendine test ile ilgili beklenen yararlar ise zaman ve maliyetten tasarruf, tedavide bireysel kontrol, seyahat edebilme özgürlüğü ve hasta huzurudur.

Yapılan regresyon analizleri ile çalışmaya alınan hastalarda antikoagülan memnuniyet puanına etkili olan değişkenlerin önem sırası; (en çok önemli/etkiliden en az önemliye doğru) yan etki yaşama durumu, cinsiyet, yaşadığı yer ve varfarinin etkisini artıran ilaç kullanımı şeklinde tespit edilmiştir. Hastaların antikoagülan memnuniyet ölçeğinin kısıtlılık alt boyut puanına en çok önemliden en az önemliye doğru cinsiyet, varfarin kullanma nedeni ve yan etki yaşama durumu etki etmiştir. Bağımsız değişkenlerin antikoagülan memnuniyet ölçeği yükler/zorluklar alt boyut puanı üzerine etkili olan değişkenlerin önem sırası; en çok önemliden en az önemliye doğru yan etki yaşama durumu, cinsiyet ve gelir durumu olarak sıralanmaktadır.

Hastalarda dört değişken antikoagülan memnuniyet ölçeği olumlu etkiler alt boyut puanına etki etmiştir. Bu değişkenler en çok önemliden en az önemliye doğru eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, etkiyi artıran ilaç alımı ve varfarin kullanma süresi olarak sıralanmaktadır. Antikoagülan memnuniyet puanına ve alt boyut puanlarına etki eden bağımsız değişkenler bu değişimi %16-20 oranında açıklamaktadır. Hastaların varfarin tedavisinden memnuniyet durumu ortalama %80 oranında farklı değişkenlerden etkilenmektedir.

5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmaya alınan bireylerin yaş ortalaması 59,44±13,50 olup, çoğunluğu kadın, evli, ilköğretim mezunu, çalışmayan, gelirini orta düzey olarak belirten ve il merkezinde yaşayan olarak tespit edilmiştir.
- Bireylerin büyük çoğunluğu sigara ve alkol kullanmamaktadır.
- Hastaların çoğunda mevcut hastalığına eşlik eden hastalık bulunurken, büyük kısmı varfarin harici sürekli ilaç kullanmaktadır.
- Çalışmaya alınan hastaların ortalama 7 yıldır varfarin kullandığı bulunmuş olup, varfarin kullanım nedenleri en sıklıkla mekanik kapak protezidir.
- Hastaların çoğunluğu varfarin kullanımı konusunda herhangi bir eğitim almamışken, alanların eğitiminin büyük bir kısmı doktor tarafından sağlanmıştır.
- Çalışmamızdaki hastaların ortalama yarısı ilaca bağlı yan etki yaşarken, en çok yaşanılan yan etki kanamadır.
- Hastaların %70,3'ü etkin TTR oranının altında olup, ortalama TTR oranı % 42,74±22,31'dir.
- Hastalarda antikoagülan kullanımına ilişkin memnuniyetin düşük olmadığı, tedaviyi olumlu algıladıkları tespit edilmiştir.
- Hastaların yaş gruplarına göre, 40 yaş altı hastaların yan etkilere bağlı kısıtlılıkları daha fazla yaşamakta olduğu, ayrıca 65 yaş ve üstünde olan hastaların olumlu etkileri daha az algıladığı görülmüştür.
- Erkek ve kadın hastalar antikoagülan kullanımı ile ilgili olumlu etkileri benzer oranda yaşarken, kadın hastalar antikoagülan tedaviden daha az memnundurlar ve olumsuz etkileri erkeklere göre daha fazla yaşamaktadırlar.
- Üniversite mezunu olan hastaların, memnuniyet durumunun yüksek olduğu, yükler/zorlukları daha az yaşadığı tespit edilmiştir. Okur-yazar olmayan hastaların ise olumlu etkileri daha az algıladıkları belirlenmiştir.
- Gelir durumu iyi olan hastalar yükler/zorlukları daha az yaşamaktadırlar.
- İl merkezinde yaşayan hastaların genel olarak antikoagülan memnuniyeti iyidir.

- Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalar, varfarin kullanımı ile ilgili olumlu etkileri daha çok algılamaktadırlar.
- Sigarayı bırakan hastalar, kısıtlılıkları daha az algılamaktadırlar.
- On yıl ve daha uzun süredir varfarin kullanan hastalar, olumlu etkileri daha fazla deneyimlemektedir.
- AF tanısı nedeniyle varfarin kullanan hastalar kısıtlılıkları daha az algılamaktadır. Olumlu etkileri ise daha az deneyimlemektedir.
- Morarma ve kanama öyküsü olan hastaların, tedavi memnuniyeti daha düşük ve olumsuz etkileri (kısıtlılık, yükler ve zorluklar) daha fazla deneyimledikleri saptanmıştır.
- TTR oranlarına göre, antikoagülan memnuniyet ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı düzeyde değildir.
- Varfarin kullanımı bilgisi alan hastaların olumlu etkileri daha çok algıladığı belirlenmiştir.
- Varfarinin etkisini arttıran ilaç almayan hastalar, antikoagülan tedaviden daha memnundur ve olumlu etkileri daha fazla algılamaktadır.
- Antikoagülan memnuniyet puanına ve alt boyut puanlarına etki eden bağımsız değişkenler bu değişimi %16-20 oranında açıklamaktadır.

5.2. Öneriler

Hasta gruplarında varfarin tedavisinin etkinliğini ve tedaviden memnuniyeti etkileyen faktörler değişkendir. Hastaların içinde bulunduğu aile, sosyal ortam, sağlık hizmetlerine ulaşım, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ek olarak kullanılan ilaçlar ve hastaların yaşadığı komplikasyonlar etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum göz önüne alındığında varfarin tedavisinde ve takibinde standart yöntemler haricinde bireye özgü yöntemlerin kullanılması gerekmektedir. Bu doğrultuda;

- Özelleşmiş antikoagülasyon klinikleri ve hekim-hemşire-diyetisyen-eczacı tarafından oluşturulan multidisipliner bir antikoagülasyon yönetim ekibi kurularak hastaların periyodik eğitim ve izlemi,
- Varfarin kullanımına bağlı yan etki yaşayan, 65 yaş üstü, kadın hastalarla, hastaneye gelerek düzenli takip yaptıramayan, lise ve daha aşağı düzeyde eğitim alan, gelir durumu iyi olmayan, varfarin ile etkileşime giren ilaç kullanan hastalar özellikle tedavinin ilk on yılında özellikle dikkat edilmesi gereken gruptur.

Uygulanacak olan takip ve tedavi protokolleri belirlenirken hemşirelerin ve ilgili sağlık profesyonellerinin bu hasta gruplarını dikkatle ele almaları, gerektiğinde bireye ve destekçilerine özgü yöntemlerin kullanılması,

- Tedavi memnuniyeti üzerine etki edebilecek farklı değişkenlerin daha geniş örneklem gruplarında sorgulanması,
- Deneysel çalışmaların yapılması ve yaygınlaştırılması,
- Başta kardiyovasküler hemşireleri olmak üzere hemşirelerin, uygulanacak eğitim ve bakım açısından antikoagülasyon tedavisi hakkında gerekli eğitimi alarak danışmanlık ve eğitim sağlamaları önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Akyol A, 2010. Atriyal fibrilasyonda antitrombotik kullanım endikasyonları. Trakya Univ Tip Fak Derg, 27(l), 1-6.

Alay M, Demir C, Atmaca M, Esen R, Dilek İ, 2011. Oral antikoagülan tedavi seyrinde kanama komplikasyonu ile gelen hastaların değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi, 18, 9-14.

Alışır MF, Keçebaş M, Beşli F, Çalışkan S, Güngören F, Yıldırım A, Baran İ, Aydınlar A, 2013. Varfarin kullanan hastalarda etkin INR düzeyi oranları ve etiyoloji ile olan ilişkisi. Turkiye Klinikleri J Med Sci, 33(3), 868- 73. doi: 10.5336/medsci.2012-32101.

Almeida GQ, Noblat LACB, Passos LCS, Nascimento HF, 2011. Quality of life analysis of patients in chronic use of oral anticoagulant: an observational study. Health Qual Life Outcomes, 9: 91.

Altunbaş G, Ercan S, Davutoğlu V, Al B, 2013. Overview of warfarin treatment and answers to questions. JAEM 2013; 12: 38-42. doi:10.5152/jaem.2013.013.

Amanda H, Chow CM, Dao D, Lee E, Keith M, 2006. Factors influencing patient knowledge of warfarin therapy after mechanical heart valve replacement. J Cardiovasc Nurs, 21(3), 169-75.

Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G, 2008. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th Edition). Chest, 133(6), 160-98.

Anticoagulation Europe, 2011. Anticoagulation Therapy. http://www.anticoagulationeurope.org/conditions/anticoagulation-therapy. Erişim tarihi 19 Mart 2016.

Asarcıklı LD, Şen T, İpek EG, Kafes H, Cebeci M, Gül M, Kanat S, Temizhan A, 2013. Time in therapeutic range (TTR) value of patients who use warfarin and factors which influence TTR. J Am Coll Cardiol, 62(18:2), 127-8.

Aşiret GD, Özdemir L, 2012. Antikoagülan ilaçların güvenli kullanımında hemşirenin sorumlulukları.Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal, 58, 68.

Ávila CW, Aliti GB, Feijó MKF, Rabelo ER, 2011. Pharmacological adherence to oral anticoagulant and factors that influence the iInternational normalized ratio stability. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 19(1), 18-25.

Bajorek BV, Krass I, Ogle SJ, Duguid MJ, Shenfield GM, 2006. Warfarin use in the elderly: the nurses' perspective. Aust J Adv Nurs, 23, 19-25.

Baker WL, Cios DA, Sander SD, Coleman CI, 2009. Meta-analysis to assess the quality of warfarin control in atrial fibrillation patients in the united states. JManag Care Pharm, 15(3), 244-52.

Beyan E, Beyan C, 2007. Warfarine bağlı kanama olgularında kanamaya zemin hazırlayan düzeltilebilir faktörler. XXXIII. Hematoloji Kongresi. 4(24), 83.

Bıyık İ, 2008. Pratik Kardiyoloji-Temel Bilgiler. 1. basım. İzmir: İzmir Güven Kitabevi.

Burton LL, Lazo JS, Parker KL, 2009. çeviri editörü. Süzer Ö. Tedavinin Farmakolojik Temelleri-Goodman&Gilman. İçinde Majerus PW, Tollefsen DM. Kan pıhtılaşması ve Antikoagülan, Trombolitik ve Antiagregan İlaçlar.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Cakebread HE, Knight HM, Gajendragadkar PR, Cooper JP, 2014. Warfarin-induced purple toe syndrome successfully treated with apixaban. BMJ Case Rep 2014. doi:10.1136/bcr-2014-205320.

Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ersnt S et al, 2010. Atriyal fibrilasyon tedavi kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş, 4, 1-65.

Cano SJ, Lamping DL, Bamber L, Smith S, 2012. The anti-clot treatment scale (ACTS) in clinical trials: cross-cultural validation in venous thromboembolism patients. Health Qual Life Outcomes, 26, 10, 120. doi: 10.1186/1477-7525-10-120.

Carvalho ARD, Ciol MA, Tiu F, Rossi LA, Dantas RAS, 2013. Oral anticoagulation: the impact of the therapy in health-related quality of life at six-month follow-up. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 21.

Casais P, Meschengieser SS, Sanchez-Luceros A, Lazzari MA, 2005. Patients' perceptions regarding oral anticoagulation therapy and its effect on quality of life. Curr Med Res Opin, 21(7), 1085-90.

Chin R, Lee BY, 2008. Economics and patient reported outcomes, principles and practice of clinical trial medicine. London, Amsterdam, Burlington, San Diego: Elsevier Inc, 145–66.

Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS, 2003. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences (3rd edition). Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Cove CL, Hylek EM, 2013. An updated review of target-specific oral anticoagulants used in stroke prevention in atrial fibrillation, venous thromboembolic disease, and acute coronary syndromes. Journal of the American Heart Association.

Çırak Y, Savcı S, Karahan Z, Demirkılıç U, 2013. Akut derin ven trombozu sonrası yaşam kalitesi: VEINES-QOL/Sym ölçeğinin kültürel adaptasyonu, güvenirliği ve geçerliği: Türkçe versiyon çalışması. Turk Gogus Kalp Dama, 21(3), 659-68.

Dağcı S, Ören B, 2015. Varfarin kullanan inmeli hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 19(1), 1-6.

Dantas GC, Thompson BV, Manson JA, Tracy CS, Upshur RE, 2004. Patients' perspectives on taking warfarin: qualitative study in family practice. BMC Fam Pract, 5, 15.

Deshpande PR, Rajan S, Sudeepthi L, Nazir CPA, 2011. Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. Perspect Clin Res, 2(4), 137–44.

Diana MP, Consuelo RA, Paz AM, Pia LJ, 2015. Analysis of general and oral quality of life and satisfaction with treatment among anticoagulated patients. J Dent Oral Health, 1(5), 024.

Doğu Ö, Acaroğlu R, 2016. Evaluation of medication management safety in patients using oral anticoagulants. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 19(3), 152-8. http://dx.doi.org/10.17049/ahsbd.54962.

Dossett LA, Riesel JN, Griffin MR, Cotton BA, 2011. Prevalence and implications of preinjury warfarin use: an analysis of the National Trauma Databank. Archives Surgery, 146(5), 565-70.

Dökmeci İ, 2007. Farmakoloji-İlaçlar ve Etkileri. İstanbul: Alfa Yayınları. 369-75.

El Ghousain HE, Thomas M, Varghese SJ, Hegazi MO, Kumar R, 2014.Long term oral anticoagulant therapy with warfarin: experience with local patient population in kuwait. Indıan J Hematol Blood Transfus, 30(2), 111-9. doi: 10.1007/s12288-012-0223-2.

Elitoğ N. Mekanik kalp kapağı replasmanı yapılan hastaların varfarin ilaç kullanımına ilişkin bilgi düzeylerini etkileyen faktörlerin INR değerine etkileri. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi (sözel bildiri), 17-21 Ekim 2008, Çeşme.

Eltayeb TYM, Mohamed MS, Elbur AI, Elsayed ASA, 2017. Satisfaction with and adherence to warfarin treatment: A cross-sectional study among Sudanese patients. Journal of the Saudi Heart Association, 29(3), 169-75. https://doi.org/10.1016/j.jsha.2016.10.007.

Erdem L, Avcı L, Köseoğlu S, Kesici T, Üzel S, Rahman S, Demirel B, Fırat G, Kırmızıgül Ş, Kubat C, 2008. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31, 95-110.

Erdemoğlu E, Uzunlulu M, Oğuz A, Köstek O, Çaklılı ÖT, 2015. Frequency of coagulation test results being in the therapeutic range in patients using warfarin treatment. Medeniyet Medical Journal, 30(3), 105-9.

Eroğlu SE, Denizbaşı AA, Özpolat Ç, Akoğlu H, Onur ÖE, Ünal EA, 2012. Varfarin kullanım öyküsü olan hastalarda, INR değerleriyle komplikasyon gelişim risk ilişkisinin ortaya konması. Marmara Medical Journal, 25, 138-42. DOI: 10.5472/MMJ.2012.02399.1.

Essers BAB, Prins MH, 2010. Pulmoner emboli veya derin ven trombozu olan hastalarda tedavi memnuniyetini ölçmek için yöntemler. Current Opinion in Pulmonary Medicine, 16, 437–41.

Ferguson C, Inglis SC, Newton PJ, Middleton S, Macdonald PS, Davidson PM, 2016. Education and practice gaps on atrial fibrillation and anticoagulation: a survey of cardiovascular nurses. BMC Medical Education BMC series – open, inclusive and trusted, 16, 9. DOI: 10.1186/s12909-015-0504-1.

Fiumara K, Goldhaber SZ, 2009. A patient's guide to taking coumadin/varfarin. Circulation, 119, 220-2. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.803957 American Heart Association, Inc. Circulation is available at http://circ.ahajournals.org. Erişim tarihi 27 Aralık 2016.

Gacar N, Komsuoğlu B, Utkan T, 2005. Kalp– Damar Hastalıkları Farmakolojisi.1. Baskı, Kocaeli: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 223- 54.

Goldstein LA, 2013. Relationships among quality of life, self-care, and affiliated individuation in persons on chronic warfarin therapy. Doctor of Fhilosophy The University of Texas at Austin.

Göz M, 2006. Warfarin-gıda etkileşmesi: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg, 14(4), 320-4.

Hassan S, Naboush A, Radbel J, Asaad R, Alkaied H, Demissie S, Terjanian T, 2013. Telephone-based anticoagulation management in the homebound setting: a retrospective observational study. International Journal of General Medicine, 6, 869–75. http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S50057.

Hines LE, Ceron-Cabrera D, Romero K, Anthony M, Woosley RL, Armstrong EP, Malone DC, 2011. Evaluation of warfarin drug interaction listings in US product information for warfarin and interacting drugs. Clin Ther, 33(1), 36-45.

IsHak WW, Mirocha J, Pi S, Tobia G, Becker B, Peselow ED, Cohen RM, 2014. Patient-reported outcomes before and after treatment of major depressive disorder. Dialogues Clin Neurosci, 16(2), 171–83.PMCID: PMC4140511.

Jiménez Y, Poveda R, Gavaldá C, Margaix M, Sarrión G, 2008. An update on the management of anticoagulated patients programmed for dental extractions and surgery. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 13(3), 176–9.

Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ, 2009. Basic&Clinical Pharmacology. 11.th ed. China: McGraw-Hill Medical.

Keeling D, Baglin T, Tait C, Watson H, Perry D, Baglin C, Kitchen S, Makris M, British Committee for Standards in Haematology, 2011. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin – fourth edition. British Journal of Haematology, 154(3), 311-24.

Kırılmaz B, 2010. Yaşlılarda kardiyovasküler ilaçların etkileşimi ve yan etkileri. Turkish Journal of Geriatrics, 2, 107-13.

Korkmaz FD, Okgun A, Alcan A, Karacabay K, 2015. Do patients with mechanical heart valves have the appropriate knowledge regarding warfarin therapy and can they adhere to the correct dosage? Mekanik kalp kapağı olan hastalar varfarin tedavisine ilişkin uygun bilgiye sahip mi ve doğru doza uyuyorlar mı? Turk Gogus Kalp Dama, 23(1), 58-65. doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2015.10390.

Köksal AT, Avşar G, 2015. Oral antikoagülan ilaç kullanan hastalar antikoagülan tedavi ile ilgili ne biliyor ve ne yapıyor?: Bir kardiyoloji servisindeki hastaların değerlendirilmesi. Balikesir Saglik Bil Derg, 4(3), 137-42.

Küçükkaya R, 2005. Oral antikoagülan (warfarin–coumadin) tedavi hasta kılavuzu. İstanbul: Eczacıbaşı.

Malcolm CE, Wong KK, Elwood MR, 2008. Patients' perceptions and experiences of family medicine residents in the Office. Can Fam Physician, 54(4), 570-1.

Matalqah LM, Radaideh KM, Sulaiman SAS, Hassali MA, Ali M, Kader A, 2013. Relationship between patients' warfarin knowledge and anticoagulation control: results of a validated tool in Malaysia. J Pharm Biomed Sci, 30(30), 967-74.

Mayet AY, 2016. Patient adherence to warfarin therapy and its impact on anticoagulation control. Saudi Pharm J, 24(1), 29–34. doi: 10.1016/j.jsps.2015.02.005.

Mercan S, Enç N, 2011. Warfarin kullanan bireylerin eğitim gereksinimleri. Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 1(2), 12-7.

Mert H, Küçükgüçlü Ö, Sezgin D, Barutcu CD, Yardımcı T, Erünal M, 2016. Yaşlı hastaların oral antikoagülan kullanım memnuniyet durumlarının incelenmesi. Turkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics, 2(1), 43-50.

Mohamed S, Razak TA, Hashim R, 2015. Translation, validation and psychometric properties of Bahasa Malaysia version of the Perception of Anticoagulant Therapy Questionnaire (PACTQ). AJBPS, 5(48), 18-22.

Moreira da Silva MP, Moreira PNO, Adriano da Silva HT, Costa IKF, Feijão AR, Paiva de Menezes RM, Enders BC, 2016. Adherence to therapy with oral anticoagulants and associated factors: an integrative review. International Archives of Medicine (Section: Nursing), 9, 148. doi: 10.3823/2019.

Müderrisoğlu H, Yıldırır A, 2006. Kalp Kapak Hastalıklarında Güncel Sorunlar. İçinde Müderrisoğlu H, Sezgin T. Kapak Hastalıklarında Antitrombosit ve Antikoagülan Kullanımı. Ankara: Form Reklam.

Naderiravesh N, Bahadoram S, Shiri H, Anbohi SZ, Khodakarim S, Langroudi FH, 2015. Examining the correlation of adherence to warfarin therapy with demographic characteristic. Iran J Crit Care Nurs, 8(2), 103-8.

Nural SM, Baydın A, Karataş AD, Elmalı M, 2007. Yüksek doz warfarin kullanımı sonucu gelişen yaygın alveoler hemoraji. Türk Toraks Dergisi, 7, 68-71.

Oake N, Jennings A, Forster AJ, Fergusson D, Doucette S, Walraven C, 2008. Anticoagulation intensity and outcomes among patients prescribed oral anticoagulant therapy: a systematic review and meta-analysis. CMAJ, 179, 235-44.

Olson KR, 2015. Warfarin and Superwarfarin Toxicity Treatment & Management. Emedicine.Medscape website. http://emedicine.medscape.com/article/821038-overview. Updated Dec 10,2015. Erişim tarihi 12 Ocak 2016.

Ommaty R, 2009. Vademecum-Kardiyoloji. İstanbul: Medical Tribune Yayıncılık. 302-420.

Opie HL, Gersh BJ, 2009. Drugs For The Heart. içindeFox KA, White H, Opie JS, Gersh B, Opie L. Antithrombotic Agents: Platelet Inhibitors,Anticogulants and Fibrinolytics. 7th ed. Philadelphia: Elseiver Saunders. 319-24.

Oterhals K, Deaton C, De Geest S, Jaarsma T, Lenzen M, Moons P, Mårtensson J, Smith K, Stewart S, Strömberg A, Thompson DR, Norekvål TM, 2014. European cardiac nurses' current practice and knowledge on anticoagulation therapy. Eur J Cardiovasc Nurs, 13(3), 261-9. doi: 10.1177/1474515113491658.

Özcan T, Altıok M, Babalıklı F, 2013. Warfarin kullanan hastalara ilaca ilişkin verilen grup eğitiminin bilgi düzeylerine etkisi. Anadolu Kardiyol Derg, 13, 286-94.

Özcanlı D, 2006. Antitrombotik tedavi ve hemşirelik fonksiyonları. Yoğun Bakım Hemşireliği Derg, 10 (1-2), 36-42.

Özer E, Özdemir L, 2009. Yaşlı bireyde akılcı ilaç kullanımı ve hemşirenin sorumlulukları. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal, 42-51.

Özerdem G, Özdemir Ö, Erdem Yazıcı G, 2012. Oral antikoagülan tedavisi alan yaşlı bir hastada abdominal rektus kılıfi hematomu: Bir olgu sunumu. Turk Gogus Kalp Dama, 20, 146-8.

Pelegrino FM, Dantas RA, Corbi IS, da Silva Carvalho AR, Schmidt A, Pazin Filho A, 2012. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale. J Clin Nurs, 21, 2509-17.

Pokorney SD, Simon DN, Thomas L, Fonarow GC, Kowey PR, Chang P, Singer DE, Ansell J, Blanco RG,Gersh B, Mahaffey KW, Hylek EM, Go AS, Piccini JP, Peterson ED, 2015. Patients' time in therapeutic range on warfarin among US patients with atrial fibrillation: Results from ORBIT-AF registry. AHJ, 170(1), 141–8.

Prins MH, Marrel A, Carita P, et al, 2009a. Multinational development of a questionnaire assessing patient satisfaction with anticoagulant treatment: the 'Perception of Anticoagulant Treatment Questionnaire' (PACT-Q). Health Qual Life Outcomes, 6, 7–9.

Prins MH, Guillemin I, Gilet H, Gabriel S, Essers B, Raskob G, et al, 2009b. Scoring and psychometric validation of the Perception of Anticoagulant Treatment Questionnaire (PACT-Q). Health Qual Life Outcomes, 7, 7-30.

Proietti M, Lip GYH, 2016. Edoxaban in venous thromboembolism and stroke prevention: an appraisal. Vasc Health Risk Manag, 12, 45–51. doi: 10.2147/VHRM.S81569.

Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu, 2015. Antikoagüan tedavi. 34-40. http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/273201591949-3440.pdf. Erişim tarihi 04 Şubat 2017.

Queensland Health, 2016. Guidelines for warfarin management in the community. Published by the State of Queensland (Queensland Health) and the Royal Flying Doctor Service Queensland Section, May, 2016. https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/medicines?a=165945. Erişim tarihi 06 Ocak 2017.

Salam S, Yusuf H, Milosevic A, 2007. Bleeding after dental extractions in patients taking warfarin. Br J Oral Maxillofac Surg, 45(6), 463–6.

Salman E, Erdoğan KE, Sağlam MF, Hıdıroğlu M, 2015. Mekanik kalp kapaklı hastalarda antikoagülan kullanımı ve warfarin direnci. Ankara Med J, 15(2), 77-81.

Salvador CH, Ruiz-Sanchez A, Gonz´alez de Mingo MA, Rodr´ıguez MC, Carrasco MP, Sagredo PG, Fragua JA, Caballero-Martinez F, Garc´ıa-L´opez F, M'arquez-Montes J, Monteagudo J, 2008. Evaluation of a telemedicine-based service for the follow-up and monitoring of patients treated with oral anticoagulant therapy. IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine, 12(6). DOI: 10.1109/TITB.2008.910750.

Samsa G, Matchar DB, Dolor RJ, Wiklund I, Hedner E, Wygant G, et al, 2004. A new instrument for measuring anticoagulation related quality of life: development and preliminary validation. Health Qual Life Outcomes, 2, 22.

Sayhan MB, Oğuz S, Yüksel V, Hüseyin S, Sayhan ES, Yağcı G, 2014. The analysis of patients admitted to the emergency department due to complications related to warfarin treatment. JAEM, 13, 194-8. doi: 10.5152/jaem.2014.075.

Selçuk Üniversitesi Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, 2017. SPSS ve ANSYS program kurulumu. http://www.selcuk.edu.tr/bilgi islem/tr?h=38018. Erişim tarihi 18 Ekim 2016.

Shah SG, Robinson I, 2011. Patients' perspectives on self-testing of oral anticoagulation therapy: contentanalysis of patients' internet blogs. BMC Health Serv Res, 11, 25.

Sharaf AY, Farouk A, Ibrahim AF, Elhamami M, 2017. Knowledge and adherence to oral anticoagulant therapy among patients with mechanical heart valve prosthesis. IOSR-JNHS e-ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940. 6(3:2), 19-29. www.iosrjournals.org. DOI: 10.9790/1959-0603021929.

Şendir M, 2008. Antikoagülan tedavi uygulanan nöroşirurji hastalarında bakım. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 16(62), 129-35. ISSN 1304-4869.

THD, Türk Hematoloji Derneği, 2010. Kumadin kullanım rehberi. http://www.thd.org.tr/THD_Halk/?sayfa=kkr. Erişim tarihi 10 Şubat 2016.

TKD, Türk Kardiyoloji Derneği Kapak Hastalıkları Çalışma Grubu. Pıhtı önler ilaç (coumadin) kullanan hastalar için kılavuz, 2008. http://www.tkd-online.org/kilavuzlar/Coumadin kilavuz.pdf. Erişim tarihi 14 Şubat 2016.

TKD, Türk Kardiyoloji Derneği Kapak Hastalıkları Çalışma Grubu. Pıhtı önler ilaç (coumadin) kullanan hastalar için kılavuz, 2012. http://www.tkd-online.org/kilavuzlar/coumadin kilavuz.pdf. Erişim tarihi: 08 Nisan 2016.

Türk Toraks Derneği pulmoner tromboembolizm tanı ve tedavi uzlaşı raporu, 2009. Türk Toraks Dergisi, 10(Ek11), 1-47.

Uras F, Uras AR, 2003. Protrombinin dünü-bugünü. IV. Ulusal Tromboz, Hemostaz ve Anjioloji Kongresi Kitabı, Ed. Ulutin ON. May Matbaacılık Ltd., İstanbul. 85-95.

Uzun Ş, 2006. Warfarin kullanan bireylerin eğitiminde hemşirenin rolü. Aylık Bilimsel Dergiler Grubu-Kardiyoloji, 5(13), 352-4.

Uzun S, Arslan F, 2007. Nurses' role in education of patients using warfarin. Aylık Bilimsel Dergiler Grubu-Kardiyoloji, 13(5), 352-4.

Veeger NJ, Piersma-Wichers M, Tijssen JG et al, 2005. Individual time within target range in patients treated with vitamin K antagonist: main determinant of quality of anticoagulation and predictor of clinical outcome. A retrospective study of 2300 consecutive patients with venous thromboembolism. Br J Haematol, 128, 513–9.

Vigue B, 2009. Bench-to-bedside review: Optimising emergency reversal of vitamin K antagonists in severe haemorrhage - from theory to practice. Crit Care, 13, 209.

Voukalis C, Lip GYH, Shantsila E, 2016. Emerging tools for stroke prevention in atrial fibrillation. EBioMedicine, 15(4), 26-39. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.01.017.

Wadelius M, Sorlin K, Wallerman O, Karlsson J, Yue QY; Magnusson PK, Wadelius C, Melhus H, 2004. Warfarin sensitivity related to CYP2C9, CYP3A5, ABCB1 (MDR1) and other factors. Pharmacogenomics J, (1), 40-8.

Wang Y, Kong MC, Lee LH, Ng HJ, Koa Y, 2014. Knowledge, satisfaction, and concerns regarding warfarin therapy and their association with warfarin adherence and anticoagulation control. Thrombosis Research, 133, 550–4. http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2014.01.002.

Waterman AD, Banet G, Milligan PE, Frazier A, Verzino E, Walton B, Gage BF, 2001. Patient and physician satisfaction with a telephone-based anticoagulation service. J Gen Intern Med, 16(7), 460–3. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016007460.x.

Wigle P, Hein B, Bloomfield HE, Tubb M, Doherty M, 2013. Updated guidelines on outpatient Anticoagulation. Am Fam Physician, 15, 87(8), 556-66. http://www.aafp.org/afp/2013/0415/p556.html.

Yahaya AHM, Hassalı MA, Awaısu A, Shafie AA, 2009. Factors associated with warfarin therapy knowledge and Anticoagulation control among patients attending a varfarin clinic in Malaysia. Journal of Clinical and Diagnostic Research [serial online], 3(4), 1663- 70. http://www.jcdr.net/back issues.asp?issn=0973-709x&year=2009&month=August&volume=3&issue=4&page=1663-1670&id=550.

Yaylacı S, Ösken A, Aydın E, Genç AB, Şahinkuş S, Can Y, Demir MV, Kocayiğit İ, Varım C, 2014. İç hastalıkları polikliniğine başvuran varfarin kullanan hastalar ve etkin INR'ye ulaşma oranları . Medical Journal of Kocaeli, 3, 18-21.

Yıldırım JG, Temel BA, 2014. Duke antikoagülan memnuniyet ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. Turk Gogus Kalp Dama, 22(4), 761-72.

Zhao S, Zhao H, Wang X, Gao C, Qin Y, Cai H, Chen B, Cao J, 2017. Factors influencing medication knowledge and beliefs on warfarin adherence among patients with atrial fibrillation in China. Patient Prefer Adherence, 11, 213–20. doi: 10.2147/PPA.S120962.

7. EKLER

7.1. EK- A. Anket Formu

VARFARİN TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA TEDAVİYE YÖNELİK MEMNUNİYET ALGILARI ANKETİ

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı dâhilinde "varfarin(coumadin, orfarin) tedavisi alan hastalarda tedaviye yönelik memnuniyet algılarının incelenmesi" amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada gönüllülük esastır. Araştırmada elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve bu çalışma dışında hiçbir yerde paylaşılmayacaktır. Araştırma için hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın sonuçlarını etkileyeceğinden sorulara eksiksiz ve içtenlikle cevap vermenizi öneririz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacının Adı: Ayşe UÇAR **Anket No:**

A. Sosyodemografik Özellikleri

1.Adınız-Soyadınız:…….

2.Protokol numarası:……..

3.Yaş:……

4.Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın

5.Medeni durum: 1)Evli 2)Bekar/Dul

6.Eğitim durumu:

1)Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3)İlkokul 4)Orta okul 5) Lise

6) Üniversite

7.Çalışma durumu:

1)Çalışmıyor 2) Ev hanımı 3)Emekli 4)Memur 5) İşçi 6)Diğer……..

8. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

1) Kötü 2) Orta 3) İyi

9. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1) Yalnız yaşıyorum 2) Eşimle 3) Eşim ve çocuklarımla

4) Çocuklarımla 5) Anne ve babamla 6) Diğer…….

10.Yaşadığınız yer:

1)Köy 2)Kasaba 3)İlçe 4)İl merkezi

B. SAĞLIK / HASTALIK/TEDAVİ ÖZELLİKLERİ

11.Sigara kullanıyor musunuz? (Ne sıklıkta ve miktarda kullandığınızı belirtiniz)

1) Evet …… 2) Hayır 3) Bıraktım ……yıl

12. Alkol kullanıyor musunuz? (Ne sıklıkta ve miktarda kullandığınızı belirtiniz)

1) Evet … 2) Hayır 3) Bıraktım……

13.Ne kadar süredir ilaç (varfarin) kullanıyorsunuz?……..

14.Haftalık kullandığınız ilaç(varfarin) dozu nedir?…….

15.İlacı (varfarini) kullanma nedeniniz nedir?

1)Atriyal fibrilasyon 2)Mekanik kapak protezi 3)Pulmoner emboli

4)Derin ven trombozu 5)Serebrovasküler olay 6)Diğer

7)Bilmiyorum

16.İlaçla(varfarinle) ilgili olarak bir eğitim aldınız mı?

1)Evet ise kimden……. 2)Hayır

17.İlaçla (varfarinle) ilgili yan etki yaşama durumunuz nedir?

1)Evet ise nedir……. 2)Hayır

18. Mevcut hastalığınıza eşlik eden başka bir hastalığınız var mı?

1) Evet ise nedir…..…….. 2) Hayır

19.Varfarin (Coumadin-orfarin) haricinde sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1)Evet ise hangileri……. 2)Hayır

20. INR düzeyleri ve etkin aralıkta olup olmama durumu

Etkin / Etkin değil	**1. ölçüm**	**2. ölçüm**	**3. ölçüm**	**4. ölçüm**	**5. ölçüm**	**6. ölçüm**	**7. ölçüm**	**8. ölçüm**	**9. ölçüm**	**10. ölçüm**

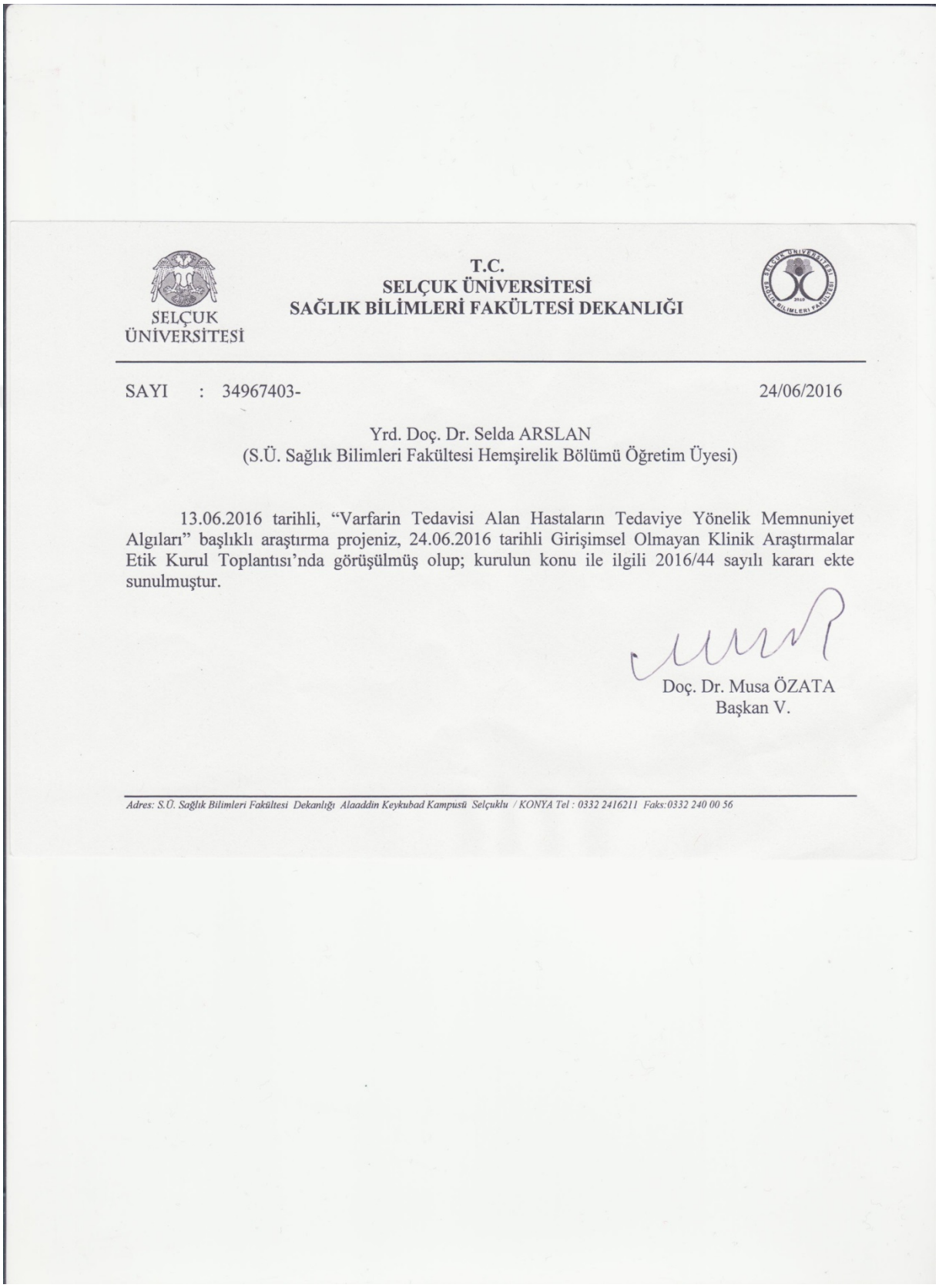
7.2. EK- B. DUKE Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği

DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

	hiç	çok az	biraz	orta	biraz fazla	çok	çok fazla
1. Morarma veya kanama yaşama olasılığı; gerçekleştirdiğiniz fizik aktivitelere katılımınızı (örneğin; ev işi, bahçe işleri, dans etme, spor yapma ve diğer etkinlikler gibi) ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
2. Morarma veya kanama yaşama olasılığı; seyahat etmenizi ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
3. Morarma veya kanama yaşama olasılığı; ihtiyacınız olan tıbbi bakımı almanızı (örneğin, diş hekimi, masajla tedavi ya da başka bir hekime gitmek gibi) ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
4. Morarma veya kanama yaşama olasılığı; iş yaşamınızı ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
5. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, morarma veya kanama yaşama olasılığı günlük yaşamınızı ne düzeyde etkilemektedir?							
6. Pıhtı önler tedavi yiyecek seçimlerinizi (diyetinizi) ne derece kısıtlamaktadır?							
7. Pıhtı önler tedavi istek duyduğunuzda alkollü içecekleri içmenizi ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
8. Pıhtı önler tedavi reçetesiz ilaçları (aspirin, ibuprofen, vitaminler, bitkisel ilaçlar gibi) kullanmanızı ne derece kısıtlamaktadır?							
9. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavi günlük yaşamınızı ne derece etkilemektedir?							
10. Pıhtı önler tedavi günlük sorumluluklarınızı yapmanızı ne düzeyde zorlaştırmaktadır?							
11. Pıhtı önler tedavi gerekli durumlardaki değişen sorumluluklarınızı ne düzeyde zorlaştırmaktadır?							
12. Pıhtı önler tedaviyi ne kadar karmaşık buluyorsunuz?							
13. Pıhtı önler tedavi nedeniyle ne kadar zaman kaybı yaşadığınızı düşünüyorsunuz?							
14. Pıhtı önler tedavinin ne düzeyde moral bozucu olduğunu düşünüyorsunuz?							
15. Pıhtı önler tedavi ne düzeyde eziyetli/zahmet verici buluyorsunuz?							

16. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavi size ne derece külfet/yük getirmektedir?							
17. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedaviyi sürdürme açısından kendinize ne derece güveniyorsunuz?							
18. Pıhtı önler tedavinizdeki tıbbi nedenleri ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz?							
19. Pıhtı önler tedaviniz nedeniyle kendinizi ne düzeyde güvende hissediyorsunuz?							
20. Pıhtı önler tedaviniz nedeniyle morarma ve kanama yaşamanız durumunda ne düzeyde endişelenirsiniz?							
21. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavinin yaşamınıza olumlu etkisi ne düzeydedir?							
22. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavinin yaşamınıza olumsuz etkisi ne düzeydedir?							
23. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedaviden memnuniyet durumunuz nedir?							
24. Almış olduğunuz tıbbi tedavileriniz ile karşılaştırıldığında, pıhtı önler tedaviyi yönetmenin sizin için zorluk düzeyi nedir?							
25. Hastalığı veya tedavisi dolayısıyla pıhtı önler tedavisi almak zorunda olan birine bu tür bir tedaviyi ne düzeyde önerirsiniz?							

7.3. EK-C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulu Kararı



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : 34967403- 24/06/2016

Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN
(S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi)

13.06.2016 tarihli, "Varfarin Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Memnuniyet Algıları" başlıklı araştırma projeniz, 24.06.2016 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2016/44 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Doç. Dr. Musa ÖZATA
Başkan V.

Adres: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Alaaddin Keykubad Kampusü Selçuklu / KONYA Tel : 0332 2416211 Faks:0332 240 00 56

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SELCUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı :2016/06	**Toplantı Tarihi :24.06.2016**

Karar Sayısı 2016/44 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN'ın "Varfarin Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Memnuniyet Algıları" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 13.06.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN'ın "Varfarin Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Memnuniyet Algıları" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Doç. Dr. Musa ÖZATA
Başkan V.

Prof.Dr.Ramazan ARI
Üye

Doç.Dr.Musa ÖZATA
Üye

Doç.Dr. Belgin AKIN
Üye

Doç.Dr.Sema YILMAZ
Üye

Doç.Dr.Nazan AKTAŞ
Üye

Dolunay ALTINÖZEN
Sekreterya

7.4. EK-D. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinden Alınan İzin Kararı

KONYA

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

SAYI : 33101875-900/ 20279
KONU : Tez Çalışması

15/8/2016

Sayın, Yrd. Doç. Dr. Selda ARSLAN
Araştırma Yürütücüsü

İlgi : 10.08.2016 tarihli dilekçeniz.

"Varfarin Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Memnuniyet Algıları" konulu çalışmanızı Hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Başhekim

Adres: N.E.Ü. Meram Tıp Fak.Hastanesi, Akyokuş
42080-Meram / KONYA,
Tel: (0332) 223 60 00, Faks: (0332) 223 65 22
Elektronik posta : mtiphos@konya.edu.tr,
Web Adresi : www.meramtip.com.tr
Bilgi için : İnsan Kaynakları Tel: 6008

K-Q TSE-ISO-EN 9000 · Ç-E TSE-ISO-EN 14000 · TSE ISG-OHSAS TS-18001 · TSE TS-ISO-IEC 27001 BGYS · M - C TSE - ISO 10002

7.5. EK-E. Yazılı Onam Formu

ONAM FORMU

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı dâhilinde "varfarin (coumadin, orfarin) tedavisi alan hastalarda tedaviye yönelik memnuniyet algılarının incelenmesi" amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada gönüllülük esastır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmada elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve bu çalışma dışında hiçbir yerde paylaşılmayacaktır. Araştırma için hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın sonuçlarını etkileyeceğinden sorulara eksiksiz ve içtenlikle cevap vermenizi öneririz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Gönüllünün Adı – Soyadı:
İmza:

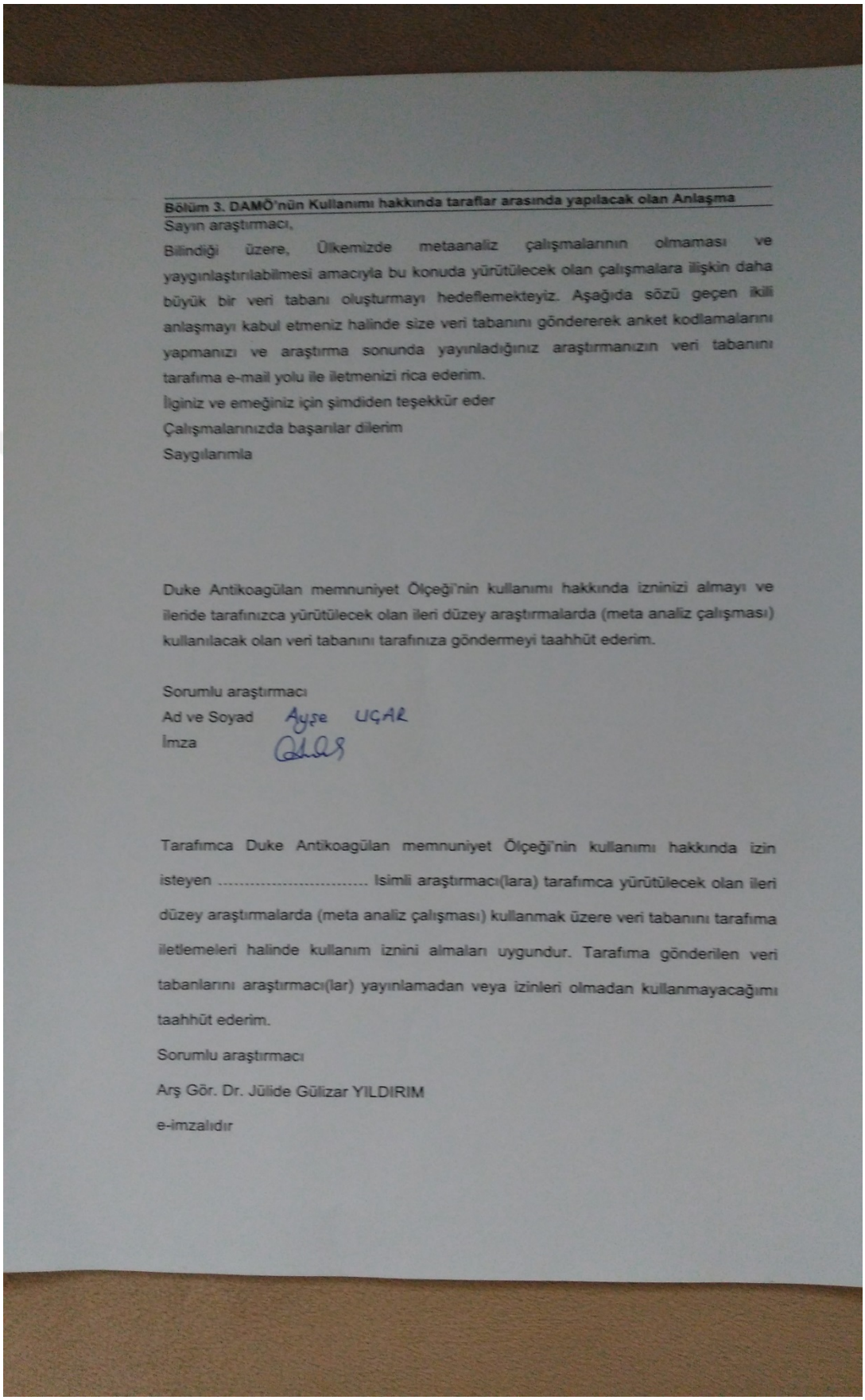
Sorumlu araştırmacılar:

Yrd.Doç.Dr. Selda ARSLAN
S.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ayşe UÇAR
N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Tel: 0332 2233514

7.6. EK-F. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Kullanım İzin Belgesi



Bölüm 3. DAMÖ'nün Kullanımı hakkında taraflar arasında yapılacak olan Anlaşma

Sayın araştırmacı,

Bilindiği üzere, Ülkemizde metaanaliz çalışmalarının olmaması ve yaygınlaştırılabilmesi amacıyla bu konuda yürütülecek olan çalışmalara ilişkin daha büyük bir veri tabanı oluşturmayı hedeflemekteyiz. Aşağıda sözü geçen ikili anlaşmayı kabul etmeniz halinde size veri tabanını göndererek anket kodlamalarını yapmanızı ve araştırma sonunda yayınladığınız araştırmanızın veri tabanını tarafıma e-mail yolu ile iletmenizi rica ederim.

İlginiz ve emeğiniz için şimdiden teşekkür eder

Çalışmalarınızda başarılar dilerim

Saygılarımla

Duke Antikoagülan memnuniyet Ölçeği'nin kullanımı hakkında izninizi almayı ve ileride tarafınızca yürütülecek olan ileri düzey araştırmalarda (meta analiz çalışması) kullanılacak olan veri tabanını tarafınıza göndermeyi taahhüt ederim.

Sorumlu araştırmacı

Ad ve Soyad Ayşe UÇAR

İmza

Tarafımca Duke Antikoagülan memnuniyet Ölçeği'nin kullanımı hakkında izin isteyen ..... isimli araştırmacı(lara) tarafımca yürütülecek olan ileri düzey araştırmalarda (meta analiz çalışması) kullanmak üzere veri tabanını tarafıma iletlemeleri halinde kullanım iznini almaları uygundur. Tarafıma gönderilen veri tabanlarını araştırmacı(lar) yayınlamadan veya izinleri olmadan kullanmayacağımı taahhüt ederim.

Sorumlu araştırmacı

Arş Gör. Dr. Jülide Gülizar YILDIRIM

e-imzalıdır

KULLANICI IZNI

DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ KULLANICI İZİN FORMU

TARİH: 29 06 2016

Bölüm 1. KULLANICI DETAYLARI

KULLANIM İZNİ ALACAK KİŞİ/ KİŞİLER :

1. Kişi: Ayşe UÇAR
2. Kişi: Selda ARSLAN

ÜNVAN(lar)

1. Kişi :Hemşire
2. Kişi:Yard. Doç. Dr

KURUMU :

1. Kişi:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi
2. Kişi:Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Adres Bilgisi

1. Kişi: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği Meram/KONYA
2. Kişi: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kampüs Selçuklu/ KONYA

e-mail adres bilgisi

1. Kişi: akkolucar@gmail.com
2. Kişi: seldayarali@hotmail.com

Telefon Numarası

1. Kişi: 0 533 5506412
2. Kişi: 0 332 2233548

Sorumlu araştırmacının Bilgileri/ İletişim kurulacak kişinin bilgileri* ;

Adı ve Soyadı: Ayşe UÇAR
Ünvanı: Hemşire
Kurumu: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Meram/KONYA
Adresi: Yazır Mah. Yeniyapı Sokak Şevval Sitesi 14/8 Selçuklu/KONYA

Email Adresi: akkolucar@gmail.com
Telefon Numarası: 0533 5506412 – 0332 2237550
Fax numarası (isteğe bağlı):

---

* işareti ile gösterilen alanlar zorunlu doldurulması gereken alanlardır

Bölüm 2. DAMÖ'nün Kullanımı hakkında

1. Bireysel klinik araştırma ☐

- Çalışma için beklenen / harcanacak ortalama süre (toplam period):
- Belirsiz × Yıl sayısı: ____

2. Araştırma ☐ Proje ×

- **Araştırmanızın başlığı: Varfarin tedavisi alan hastaların tedaviye yönelik memnuniyet algıları**
- **Araştırma türü**:
  ☐Metedolojik
  × Diğer : Tanımlayıcı Araştırma
- **Ortalama olarak örnekleme alınacak hasta sayısı:** 191
- **Hastaların izlem süresi**: ____ ay
- **Araştırmanın planlanan aralığı**:*başlama* ____ (Ay/ yıl) 07 2016 *bitişi* ____ (Ay/ yıl) 01 2017

Araştırma verilerinin toplanma şekli :

× Anket yöntemi ☐ **Elektronik olarak**

Eğer elektronik ise

☐ Web tabanlı ☐ e-mail ile

☐Diğer : ……

8. ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında İzmit'te doğdu. İlk ve ortaokulunu burada tamamladı. Lise öğrenimini 1998 yılında Konya 70. Yıl Sağlık Meslek Lisesinde tamamladı. 2000 yılında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'ne hemşire olarak atandı. 2003 Ocak ayına kadar ameliyathane biriminde daha sonra ise kardiyoloji kliniğinde hemşire olarak görevine devam etti. 2008 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nü kazandı ve 2012 yılında bölüm birincisi olarak mezun oldu. 2014 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programını kazandı. 2017 Nisan ayı itibariyle KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.