T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ

Filiz AVCI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hatice KAYA

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Programı

Mayıs, 2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 09.06.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı , Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Hatice Kaya
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Türkinaz Aştı
Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Aylin Özakgül
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nighingale Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin veri toplanmasından yazımına kadar tüm safhalarında bilimsel etiğe uygun davrandığımı, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesinde belirttiğimi beyan ederim.

Filiz AVCI

Aileme ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalışma sürecinin her aşamasında güler yüzlü ve sıcakkanlılığı ile değerli vaktini benden esirgemeyen, mesleki bilgi ve tecrübesinden yararlanma şansına sahip olduğum tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Hatice KAYA'ya, yüksek lisans eğitimimde emeği olan Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ ve Dr. Öğretim Üyesi Aylin ÖZAKGÜL hocalarıma, çalışmamın klinikte yürütülmesinde katkıda bulunan başta Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Ramazan ÖZDEMİR'e ve tüm kardiyoloji bölümü hekim ve hemşire meslektaşlarıma ve tüm personellere, mutluluğumu, üzüntülerimi ve endişelerimi benimle paylaşan, hayatımın her anında desteğini hissettiğim yol arkadaşım Mehmet ACAR'a, beni bugünlere getiren, sevgilerini ve şefkatli ellerini her zaman omzumda hissettiren canım anneme ve babama, en kötü anımda beni neşelendiren canım kardeşime ve her zaman yanımda olan tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Mayıs 2022 Filiz AVCI

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ii
BEYAN iii
İTHAF iv
BÜTÇE DESTEKLERİ v
TEŞEKKÜR vi
İÇİNDEKİLER vii
ŞEKİL LİSTESİ x
TABLO LİSTESİ xi
KISALTMA LİSTESİ xii
ÖZET xiv
ABSTRACT xvi
1. GİRİŞ 1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE 3
2.1. VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLANLAR 3
2.1.1. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Tarihçesi 3
2.1.2. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Etki Mekanizması 4
2.1.2.1. Direkt Faktör IIa Trombin İnhibitörleri 5
2.1.2.2. Direkt Faktör Xa İnhibitörleri 5
2.1.3. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Endikasyonları ve Kullanım Süreleri 6
2.1.3.1. Non-Vulvular Atriyal Fibrilasyon (NVAF) 6
2.1.3.2. Venöz Tromboemboli (Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli) 7
2.1.3.3. Akut Koroner Sendromlar 7
2.1.4. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Kontrendikasyonları 7
2.1.4.1. Serebral Venöz Tromboz 7
2.1.4.2. Kanser 8

2.1.4.3. Gebelik……8
2.1.4.4. Böbrek Yetmezliği……...8
2.1.4.5. Karaciğer Yetmezliği……...9
2.1.5. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Yan Etkileri……...9
2.1.6. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların İlaç Etkileşimleri……...9
2.1.6.1. Anti Aritmikler……...10
2.1.6.2. Antibiyotikler……10
2.1.6.3. Anti-epileptikler……10
2.1.6.4. Anti-depresanlar……10
2.1.6.5. Anti-inflamatuvar İlaçlar……10
2.1.6.6. Anti-platelet İlaçlar……11
2.1.6.7. Anti-fungal İlaçlar……..11
2.1.6.8. Anti-asitler……11
2.1.6.9. İmmunsupresanlar……..11
2.1.6.10. Anti-lipidemik İlaçlar……...11
2.1.7. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Gıda Etkileşimleri……11
2.1.8. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülan Tedavisinde Monitörizasyon ve Komplikasyon Yönetimi……..12
2.2. VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN BİREYLERİN HEMŞİRELİK BAKIMI……13
2.3. VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLAN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ……...18
3. YÖNTEM……20
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TÜRÜ……20
3.1.1. Araştırma Soruları……...20
3.1.2. Bağımsız Değişkenler……20
3.1.3. Bağımlı Değişkenler……...20
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve TARİH……...20
3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ……21
3.3.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri……21
3.4. ARAŞTIRMADA KULLANILACAK VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ve TEKNİKLERİ……21
3.4.1. Veri Toplama Araçları……21

3.4.1.1. Hasta Bilgi Formu (Ek-II)……..21
3.4.1.2. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (Ek-III)……..22
3.4.2. Araştırmada Veri Toplama Teknikleri……22
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU……...22
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI……23
3.7. ARAŞTIRMADAKİ VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ……...23
4. BULGULAR 24
4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ve HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR……...24
4.2. BİREYLERİN DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLARA İLİŞKİN BULGULAR……..27
4.3. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR……27
5. TARTIŞMA..... 37
5.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK, SAĞLIK ÖYKÜLERİ ve NOAC KULLANIM DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI……37
5.2. BİREYLERİN DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLARA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI…….39
5.3. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖR DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI……41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 45
KAYNAKLAR..... 46
EKLER 57
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 64
ETİK KURUL İZİN YAZISI 65
KURUM İZNİ YAZILARI..... 66
PATENT HAKKI İZNİ 67
ÖZGEÇMİŞ..... 70

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Koagülasyon mekanizması ve antikoagülanların etkisi (Perzborn ve ark, 2011). …5

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1: Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin göre dağılımı. ……...25

Tablo 4.2: Bireylerin hastalık ve NOAC kullanım durumlarına göre dağılımı. ……...26

Tablo 4.3: Bireylerin DAMÖ'den aldıkları puanların dağılımı. …….…..27

Tablo 4.4: Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre DAMÖ puanlarının karşılaştırılması. …….28

Tablo 4.5: Bireylerin NOAC kullanımına ilişkin özelliklerine göre DAMÖ puanlarının karşılaştırılması. ……..32

Tablo 4.6: DAMÖ toplam puanı üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin regresyon analizi sonuçları. ……....34

Tablo 4.7: DAMÖ'nün kısıtlılıklar alt boyutu üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin regresyon analizi sonuçları. ……....34

Tablo 4.8: DAMÖ'nün yükler ve zorluklar alt boyutu üzerine bağımsız değişkemlerin etkisinin regresyon analizi Sonuçları. …….……..35

Tablo 4.9: DAMÖ'nün olumlu etkiler alt boyutu üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin regresyon analizi sonuçları. ……35

KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
ACC	: American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Koleji)
AHA	: American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
AF	: Atriyal Fibrilasyon
APTT	: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı
ARISTOTLE	: Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation (Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda Varfarine Karşı Apiksaban)
DAMÖ	: Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği
DTT	: Dilüe Edilmiş Trombin Zamanı
DVT	: Derin Ven Trombozu
ECT	: Ecarin Coagülant Time (Ekarin Pıhtılaşma Zamanı)
EMA	: European Medicines Agency (Avrupa İlaç Kurumu)
ENGAGE-AF TIMI 48	: Edoxaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation (Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda Varfarine Karşı Edoksaban)
ESO	: European Stroke Organisation (Avrupa İnme Derneği)
FDA	: U.S. Food and Drug Administration (Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Yönetimi)
HOKUSAI-VTE	: Edoxaban versus Warfarin for the Treatment of Symptomatic Venous Thromboembolism (Semptomatik Venöz Tromboembolizm Tedavisinde Varfarine Karşı Edoksaban)
MI	: Miyokard İnfarktüsü
NANDA	: North America Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)
NOAC	: Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant (Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülan)
NVAF	: Non-Valvular Atrial Fibrillation (Kapak Hastalığına Bağlı Olmayan Atriyal Fibrilasyon)
PT	: Protrombin Zamanı

PE	: Pulmoner Emboli
RE-LY	: Randomized Evaluation of Long Term Anticoagulant Therapy With Dabigatran Etexilate (Dabigatran Tedavisinin Uzun Süreli Değerlendirilmesi)
ROCKET-AF	: Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation (Non-valvular Atriyal Fibrilasyonda Varfarine Karşı Rivaroksaban)
TT	: Thrombin Time (Trombin Zamanı)
VTE	: Venöz Tromboemboli

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ

Filiz AVCI

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Programı

Danışman : Prof. Dr. Hatice KAYA

Araştırma Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanan bireylerin yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırma evreni Aralık 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında İstanbul'da bir üniversite hastanesinde Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran ve vitamin k antagonisti olmayan oral antikoagülan (NOAC) kullanan bireylerden, örneklemi ise araştırmanın amacı anlatılmış, yazılı izin alınmış ve araştırmanın kriterleri karşılayan 220 hasta bireyden oluştu. Verilerin toplanmasında bireylerin sosyo-demografik ve hastalık/tedavi özelliklerini içeren hasta bilgi formu ve DUKE Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ) kullanıldı. Verilerin analizi bilgisayar ortamında NCSS programı ile yapıldı. Elde edilen veriler sayı, yüzde, frekans, standart sapma, medyan ve ortalama olarak gösterildi. İkili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni testleri kullanıldı. DAMÖ alt boyut ve toplam puanı üzerine diğer değişkenlerin etkileri ise Lineer Regresyon analizi ile değerlendirildi.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 70,57±10,78, %58,6'sının kadın olduğu, DAMÖ puan ortalamasının 51,34±11,30; ölçeğin yük ve zorluklar alt boyutu puan ortalamasının 16,90±5,09, kısıtlılıklar alt boyutu puan ortalamasının 21,70±4,58 ve olumlu etkiler alt boyutu puan ortalamasının ise 12,74±4,00 olduğu görüldü. Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre yaşanılan yerin ve alkol kullanımının DAMÖ toplam puanına anlamlı düzeyde etki ettiği belirlendi ($p<0,01$).

Sonuç olarak, vitamin k antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanan bireylerin yaşam kalitesinin yüksek olduğu görüldü. Yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini daha da arttırabilmek için hasta eğitimi ve hasta takibinin sağlanması önerilir.

Mayıs 2022 , ..87.. sayfa.

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, direkt etkili oral antikoagülanlar, hasta memnuniyeti

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS USING NON-VITAMIN K ANTAGONIST ORAL ANTICOAGULANTS

Filiz AVCI

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing Fundamentals

Programme of Nursing Fundamentals

Supervisor : Academic Title Name SURNAME

Co-Supervisor: Academic Title Name SURNAME

The research is planned as a descriptive study in order to identify the quality of life of patients using non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and the factors affecting them. The population of this research involves the patient who applied to the Cardiology Policlinics of a university hospital in Istanbul between December 2020 and May 2021 and used non-vitamin k oral anticoagulants, and the sample involves 220 patients having the criteria who had an informed consent after being explained the aim of the research. A patient information form consisting on socio-demographic features and disease/treatment features of the patients, and the DUKE Anticoagulant Satisfaction Scale were used to collect the data. The analysis of data is performed on the computer with NCSS. The obtained data were shown as number, percentage, frequency, standard deviation, median and mean. Mann Whitney U test for dual groups, and Kruskal-Wallis test and Dunn-Bonferroni test for more than two groups were used. The effects of other variables on the Duke Anticoagulant Satisfaction Scale sub-dimension and total score, were evaluated with Linear Regression analysis.

The average of the individuals surveyed is 70,57±10,78, 58,6% is women, the mean score of the participants the DASS in the research was 51,34±11,30; 16,90±5,09 for the burdens and difficukties, 21,70±4,58 for the limitations, and 12,74±4,00 for the positive effects subscale. According to multiple regression analysis, place of living and use of alcohol had a significant impact on DASS total score ($p<0,01$).

As a result, it was seen that the quality of life of patients in the research who used non-vitamin k antagonist oral anticoagulants (NOAC) was high. In order to increase the quality of life and patient satisfaction, it is recommended to provide patient education and patient follow-up.

May 2022, ..87.. pages.

Keywords: Quality of life, direct acting oral anticoagulants, satisfaction of patient

1. GİRİŞ

Oral antikoagülan tedavi, kandaki pıhtılaşma faktörlerinin etkinliğini azaltarak yeni trombüslerin oluşmasını ve mevcut trombüsün büyümesini engeller (Torbicki ve ark, 2008). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de derin ven trombozundan korumada, pulmoner emboli tedavisinde, akut koroner sendromlar sonrası tromboembolik olayların profilaksisinde, iskemik serebrovasküler hastalıklarda korunmada, atriyal fibrilasyonlu (AF) hastalarda inmeden korumak amacıyla vitamin K antagonisti olan varfarin yıllardır kullanılmaktaydı (Baş ve ark, 2013; Wells ve ark, 2014; Oğuz ve Fenercioğlu, 2015). Varfarinin klinik olarak tromboembolik olaylardan korumada ve var olan trombüsün genişlemesini önlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır. Ancak, laboratuvar takibi gerektirmesi, ilaç ve besin etkileşiminin çok fazla olması, terapötik aralığının dar olması, yaş ve genetik faktörler gibi özelliklere göre bireyler arası farklı etkililik düzeyinin olması, kullanımı sırasında intrakraniyal kanama olasılıklarının çok fazla olduğunun kanıtlanması, yeni oral antikoagülanlar geliştirilmesini ihtiyaç haline getirmiştir ve bu konu üzerindeki çalışmalar üzerinde yoğunlaşılmıştır (Wigle ve ark, 2013).

Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülanların etki mekanizması ve farmakodinamik özelliklerinin varfarinden farklı olması, klinik kullanımda ve bireylerin bu ilaçları kullanırken dikkat etmesi gereken konularda değişikliklere yol açmıştır. Yapılan araştırmalarda bu oral antikoagülanların, başlangıç etkisinin daha hızlı olduğu, doz miktarının varfarin gibi INR değerine göre değişkenlik göstermediği, sabit bir dozu olduğu, besinlerle ve ilaçlarla etkileşiminin daha az olduğu ve ilaç kesildikten sonra etki süresi devamlılığının kısa olduğu kanıtlanmıştır. Bu ilaçların antidotlarının bulunmaması, doz atlandığında etkilerinin kaybolması; obezite, yaşlılık, renal yetersizlik, kanser gibi durumlarda doz ayarlaması ve tedavi yönetimi konusunda kanıtlanmış çalışmalarla bilgi sahibi olunamaması günümüzde henüz giderilememiş dezavantajlarıdır. Gebelerde ve kanser hastalarında kullanımı konusunda henüz yeterli araştırma ve kanıt olmadığından kullanımı önerilmemektedir. Ayrıca ileri yaş ve birden fazla komorbiditesi bulunan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (Bauersachs ve ark, 2010; Büller ve ark, 2013; Scaglione, 2013; Schulman, 2014).

Tüm dünyada yapılan çalışmalarda son on yıldır daha fazla kullanılmaya başlanan vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülanların varfarin kadar etkili olduğu, majör

kanama riskinin çok daha az olduğu ve bu sebeplerden dolayı da hasta memnuniyetinin daha fazla olduğu kanıtlanmıştır (Almeida ve ark, 2011; Carvalho ve ark, 2013). Derin ven trombozu ve pulmoner tromboembolisi olan hastalarda yapılan prospektif, randomize, plasebo kontrollü çalışmalarda; rivaroksaban ve apiksabanın venöz tromboembolinin akut döneminde nüks ve mortalite açısından varfarin kadar etkili oldukları, idame tedavisinde de standart tedavi olan varfarine göre daha az kanamaya neden oldukları gösterilmiştir. Uzun süren tedavilerde dabigatran ve varfarinin karşılaştırıldığı plasebo kontrollü çalışmalarda; dabigatranın varfarin kadar etkili olduğu belirtilmiştir. Kapak hastalığı olmayan AF'li hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise varfarine göre dabigatranın %34'lük ve apiksabanın %21' lik risk azalması saptanmıştır (Bauersachsve ark, 2010; Büller ve ark, 2013). Diğer taraftan, vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan ilaçlardan birini kullanan hastalarda varfarin kullanan hastalara göre belirgin olarak daha az hemorajik inme görülmüştür. Mortalite oranları açısından bakıldığında ise tüm yeni nesil ajanların varfarine göre yaklaşık %10'luk bir azalma sağladığı göze çarpmaktadır (Weitz ve Gross, 2012).

Hasta bireylerle en çok zaman geçiren sağlık profesyoneli olan hemşireler, son on yıldır kullanılmaya başlanan bu tedavilerin bireyin yaşamına olumlu-olumsuz etkilerini, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşanan kısıtlamaları, zorlukları ya da olumlu etkileri değerlendirmeli ve bakım planlarını birey ile işbirliği yaparak bu yönde geliştirmelidir. Ayrıca hemşireler eğitici rolünü kullanarak hasta bireylere veya gerektiğinde yakınlarına bu tedavi sırasında yaşanabilecek yan etkiler, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken karşılaşabilecekleri zorluklar, dikkat etmeleri gereken veya kaçınmaları gereken davranışlar hakkında eğitim vermelidir (Aşiret ve Özdemir, 2012; Doğu ve Acaroğlu, 2016). Bunu yapabilmek için de hastaların vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanımına yönelik yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeylerini, etkileyen faktörleri bilmeleri gerekmektedir.

Günümüze kadar literatürde standart tedavi olarak görülen ve oral antikoagülan olarak en çok tercih edilen sodyum varfarin üzerine yoğunlaşılmış ve sodyum varfarin kullanan bireyler üzerinde araştırmalar yapılmıştır (Yıldırım ve Temel, 2014; Mert ve ark, 2016; Uçar ve Arslan, 2017). Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülanlar hakkında ülkemizde yapılan araştırmaların az olması ve vitamin k antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanan hasta bireylerin yaşam kalitesini ve memnuniyetini değerlendiren böyle bir çalışma yapılması planlanmıştır (Çoban, 2017; Uçar ve Arslan, 2017).

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLANLAR

Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülanlar (NOAC), derin ven trombozundan korumada, pulmoner emboli tedavisinde, akut koroner sendromlar sonrası tromboembolik olayların profilaksisinde, iskemik serebrovasküler hastalıkların önlenmesinde, non-valvular atriyal fibrilasyonlu (NVAF) hastalarda inmeden korunmak amacıyla, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de son on yıldır daha sık kullanılmaya başlanmıştır. NOAC'lar iki grupta incelenebilir: Direkt trombin faktör IIa inhibitörü olan dabigatran ve faktör Xa inhibitörü olan apiksaban, edoksaban ve rivaroksaban (Altiok ve Marx, 2018; Kübber ve ark, 2018; Jones ve ark, 2020).

2.1.1. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Tarihçesi

Yirmi yıl kadar önce benzamidin bazlı bir inhibitör olan napap molekülü ile bir sığır trombin kompleksi oluşturulmuştur. Bu yapının kristal yapısı, bir enzime bağlı trombin inhibitörlerinin etkileşimlerini ortaya çıkarmıştır. Bu veriler, insanlarda bulunan a-trombini ile etkileşime girerek inhibitör etkisi artan yeni bir molekül yapısının araştırılmasına öncülük etmiştir (Davis ve Teague, 1999). Elde edilen bu bileşik in vivo ve in vitro deneylerini olumlu bir şekilde tamamlamıştır. Sıçanlarda yüksek dozlarda yapılan deneylerde güçlü bir etki elde edilmiştir. Ayrıca Rhesus maymunlarına oral olarak bu ilaç verildikten sonra aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) kontrol edilmiştir. Bu testin sonucunda da güçlü ve uzun süreli antikoagülan etkiler elde edilmiştir (Wienen ve ark, 2007). 2008 yılında dabigatran etexilat direkt trombin faktör IIa inhibitörü olarak Avrupa Birliği'nde, 2010 yılında da Uzun Süreli Antikoagülan Tedavinin Randomize Değerlendirilmesi (RE-LY) çalışmasında dabigatran ve varfarinin karşılaştırıldığı çalışma sonucu Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Yönetimi (FDA) tarafından da onay alan ilk NOAC'tır (Liesenfeld ve ark, 2011; Acar ve ark, 2020).

Faktör Xa inhibitörlerinden olan rivaroksaban ise Avrupa İlaç Kurumu (EMA) ve FDA tarafından 2011 yılında NVAF'de İnme ve Sistemik Embolilerin Önlenmesinde Rivaroksabanın Yeri (ROCKET-AF) çalışmasından sonra onay almıştır. ROCKET-AF çalışmasında tromboembolizm açısından yüksek riskli NVAF'li hastalarda, tromboembolizmin

önlenmesi açısından rivaroksaban en az varfarin kadar etkili bulunmuştur. Varfarinden üstün bulunmasa bile, rivaroksabanın doz ayarlaması gerektiren varfarin kadar etkili olması önemli avantajları arasındadır (Patel ve ark, 2011).

Apiksaban ise serbest ve pıhtıya bağlı faktör Xa'yı inhibe eden, doğrudan bir faktör Xa inhibitörüdür. FDA ve EMA tarafından 2012 yılında, ' ' ''Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda Apiksaban'a Karşı Varfarin'' (ARISTOTLE) çalışmasının sonuçlarına dayandırılarak onaylanmıştır. Bu çalışma ile NVAF'li hastalarda apiksaban, inme ve sistemik emboliyi önlemede varfarinden daha üstün bulunmuştur. Ayrıca apiksaban hasta bireylerde varfarine göre daha az kanamaya yol açmıştır ve apiksaban kullanan hastaların mortalite oranı daha düşük bulunmuştur (Granger ve ark, 2011).

Edoksaban, direkt ve spesifik faktör Xa inhibitörlerindendir. 2011 yılında Japonya'da Semptomatik Venöz Tromboembolizm Tedavisinde Edoksaban'a karşı Varfarin (HOKUSAI-VTE) adlı çalışma ile onaylanmıştır. Bu çalışmada hastaneye venöz tromboemboli ile başvuran hastalarda edoksaban ve varfarin tedavisi karşılaştırılmıştır. Edoksaban, varfarin kadar etkili bulunmuştur. Ayrıca edoksabanın hastalarda kanamaya daha az neden olduğu belirlenmiştir (Büller ve ark, 2013). Edoksaban ile ilgili yapılan ilk çalışmalardan diğeri ise Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda Edoksabana Karşı Varfarin (ENGAGE-AF TIMI 48) olarak görülmektedir. Bu çalışmada ise edoksabanın inme ve sistemik emboliyi önlemede en az standart tedavi olan varfarin kadar etkili olduğu görülmüştür ve kanama ve kardiyak nedenli ölümler, edoksaban kullanan hastalarda anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda da 2016'da FDA ve Avrupa Birliği tarafından edoksaban kullanımı onaylanmıştır. (Giugliano ve ark, 2013).

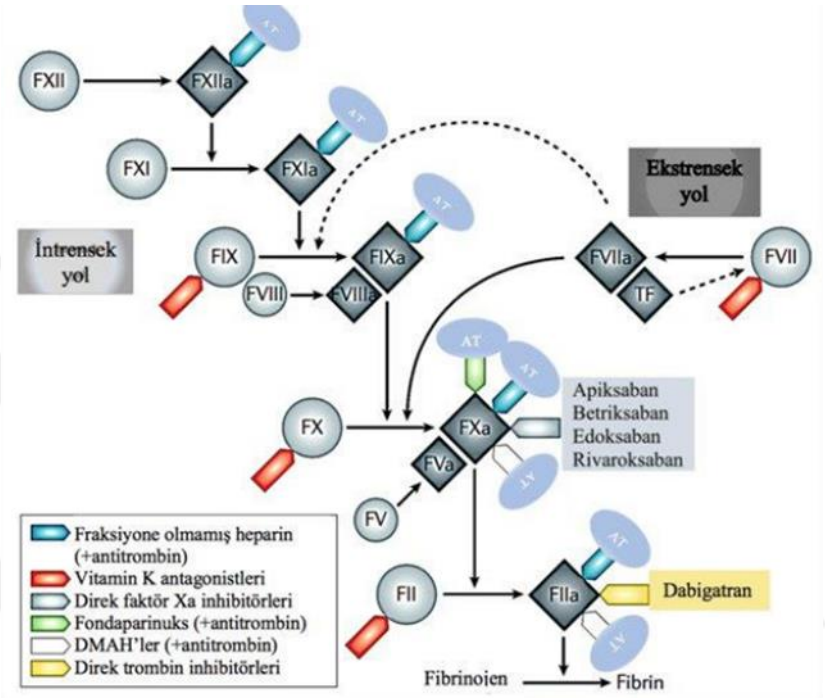
2.1.2. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Etki Mekanizması

Canlı bir dokuda endotel hasarı meydana geldiğinde dokunun kendini yenileyebilmesi için pıhtılaşma süreci başlar. Bu süreçte kısaca, bir trombin faktörü olan faktör VII aktive olur. Daha sonra bu trombin faktör V, VIII ve XI'i aktive ederek fibrinojenin fibrine dönüşümünü sağlar (Di Nisio ve ark, 2005). Ayrıca trombinler, trombosit yüzeyindeki proteaz ile aktive olan reseptörleri uyarır ve trombosit agregasyonunu da sağlar. Böylece trombüs oluşumu sağlanmış olmaktadır (Ganetsky ve ark, 2011).

NOAC'lar etki mekanizmalarına göre direkt trombin inhibitörleri ve direkt faktör Xa inhibitörleri adı altında ikiye ayrılmaktadır.

2.1.2.1. Direkt Faktör IIa Trombin İnhibitörleri

Dabigatran direkt ve geri dönüşümlü trombin inhibitörüdür. Fibrine bağlı olan ve olmayan trombini inhibe eder (Majeed ve Schulman, 2013). İnhibitörlerin etki mekanizması Şekil 2. 1'de detaylı gösterilmiştir (Perzborn ve ark, 2011).



Şekil 2.1: Koagülasyon mekanizması ve antikoagülanların etkisi (Perzborn ve ark, 2011).

Dabigatran oral yolla alındıktan 2-4 saat içinde plazmada en yüksek değere ulaşır. İlaç %6-7 biyoyararlanım gösterir ve ilacın %35'i proteine bağlanır. Sadece %10-15'i hepatobiliyer yoldan emildikten sonra %80-85'i değişmeden idrarla atılır. Dabigatranın yarılanma ömrü 8-12 saattir (Köksal ve Durak, 2020).

2.1.2.2. Direkt Faktör Xa İnhibitörleri

Antitrombinden bağımsız olarak faktör Xa'yı inhibe ederek etki gösterirler. Direkt trombin inhibitörleri ile karşılaştırıldığında; biyoyararlanımları daha yüksek ve yarılanma ömürleri daha kısadır (Harder ve Graff, 2013; Cuker ve ark, 2019).

Apiksaban hızlıca absorbe olur ve biyoyararlanımı %66'dır ve verilen doz oranı arttıkça biyoyararlanımı da artar. Yarılanma ömrü 8-15 saattir. Metabolitleri %25 renal yol ile, %15

hepatik yol ile ve %55 gastrointestinal sistem vücuttan atılır. %87 oranında ise plazma proteinlere bağlanır (Leung, 2021).

Rivaroksaban oral yol ile alındıktan 2-4 saat sonra maksimum plazma konsantrasyonuna ulaşır. Rivaroksabanın aç karnına alınması etkisini arttırır ve biyoyararlanımı %80-100'e ulaşır. Etkisi dozla orantılı olarak artmaktadır. Yarılanma ömrü 5-13 saattir. Renal ve hepatobiliyer yol ile vücutta eliminasyonu gerçekleşir. %90'dan fazla proteinlere bağlanmaktadır (Leung, 2021).

Edoksaban oral yol ile alınan bir direkt faktör Xa inhibitörüdür. Alındıktan 1-2 saat içinde maksimum seviyeye ulaşır ve yarılanma ömrü 10-14 saattir (Leung, 2021). Biyoyararlanımı yaklaşık %58'dir. Eliminasyonunun %25'i renal yol ile ve %75'i gastrointestinal sistem ile gerçekleşir (Zafar ve ark, 2007).

2.1.3. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Endikasyonları ve Kullanım Süreleri

Dabigatran, apiksaban, rivaroksaban ve edoksaban non-valvular AF'li hastalarda, derin ven trombozu profilaksi ve tedavisinde, pulmoner emboli tedavisinde, akut koroner sendromlar sonrası tromboembolik olayların profilaksisinde, iskemik serebrovasküler hastalıkların önlenmesinde, ortopedik cerrahi sonrası hareketsizliğe bağlı venöz tromboembolizmin önlenmesinde kullanılmaktadır (Baş ve ark, 2013).

2.1.3.1. Non-Vulvular Atriyal Fibrilasyon (NVAF)

Non-valvular AF tanımı çeşitli kılavuzlarda yıllar içinde farklılıklar göstermiştir. Amerikan Kalp Derneği (AHA) ve Amerikan Kardiyoloji Koleji (ACC) tarafından 2011 yılında yayınlanan kılavuzunda NVAF, romatizmal kapak ve prostetik kalp kapak hastalığı olmayan bireylerde meydana gelen ritim bozukluğu şeklinde tanımlanmıştır (Fuster ve ark, 2001; January ve ark, 2014; Martins ve ark, 2016).

AF özellikle ısrarlı ve kalıcı olduğunda hastaları atriyal trombüs oluşumuna yatkın hale getirmektedir ve iskemik inme riskini 4-5 kat artırmaktadır. Prospektif ve randomize olarak gerçekleştirilmiş RE-LY çalışmasında dabigatranın inmeyi önlemesindeki yararı gösterilmiştir. Çalışma sonucunda dabigatranın sistemik emboliyi önlemedeki etkisi varfarine benzerken, yüksek dozdaki dabigatranın etkisi daha fazla bulunmuştur. Ayrıca intrakraniyal kanama riski varfarine göre daha düşük bulunmuştur (Connoly ve ark, 2009). NVAF'li hastalarda, hastalığın

seyrine göre NOAC kullanım süresi de değişmektedir (Wolf ve ark, 1991; Gomez-Outes ve ark, 2013).

2.1.3.2. Venöz Tromboemboli (Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli)

Venöz Tromboemboli (VTE) uzun yıllardır derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner emboli (PE) olarak ele alınmıştır. Ancak bu iki olgu aynı patofizyolojik sonuçlara sahip olmakla birlikte tedavileri de pek çok açıdan benzemektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda NOAC'lar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de VTE tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Tedavi süresi hastanın durumuna göre planlaması ile birlikte genelde 3-12 ay kullanılması önerilmektedir (Kearon ve ark, 2012; Gomez-Outes ve ark, 2014).

Diz ve kalça protezi gibi elektif ortopedik cerrahi geçiren hastalarda da post-operatif dönemde hareketsizliğe bağlı olarak gerçekleşebilecek VTE riskinden dolayı tromboprofilaksi olarak NOAC'lar kullanılmaya başlanmıştır (Singh ve Emmady, 2020).

2.1.3.3. Akut Koroner Sendromlar

Miyokard infarktüsü (MI) koroner arterlerin herhangi bir nedenden dolayı tıkanması sonucu hücrelerinin yeterince kanlanamaması ve böylece kalp dokusunda hasar oluşmasıdır. MI altta yatan trombüs varlığı nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle tedavi sürecinde antikoagülan ilaçlar verilmektedir (Hurlen, 2002).

Yapılan güncel araştırmalarda, eskiden beri kullanılan K vitamini antagonistlerine (VKA) kıyasla NOAC'larla tedavi edilen hastalarda trombüsün daha iyi çözündüğü ve kanama açısından da NOAC'ların daha güvenilir olduğu kanıtlanmıştır (Jones ve ark, 2020).

2.1.4. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Kontrendikasyonları

NOAC'lar kanıta dayalı uygulamalar ışığında son yıllarda daha sık kullanılmaya başlanmıştır. Bu araştırmalar sonucu bazı durumlarda kullanımı uygun görülmemekle birlikte bazı durumlarda NOAC kullanımı ile ilgili yeterince veri elde edilememiştir (Acar ve ark, 2020).

2.1.4.1. Serebral Venöz Tromboz

2011 yılında AHA'nın yayınladığı kılavuzda serebral venöz tromboz tedavisinde antikoagülanlar önerilirken NOAC kullanımı için yeterince bilgiye ulaşılamamıştır (Saposnik ve ark, 2011). 2017'de Avrupa İnme Derneği (ESO) de NOAC kullanımını önermemektedir (İnce, 2016; Ferro ve ark, 2017; Bose ve ark, 2019).

2.1.4.2. Kanser

Kansere bağlı inme görülmesi sık rastlanılan bir durumdur. Bu yüzden bireylerin durumuna göre antikoagülan kullanımı önerilmektedir. Ancak kanserli hastalarda NOAC kullanımı bazı araştırmalar sonucu önerilmemektedir. Bazı araştırmalarda ise AF'li kanser hastaları araştırmaya dahil edilmediğinden NOAC'ların kanserli hastalardaki etkisi hakkında kanıta dayalı bilgiler elde edilememiştir (Hsu ve Liu, 2019). Taiwan'da yapılan bir diğer araştırmada ise NOAC kullananlarda varfarin kullananlara oranla daha az majör kanamalar görülmüştür ve inme oranı belirgin derece düşmüştür. Bu bilgilere ek olarak gastrointestinal kanama ve mortalite oranları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Wu ve ark, 2020).

2.1.4.3. Gebelik

Hamile kadınlarda Vitamin K antagonistleri embriyo için toksik etkiler taşımaktadır. Yalnız NOAC'ların embriyopatolojik özellikleri bilinmemektedir (James ve ark, 2006; Sessa ve ark, 2019). NOAC kullanan toplam 357 gebenin dahil edildiği bir araştırmada %48.9'unda sağlıklı doğum, %22.6'sında düşük, %28.5'inde ise elektif gebelik sonlandırılmasına gidildiği gösterilmiştir. %39.9'unda ise gebelik devamına bağlı sonuç verisi elde edilememiştir (Beyer-Westendorf ve ark, 2016).

2.1.4.4. Böbrek Yetmezliği

Böbrek fonksiyonları bozulan hastalarda kalbi etkileyen bir aritmi olan AF'nin görülme sıklığı da artmaktadır. Bu hastalarda eğer NVAF var ise antikoagülan kullanılması gerekmektedir. Araştırmalar sonucu en büyük avantajlarından olan kanama riskinin daha az olmasından dolayı günümüzde NOAC'lar tercih edilmeye başlanmıştır. Ancak NOAC'lar başlanırken böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Böbrek fonksiyonlarını değerlendirirken Cockcroft-Gault formülüyle hesaplanan kreatinin klirensi (CrCl, mL/dk) kullanılması önerilmektedir. Çünkü dabigatranın %80'i, edoksabanın %50'i, rivaroksabanın %35'i ve apiksabanın %27'i böbrekler yoluyla vücuttan uzaklaştırılır (Olesen ve ark, 2012; Di Lullo ve ark, 2017).

İleri derece ve son evre renal yetmezliği olan (CrCl <25-30 mL/dk) veya diyalize giren hastalarda NOAC kullanımıyla ilgili kanıta dayalı yeterli bilgi bulunmamaktadır (Patel ve ark, 2011; Giugliano ve ark, 2013; January ve ark, 2019).

2.1.4.5. Karaciğer Yetmezliği

NOAC'ların bir kısmının hepatobiliyer yol ile emilimi sağlanmaktadır. Bu yüzden NOAC'ların hepsi karaciğer yetmezliği olan veya Child-Pugh sınıflamasına göre C düzeyinde

sirozu olan hastalarda kontrendikedir (Steffel, 2018). Çünkü ileri derecede karaciğer hastalığı olan kişilerde kanama riski de artmaktadır. NOAC'larla ilgili araştırmalardan karaciğer enzim seviyeleri normal düzeyin iki katı ve daha üstünde olan, billirubin seviyesi de 1,5 katı ve üstünde olan hastalar çıkartılmıştır. Bu sebeple karaciğer yetmezliği olan hastalarda yeterince veri elde edilememiştir (Connolly ve ark, 2009; Patel ve ark, 2011; Giugliano ve ark, 2013).

2.1.5. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Yan Etkileri

NOAC'ların en önemli yan etkisi kanamadır (Acar, 2020). NOAC'ların kullanımına başlamadan önce hekimler tarafından dikkatli bir şekilde hasta değerlendirilmesi yapılmalıdır. Kanama riskini değerlendirmede HAS-BLED skorunun kullanımı önerilmektedir. Hipertansiyon (sistolik kan basıncının 160 mmHg üzerinde olması), renal veya karaciğer yetmezliği, 65 yaş ve üstü olma, NOAC'ların etkisini arttıracak anti-platelet veya nonsteroid anti-inflamatuvar ajan kullanımı ve alkol kullanımı bu skor sayesinde puanlanarak kanama riski hesaplanmaktadır (Camm ve ark, 2010). Bu değerlendirmeye göre kanama riskini azaltmada NOAC'ların doz ayarlaması da önemli derecede etkilidir (Delavenne ve ark, 2013, Wiggins ve ark, 2020).

Yapılan çalışmalarda her ne kadar NOAC'ların kullanımı soncunda yan etki olarak kanamalar görülse de diğer bir tedavi seçeneği olan varfarine oranla daha olumlu sonuçlar elde edilmiştir. İntrakraniyal kanamalar, gastrointestinal kanamalar ve ölümcül majör kanamalar NOAC kullanan hastalarda daha az görülmüştür (Camm ve ark, 2010; Granger ve ark, 2011; Patel ve ark, 2011; Guigliano ve ark, 2013).

2.1.6. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların İlaç Etkileşimleri

Dabigatran, apiksaban, edoksaban ve rivaroksabandan oluşan NOAC grubu, diğer antikoagülanlara oranla daha hızlı etki göstermeleri, daha az sıklıkta laboratuvar takibi gerektirmeleri, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimlerinin daha az olması yönüyle önemli avantajlara sahiptir. ROCKET-AF ve ARISTOTLE çalışmalarında NOAC kullanan hastaların önemli bir çoğunluğunun 5'ten fazla ilaç kullandığı ortaya çıkmıştır (Granger ve ark, 2011; Patel ve ark, 2011). Bu sebeple de NOAC'ların hangi ilaç grubu ile etkilerinin arttığının, hangi ilaç grubu ile etkilerinin azaldığının klinik önemi artmıştır (Zirlik ve Bode, 2017; Linnebur ve Hanlon, 2018; Wiggins ve ark, 2020; Riva ve Ageno, 2021).

2.1.6.1. Anti Aritmikler

Anti aritmik ilaçlardan biri olan amiodaronun yarılanma ömrü uzundur. Bu sebeple de bırakıldıktan haftalar sonra bile diğer ilaçlarla etkileşime girebilir. Ancak amiodaron NOAC'lar ile eş zamanlı kullanıldığında NOAC dozunun azaltılması açısından ihtiyaç duyulmamaktadır (Connolly ve ark, 2009).

P-gp substratı digoksinin ve CYP3A4 ve P-gp inhibitörleri olan diltizem ve kinidinin kullanımında da NOAC dozunun azaltılmasına ihtiyaç duyulmamaktadır. Ancak yapılan araştırmalar sonucu 75 yaş üstü hastalarda, kreatinin klirensi 30-50 mL/dak ve 50 kg altındaki vücut ağırlığı olan hastalarda kanama riski açısından daha dikkatli olunması gerektiği belirtilmiştir (Lin ve Yamazaki, 2003).

Dabigatran verapamil ile kullanıldığında ise dabigatran dozunun azaltılması gerekmektedir. Diğer NOAC'lar için doz azaltılmasına gerek duyulmamaktadır (Hartter ve ark, 2013).

2.1.6.2. Antibiyotikler

Klaritromisin kullanımında NOAC dozununun azaltılmasına gerek duyulmamaktadır. Ancak diğer bir antibiyotik olan eritromisin kullanımında kanama riski arttığından edoksabanın dozu azaltılmalıdır. Ayrıca antibiyotiklerden olan rifampisin ise NOAC'ların etkisini azaltmaktadır. Bu yüzden birlikte kullanımından kaçınılmalıdır (Hartter ve ark, 2012; Delavenne ve ark, 2013).

2.1.6.3. Anti-epileptikler

Anti-epileptik ilaç olan fenitoinin, karbamazepinin ve fenobarbitalinin dabigatran, apiksaban ve rivaroksaban ile eş zamanlı kullanımının riskli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca edoksabanla birlikte bu ilaçların kullanımında ise edoksabanın etkisinin azaldığı görülmüştür (Bounameaux ve Camm, 2014).

2.1.6.4. Anti-depresanlar

Essitalopram, sertralin ve venlafaksin gibi ilaçlar NOAC'ların antikoagülan etkisini arttığı araştırmalar sonucu gözlemlenmiştir. Bu nedenle bu iki ilaç grubunu kullanan hastalarda kanama riski daha fazla olduğundan dikkatli olunmalıdır (Bounameaux ve Camm, 2014).

2.1.6.5. Anti-inflamatuvar İlaçlar

Nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar, NOAC'lar ile birlikte kullanıldığında hastalarda kanama olasılığının daha fazla belirtilmiştir. Özellikle 75 yaş üstü hastalarda, kreatinin klirensi

30-50mL/dak ve 50 kg altındaki vücut ağırlığı olanlarda kanama olasılığı daha da fazla artmaktadır (Voukalis ve ark, 2016).

2.1.6.6. Anti-platelet İlaçlar

Akut koroner sendromlar sonrası tedavi için verilen aspirin, klopidogrel ve tikagrelor ile birlikte NOAC kullanımı kanama riskini arttırmaktadır. Yapılan araştırmalar kısıtlı olduğundan yeterince veriye ulaşılamamıştır (Dans ve ark, 2013).

2.1.6.7. Anti-fungal İlaçlar

Itrakonazol ve ketokonazolün dabigatran ile birlikte kullanımının kontrendike olduğu belirtilmiştir. Flukonazol ile ilgili ise yeterince araştırma olmamasıyla birlikte bazı araştırmalarda NOAC'larla etkileşime girmediği belirtilmiştir (Dans ve ark, 2013; Ruff ve ark, 2014).

2.1.6.8. Anti-asitler

Proton pompa inhibitörleri ve H2 reseptör blokerleri dabigatranın biyoyararlılığını %12-30 civarında azaltmaktadır. Diğer NOAC'larla birlikte kullanılmasında klinik olarak belirgin bir etkileşim görülmemiştir (Acar ve ark, 2020).

2.1.6.9. İmmunsupresanlar

İmmunsupresanlardan biri olan siklosporin, dabigatranla kullanımı kontrendikedir. Ayrıca immunsupresanlar rivaroksaban ve apiksabanın vücuda etkisini arttırmaktadır. Diğer bir immunsupresan olan takrolimusunun da dabigatranla eş zamanlı olarak kullanılması önerilmemektedir. Ayrıca diğer NOAC'lar ile etkileşimi hakkında da yeterince araştırma bulunmamaktadır (Dans ve ark, 2013; Ruff ve ark, 2014).

2.1.6.10. Anti-lipidemik İlaçlar

CYP3A4 inhibitörü olan atorvastatinin yapılan araştırmalarda NOAC'larla birlikte kullanıldığında belirgin bir etkileşimin olmadığı gösterilmiştir (Heidbuchel ve ark, 2015; Steffel ve ark, 2018).

2.1.7. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülanların Gıda Etkileşimleri

Günümüzde yapılan araştırmalarda NOAC'ların gıda etkileşimleri ile ilgili yeterli verilere ulaşılamamıştır. Elde edilen bazı verilerde rivaroksabanın yiyeceklerle birlikte kullanılmasının, rivaroksabanın emilimini ve böylece biyoyararlanımını arttırdığı gözlemlenmiştir. Diğer NOAC'ların ise yiyeceklerle bereber kullanıldığındaki etkisi bildirilmemiştir (Connolly ve ark, 2009). Ancak geleneksel bir tedavi olarak kullanılan

varfarine oranla NOAC'ların besin etkileşim oranı daha az bulunmuştur (Cove ve Hylek, 2013; Di Minno ve ark, 2015).

2.1.8. Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülan Tedavisinde Monitörizasyon ve Komplikasyon Yönetimi

Son on yıldır tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanıta dayalı çalışmalar sonucu NOAC'lar daha sık kullanılmaya başlanmıştır. NOAC'lar diğer antikoagülanlardan farklı olarak sabit dozda kullanılabilirler. Bu yüzden de sürekli ilaç düzeyinin monitörizasyonuna gerek duyulmamaktadır. Yine de sabit dozda kullanılan NOAC'ların etkisi bireysel farklılıklar gösterebilmektedir. Hastaların yaş düzeyi, kullandıkları başka ilaçların varlığı, böbrek yetmezliği ve karaciğer yetmezliği gibi başka kronik hastalıklara sahip olmaları NOAC emilimini, biyoyararlanımını, yarılanma ömrünü ve vücuttan atılımını etkileyebilmektedir. Bundan dolayı da özellikle acil veya elektif büyük cerrahi operasyonlardan önce veya majör kanama riski içeren işlemlerden önce kontrol amaçlı bazı testler yapılabilmektedir (Conway ve ark, 2017; Douxfils ve ark, 2018; Wieland ve Shipkova, 2019).

NOAC dışındaki vitamin K antagonisti olan diğer oral antikoagülanların takibinde kullanılan protrombin zamanı (PT), aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) ve trombin zamanı (TT) testleri NOAC grubu ilaçların kontrolü için yapıldığında tutarsız ve değişken sonuçlar vermiştir (Douxfils ve ark, 2012; Lessire ve ark, 2015; Connors, 2018; Douxfils ve ark, 2018). Bu nedenle NOAC'ların plazma konsantrasyonunun değerlendirilmesinde özel testler gerekmektedir. Dabigatranın plazma düzeyinin değerlendirilmesinde dilüe edilmiş trombin zamanı (dTT) ve ekarin pıhtılaşma zamanı (ECT) testlerinin daha etkin sonuçlar verdiği araştırmalarda belirtilmiştir (Stangier ve ark, 2007; Bozic-Mijovski ve ark, 2016; Douxfils ve ark, 2018). Direkt faktör Xa inhbitörleri olan apiksaban, edoksaban ve rivaroksabanın konsantrasyonunun değerlendirilmesinde ise dTT ve ECT testlerinin etkin sonuçlar vermediği belirtilmiştir (Douxfils ve ark, 2018). Direkt faktör Xa inhibitörlerinin plazma düzeylerinin değerlendirilmesi için en etkin ve doğru sonuçlar veren test sıvı kromatografi-kütle spektrometresi/kütle spektrometresi (LC-MS/MS) testidir. Ancak bu test ülkemizde pek kullanılmamaktadır (Douxfils ve ark, 2018; Frydman ve ark, 2019).

NOAC kullanımı sırasında hastalarda ciltte morarma veya burun kanaması gibi minör kanamalar görülebildiği gibi, intrakranial, retroperitoneal ve masif gastrointestinal kanamalar gibi majör kanamalar da görülebilmektedir. Bu görülen kanamaların hastalar üzerindeki etkisi

bazı durumlarda hafif ve geçici olurken bazı durumlarda ise hastalarda nörolojik kötüleşmeye neden olarak yoğun bakım ihtiyacı doğurabilmektedir. Bu tür majör kanamalarda hastanın kullandığı ilacın hemen kesilmesi, hızlı bir şekilde hastanın hemodinamisinin değerlendirilmesi, hastada solunumun devamlılığının ve venöz damar yolu açıklığının sağlanması, hastaların vital bulgularının sürekli ve yakından takip edilmesi, kan gazının değerlendirilmesi ve elektrolit dengesinin sağlanması, antikoagülan veya antiplatelet kullanılmaması, gerekli ise trombositopeni için trombosit süspansiyonunun kullanılması, hemoglobin seviyesini yükseltmek için gerekirse hastaya eritrosit süspansiyonunun verilmesi önerilmektedir (Hemphill ve ark, 2015).

2.2. VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN BİREYLERİN HEMŞİRELİK BAKIMI

NOAC kullanan bireylerin tedavisini uygularken hemşirelerin ilaçların farmakolojik özellikleri konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Hemşireler öncelikle ilaç isteminin eksiksiz yapıldığından emin olmalıdırlar. Ayrıca, tıbbi ve yasal açıdan bir sorunla karşılaşmamak için uygulanan ilacın terapötik ve yan/istenmeyen etkilerini bilmeli, ilaç hazırlarken ve uygularken gerekli güvenlik önlemlerini de almalıdırlar (Atabek Aştı ve Karadağ, 2014).

İlaç uygulamalarında dikkat edilmesi gereken on temel doğru ilkesi, doğru ilaç, doğru doz, doğru hasta, doğru zaman, doğru uygulama yolu, doğru hasta eğitimi, doğru kayıt, reddi doğrulama, doğru ilaç hazırlığı ve doğru yanıttan oluşmaktadır. Ayrıca ilaç uygulamadan önce ilacın etiketi dikkatli bir şekilde okunmalıdır. Son kullanma tarihine ve ilaç şeklinin bozulmamasına dikkat edilmelidir (Atabek Aştı ve Karadağ, 2014).

Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan tedavisinde kanama riskini arttıran çoklu ilaç kullanımı, ilaçların kullanım miktarı ve süresi, bireyin sahip olduğu diğer kronik hastalıklar, alkol kullanımı gibi bilgiler dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır. Ayrıca gözlem ve görüşme yolları ile hemşirelik öyküsü alınırken yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mental durum, beslenme ve yaşam şekli de sorgulanmalıdır. Hemşirelik öyküsü ve fizik muayene sonucu kapsamlı bir şekilde toplanan veriler değerlendirilmeli ve bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken dikkat etmesi gerektiği hususlar da göz önüne alınarak bireye özgü bir yaklaşımla bakım planı oluşturulmalıdır (Abrams, 2001; Porter, 2002; Salmela ve ark, 2012; Şendir, 2012; Hendriks ve ark, 2014; Heidbuchel ve ark, 2015; Schmerge ve ark, 2018).

NOAC kullanan bireylerde sıklıkla karşılaşılan NANDA-International sınıflamasına göre hemşirelik tanıları, amaç/beklenen hasta sonuçları ve girişimler şunlardır; (Wilkinson ve Barcus, 2018).

Anksiyete

Tanımlayıcı Özellikler:

Yaşamında değişim olması hakkında endişe, korku ve huzursuzluk gibi duygusal ve davranışsal belirtiler; yüz gerginliği, kalp çarpıntısı, kalp atım hızında ve solunumda artış gibi fizyolojik belirtiler; dikkat ve konsantrasyonda değişim, algısal alanda azalma gibi bilişsel değişimlerin gözlemlenmesi.

İlişkili Faktörler:

Tedavisi, tanısı, sonucun belirsizliği hakkında bilgi eksikliği ve komplikasyon gelişme durumu.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

Bireyin psikolojik ve fizyolojik rahatlıkta artma ifade etmesi ve kendine güvenme yeteneğini kazandığını ifade etmesi.

Hemşirelik Girişimleri:

Sakin ve güven verici bir yaklaşım gösterilir.

Çevresel ve duygusal uyaranların az olduğu bir ortam sağlanır.

Hasta bireye durum açıklanırken tıbbi olmayan terimler ve kısa cümlelener kullanılır.

Birey, duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir.

Birey, kendi kendine olumlu konuşmayı kullanması konusunda teşvik edilir.

Bireyin kendi tercihine göre rahatlatabilecek aktivilere yönlendirilir (müzik dinleme, yürüme, yoga vb.).

Hasta bireye yavaş ve ritmik soluk alıp verme, hayal kurma ve kas gruplarının gevşetilmesi gibi gevşeme teknikleri öğretilir (Ackley, B.J. ve ark, 2019).

Bilgi Eksikliği

Tanımlayıcı Özellikler:

İstenen ve tanımlanan bir sağlık davranışını yanlış veya eksik uygulama, uygunsuz davranışlar sergileme (histerik, ajite), konu hakkında yeterince bilgisi olmadığını bireyin ifade etmesi ve soru sorması.

İlişkili Faktörler:

Öğrenmeye karşı ilgisizlik, başkaları tarafından öğrenilen yanlış bilgiler, bilgi kaynaklarının yetersiz olması.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

Hasta bireyin mevcut durumu hakkında bilgi düzeyinin artması, aldığı tedavinin nedenini ve yan etkileri açıklaması.

Hemşirelik Girişimleri:

Hasta bireye bilgi verirken sakin ve sessiz bir ortam sağlanır.

Durumu ve tedavisi hakkındaki mevcut bilgi durumu sorgulanır ve öğrenmek isteği bilgiler not alınır.

Bireye uygun bilgi verme yöntemi içerik, zamanlama ve sıralama açısından değerlendirilir ve bir plan oluşturulur.

Bireye eğitim verdikten sonra bilgi eksikliğinin giderilip giderilmediği teyit edilir.

Birey yaşlı ve bilişsel bozukluğu mevcut ise bireyin bakımını yapan kişilere eğitim verilir ve olası komplikasyonlar açıklanır.

İleri yaştaki birey ve yakınlarına kullandıkları ilaçların yan etkileri sonucu oluşabilecek belirti bulgular konusunda eğitim verilir. Ayrıca ilaçların birbiri ile etkileşimi ve yiyecek-içecek etkileşimi konularında da eğitim verilir (Ackley, B.J. ve ark, 2019).

Sedanter Yaşam Biçimi

Tanımlayıcı Özellikler:

Ortalama günlük aktivitenin yaşa ve cinsiyete göre az olması, fiziksel aktivitenin tercih edilmemesi.

İlişkili Faktörler:

Bireyin aldığı tedavi sonucu oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle korku sonucu fiziksel aktivite için yetersiz çaba.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

Bireyin önceki durumuna göre fiziksel aktivite için yeterli motivasyona sahip olması.

Hemşirelik Girişimleri:

Sedanter yaşam tarzının seçilmesinin nedenleri konusunda hasta gözlemlenir ve nedenleri sorgulanır. Nedenin fiziksel, psikolojik, sosyal veya çevresel olup olmadığı belrlenir.

Hasta bireyin yaşına ve durumuna uygun bir egzersiz planına katılmama nedenleri değerlendirilir.

Hasta bireyin özyeterliliği ve egzersizle ilgili beklentileri egzersiz için öz yeterlilik ölçeği ve egzersiz için beklenen sonuçları ölçeği kullanılarak değerlendirilir.

Bireyi egzersiz konusunda cesaretlendirecek bir kişi ile ortak bir program oluşturması önerilir.

Bireye ilk olarak teşvik etme amacı ile hafif bir yürüme programı ile başlaması önerilir.

Bireyin sevdiği fiziksel aktiviteler sorulur ve program oluştururken bireyin tercihleri göz önüne alınarak bireyle birlikte bir aktivite programı oluşturulur (Ackley, B.J. ve ark, 2019).

Kanama Riski

Risk Faktörleri:

Mevcut hastalığının tedavisinde kullanılan NOAC sonucu koagülasyon süresinin uzaması.

Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları:

Kanama bulgu ve belirtilerinin erken farkına varılması, yaralanma ve herhangi bir kanama durumunun olmaması.

Hemşirelik Girişimleri:

Erken kanama belirti ve bulguları hasta birey ve yakınlarına öğretilir.

Nedeni belli olmayan diş eti kanaması, balgamda, kusmukta, idrarda ve gaitada kan bulunması, yaraların kanaması, peteşi ve purpura ile olan deri içi kanamasını içeren kanama bulguları olması durumunda zaman geçirmeden bir kuruma başvurması gerektiği bilgisi verilir.

Bireye ve ailesine mevcut tedavisinden dolayı kanamaya neden olabilecek durumlar anlatılır ve gerekli önlemler konusunda bilgi verilir.

Ev ortamında düşme riskini en aza indirecek zemin düzenlemesi önerilir.

Hasta bireye kanama riskini en aza indirmek için travma riski düşük olan fiziksel aktiviteler önerilir.

Ağız bakımında yumuşak diş fırçası kullanılması, burun temizliği yaparken sert maddeler kullanılmaması önerilir.

Traş ve istenmeyen tüylerin temizliğinde elektrikli makineler kullanılır.

Hastaya kanamaya neden olacak ilaçların kullanımı hakkında bilgi verilir. Fazla doz alınmaması konusunda uyarılır (Ackley, B.J. ve ark, 2019).

NOAC kullanan bireylere uygulanan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı doğrultusunda gerçekleştirilen hemşirelik girişimleri sonucu beklenen amaç/hedeflere ulaşma

düzeyi devamlı olarak değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda gereksinimler doğrultusunda farklı hemşirelik tanısı konulup girişimler planlanmalıdır (Wilkinson ve Barcus, 2018).

2.3. VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLAN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, günümüzde tüm toplumların belli bir standarda ulaşmayı hedeflediği evrensel bir hedef haline gelmektedir. Hedef haline gelmesinin nedeni bireylerin yaşamdan aldığı doyumun yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmesi olarak belirlenmektedir. Bireylerin yaşam kalitesi değerlendirilirken evrensel bir model bulunmamaktadır; ancak geçmişten günümüze kadar bireylerin yaşamdan aldığı doyum, bireysel gereksinimlerinin karşılanmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bireysel gereksinimler ise Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanmaktadır. Bu teoriye göre bireylerin ihtiyaçlarının önceliklerine göre; fiziksel ihtiyaçlar (yiyecek, barına vb.), güvenlik ihtiyaçları (korunma, sağlık vb.), sosyal ihtiyaçlar (ait olma hissi, sevgi vb.), saygı görme ihtiyacı (sosyal statü vb.) ve kişisel fikirleri ortaya koyma (kendini geliştirme, kendi hedeflerine ulaşma vb.) ihtiyacı olarak sıralanmaktadır (Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesinin geçmişten günümüze kadar birçok tanımı yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi ''kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması" olarak tanımlanmaktadır. Tüm tanımlar bireylerin kendi yaşamının öznel algısı olarak değerlendirilmektedir (Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Sağlık ve hastalıkla ilgili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesi kavramının bir alt bileşenidir. Hasta bireylerin yaşam kalitesi, mevcut sağlık durumu ve aldığı tedavinin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüttür. Hasta bireylerin yaşam kalitesi çevresel kısıtlamalar, bilgiye ulaşmada yetersizlik, yetiyitimi gibi durumlardan, biyo-fizyolojik, psikolojik, politiko-ekonomik ve sosyo-kültürel özelliklerden etkilenebilen bir durumdur (Başaran ve ark, 2005). Yapılan klinik girişimlerden ve aldığı mevcut tedaviden bireyin memnuniyeti arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (Uçar ve Arslan, 2017).

Hasta bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek ve iyileştirmek için yapılabilecek uygulamalar değerlendirilmelidir. Hasta bireylerle en çok zaman geçiren sağlık profesyonellerinden olan hemşireler, tedavinin etkinliğinin yanı sıra bireylerin yaşam kalitesini

de değerlendirmeli ve yaşanan kısıtlılıklar ve olumsuz etkiler sonucunda eğitici rolünü kullanarak yol gösterici olmalıdırlar. İlk olarak bireye özgü bir iletişim şekli ile NOAC tedavisinin yan etkileri de göz önünde bulundurularak tedavinin bireyin günlük yaşantısına olumlu ve olumsuz etkileri değerlendirilmelidir. Ayrıca bireyin günlük yaşantısındaki yaşam şekline göre öncelikleri de belirlenmelidir. NOAC tedavi sürecinde her hasta bireyin tedaviye yanıtı ve değişikliklerin izlenmesinde hemşireler rol gösterici olmalıdırlar (Uçar ve Arslan, 2017).

NOAC tedavisinin olumlu ve olumsuz etkileri her birey tarafından farklı algılanabilmektedir. NOAC tedavisi sırasında bireylerde memnuniyetsizliğe yol açıp yaşam kalitesini düşürebilecek birçok etken bulunmaktadır. Sürekli ve düzenli ilaç kullanımı, morarma ve kanama endişesi, yaşam tarzı sınırlamaları yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Bu olumsuz etkenler dışında hasta bireyler tedavi sürecinde etkin bir iletişim ve sade bir dil ile bilgi eksikliğinin giderilmesi sonucu kendini güvende de hissedebilmektedir (Samsa ve ark, 2004; Casais ve ark, 2005).

NOAC tedavisinde ilaca bağlı yan etki gelişme olasılığı ve günlük yaşam aktivitelerinde yaşanabilecek kısıtlılıklar bireylerin yaşam kalitesini düşürebilecek sebeplerdendir. Hemşireler bu gibi durumları bireye özgü bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeli ve çözümler üreterek bireylere destek olmalıdır. Ayrıca NOAC tedavisinin olumsuz etkilerinin dışında fayda oranının yüksek olduğu ve diğer oral antikoagülan tedavilere göre yaşam kalitesini daha az etkilediği, zamanla tedavi yönetiminin bireyler tarafından daha kolay sağlanabileceği hemşireler tarafından anlatılmalıdır (Samsa ve ark, 2004; Casais ve ark, 2005).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TÜRÜ

Araştırma Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanan bireylerin yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde planlandı.

3.1.1. Araştırma Soruları

NOAC tedavisi kullanan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özellikleri nelerdir?

NOAC tedavisi kullanan bireylerin yaşam kalitesi düzeyi nedir?

NOAC tedavisi kullanan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre yaşam kalitesi düzeyinde farklılık var mıdır?

3.1.2. Bağımsız Değişkenler

Bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma ve gelir durumu, kiminle yaşadığı, bireyin yaşadığı yer, sigara ve alkol kullanma durumu, hangi oral antikoagülan ilacı kullandığı, ilaç kullanım nedeni, ilaç kullanma süresi, ilaçla ilgili yan etki yaşama durumu, ilaçla ilgili eğitim alma durumu, ek hastalık durumu, NOAC dışında ilaç kullanma durumu gibi özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.1.3. Bağımlı Değişkenler

Bireylerin Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği'nden aldıkları puanlar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve TARİH

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Aralık 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Aralık 2020- Mayıs 2021 tarihleri arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran bireyler oluşturdu.

Araştırma örnekleminde ise, toplamda 6 aylık süreçte polikliniğe başvuran ve kriterlere uygun 1000 birey içerisinden α=0,05 düzeyinde %80 güç elde etmek için çalışmaya alınacak birey sayısının 198 olarak saptandığı ancak kayıplar göz önüne alındığında bu sayının 220 olmasının daha uygun olacağı görüldü (Doğu ve Acaroğlu, 2016; Uçar ve Arslan, 2017).

3.3.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

18 yaş ve üzeri,

En az bir ay boyunca vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanan,

İletişime ve iş birliğine açık,

Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan bireyler çalışmaya dahil edildi.

3.4. ARAŞTIRMADA KULLANILACAK VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ve TEKNİKLERİ

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, "Hasta Bilgi Formu" ve "Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği" kullanılarak toplandı.

3.4.1.1. Hasta Bilgi Formu (Ek-II)

Literatür taraması sonucu araştırmacı tarafından geliştirilen form, iki bölümden oluşmaktadır. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, öğrenim ve çalışma durumu vb) ve hastalık/tedavi özellikleri (sigara ve alkol kullanma durumu, hangi antikoagülan ilacı kullandığı, kullanma nedeni, ilaçla ilgili eğitim alma durumu, kronik hastalık durumu, antikoagülan dışında ilaç kullanma durumu vb) ile ilgili soruları içermektedir (Schulman, 2014; Yıldırım ve Temel, 2014; Uçar ve Arslan, 2017).

3.4.1.2. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (Ek-III)

Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ), Samsa ve ark (2004) tarafından geliştirilmiş ve Yıldırım ve Temel (2014) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Antikoagülan tedavi gören bireylerin memnuniyetinin sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesini sağlayan ölçek yedili likert tipte yanıtlanmaktadır. 1=hiç, 2=çok az, 3=biraz, 4=orta derecede, 5=biraz fazla, 6=çok ve 7=çok fazla şeklinde derecelendirilerek hesaplanır. Ölçek 25 madde ve ‘‘kısıtlılıklar’’, ‘‘yük ve zorluklar’’, ‘‘olumlu etkiler’’ adı altında 3 faktörlü alt boyutu kapsamaktadır. Kısıtlılıklar alt boyutunda; morarma ve kanama gibi oluşabilecek durumların bireylerin günlük aktivitelerine etkisini belirlemeye yönelik 10 soru (1-9, 20. madde) bulunmaktadır. Bu bölümden alınacak en düşük puan 10, en yüksek puan ise 70’tir. Yükler ve zorluklar alt boyutunda; bireylerin tedaviye yönelik sorumluluklarıyla ilgili yaşadığı sorunları belirlemeye yönelik 9 sorudan (10-16, 22. ve 24. madde) oluşmaktadır. Bu bölümden alınacak en düşük puan 9, en yüksek puan 63’tür. Olumlu etkiler alt boyutunda ise; bireyin bilgileri ve hissettikleriyle ilgili yaşadığı sorunlarını belirlemeye yönelik 6 sorudan (17-19, 21, 23 ve 25. madde) oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak en düşük puan ise 6, en yüksek puan 42'dir. Ölçeğin toplamından alınan en düşük puan 25, en fazla puan 175 olmaktadır. Alınan puanlar arttıkça yaşam kalitesinin ve antikoagülan ilaç kullanımından memnuniyetin daha kötü olduğunu ve sorunların daha fazla yaşandığını göstermektedir. Orjinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88, alt boyutların iç tutarlılığı "kısıtlılıklar" alt boyutunda 0,87, "yükler ve zorluklar" alt boyutunda 0,88 ve "olumlu etkiler" alt boyutunda 0,78 'dir. Test güvenilirliği 0,80'dir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik indeksi 0,99, Cronbach alfa katsayısı 0,89'dur. Test güvenilirliği 0,98'dir (Yıldırım ve Temel, 2014).

3.4.2. Araştırmada Veri Toplama Teknikleri

Araştırmanın yürütüldüğü kurumda, araştırma kriterlerini karşılayan bireyler araştırmanın amacı, süresi ve yöntemi konusunda bilgilendirildi ve bilgi verdikten sonra araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden yazılı izin (Ek-I) alınarak örneklem grubuna dahil edildi. Gönüllü olmayı kabul eden bireyler, bekleme odasına alındı ve formları cevaplanması istendi. Formları doldurmak bireyin yaklaşık olarak 15-20 dakikasını aldı.

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (sayı:74555795-050.01.04 tarih:01.12.2020) yazılı izin

alındı. Ayrıca araştırmanın gerçekleştirileceği kurumdan da (sayı:97706721-900 tarih:19.10.2020) kurum izni alındı.

"Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği"nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan yazardan yazılı izin alındı.

Araştırmanın örneklem grubunu oluşturacak bireylere çalışmanın amacı, kapsamı ve süresi açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi doğrultusunda araştırmaya katılmaları için yazılı bilgilendirilmiş izinleri alındı **(Ek-I)**.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, yalnızca bir Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran bireyler ile gerçekleştirildi, bu nedenle araştırma sonuçları genellenemez.

3.7. ARAŞTIRMADAKİ VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınandı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Multivariate analiz olarak; DAMÖ alt boyut ve toplam puanı üzerine diğer değişkenlerin etkileri Lineer Regresyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ve HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalık özellikleri ve NOAC kullanım durumlarına göre dağılımları Tablo 4.1 ve 4.2'de verildi.

Tablo 4.1: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (N=220)

Yaş (yıl)	*Ort±Ss*	70,57±10,78	
	Medyan (Min-Maks)	72 (32-94)	
		n	**%**
Cinsiyet	**Kadın**	129	58,6
	Erkek	91	41,4
Öğrenim Durumu	**Okur-yazar**	104	47,3
	İlköğretim	71	32,3
	Lise	42	19,1
	Üniversite	3	1,3
Medeni durum	**Bekâr**	136	61,8
	Evli	84	38,2
Çalışma Durumu	**Evet**	14	5,9
	Hayır	206	94,1
Gelir Durumu			
	Orta	211	96
	İyi	9	4
Birlikte Yaşanılan Kişi	**Yalnız**	48	21,8
	Eşi ve Çocuklarıyla	36	16,4
	Anne ve Babasıyla	1	0,5
	Eşiyle	86	39,1
	Çocuklarıyla	49	22,2
Yaşanılan Yer	**Köy/Kasaba**	11	5
	İl/İlçe Merkezi	209	95
Sigara Kullanımı	**Evet**	9	4,1
	Hayır	156	70,9
	Bırakmış	55	25
Alkol Kullanımı	**Evet**	1	0,5
	Hayır	213	96,8
	Bırakmış	6	2,7

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %58,6'sının (n=129) kadın, yaş ortalamasının 70,57±10,78 (min-maks 32-94), %47,3'ünün (n=104) okur-yazar, %61,8'inin (n=136) bekar, %94,1'inin (n=206) çalışmadığı, %96'sının (n=211) gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %39,1'inin (n=86) eşiyle yaşadığı, %95'inin (n=209) il/ilçe merkezinde yaşadığı, %70,9'unun (n=156) sigara, %96,8'i (n=213) alkol kullanmadığı görüldü (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Bireylerin hastalık ve noac kullanım durumlarına göre dağılımı (N=220)

		n	%
Kullanılan NOAC	**Pradaxa**	18	8,2
	Xarelto	61	27,7
	Eliquis	96	43,6
	Lixiana	45	20,5
NOAC Kullanım Nedeni	**Atriyal Fibrilasyon**	215	97,7
	Pulmoner Emboli	5	2,3
NOAC Kullanım Süresi	**0-1 Yıl**	59	26,8
	1-5 Yıl	148	67,3
	6-10 Yıl	13	5,9
NOAC Yan Etki Görülme Durumu	**Evet**	11	5
	Hayır	209	95
NOAC Kullanım Eğitimi Alma Durumu	**Hayır**	59	26,5
	Evet	161	73,5
Kronik Hastalık Varlığı	**Hipertansiyon**	108	49,3
	Diyabet	83	37,9
	Konjestif Kalp Yetmezliği	61	27,9
	Guatr	9	4,1
	Diğer	44	20,1
Başka İlaç Kullanımı	**Evet**	201	91,4
	Hayır	19	8,6

Araştırmaya katılan bireylerin %43,6'sının (n=96) eliquis kullandığı, %97,7'sinin (n=215) NOAC kullanma nedeninin atriyal fibrilasyon olduğu, %67,3'ünün (n=148) NOAC kullanım süresinin 1-5 yıl olduğu saptandı. NOAC kullanan bireylerin %95'inde (n=209) yan etki olmadığı ifade edildi. Bireylerin NOAC kullanımıyla ilgili eğitim alma durumları incelendiğinde; çoğunluğunun eğitim aldığı (%73,5; n=161) belirlendi (Tablo 4.2).

Bireylerin mevcut hastalığına eşlik eden ek kronik hastalık durumu incelendiğinde; en fazla görülen ilk üç hastalık olarak %49,3'ünde (n=108) hipertansiyon, %37,9'unda (n=83)

diyabet, %27,9'unda (n=61) konjestif kalp yetmezliği olduğu, %91,4'ünün (n=201) NOAC dışında başka bir ilaç kullandığı belirlendi (Tablo 4.2).

4.2. BİREYLERİN DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLARA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan bireylerin Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin dağılımları Tablo 4.3'te verildi.

Tablo 4.3: Bireylerin DAMÖ'den aldıkları puanların dağılımı (N=220)

DAMÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	Medyan (Min-Maks)	Ort±Ss
Kısıtlılıklar	10	21 (14-49)	21,70±4,58
Yükler ve Zorluklar	9	16 (9-40)	16,90±5,09
Olumlu Etkiler	6	12 (6-28)	12,74±4,00
DAMÖ Toplam Puanı	25	49 (34-109)	51,34±11,30

Araştırmaya katılan bireylerin DAMÖ ''kısıtlılıklar'' alt boyutu puan ortalamasının 21,70±4,58, ''yükler ve zorluklar'' alt boyutu puan ortalamasının 16,90±5,09, ''olumlu etkiler'' alt boyutu puan ortalamasının 12,74±4,00 ve ölçek toplam puan ortalamasının 51,34±11,30 olduğu saptandı (Tablo 4.3).

4.3. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin dağılımlara Tablo 4.4 ve Tablo 4.5'te, DAMÖ puanı üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin regresyon analizi sonuçlarına ise Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8 ve Tablo 4.9'da yer verildi.

Tablo 4.4: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre DAMÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler			**Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği**			
			Kısıtlılıklar	**Yükler ve Zorluklar**	**Olumlu Etkiler**	**Toplam Puan**
Yaş		**R**	-0,067	0,323	0,318	0,297
		p	***0,325***	***0,001*****	***0,001*****	***0,001*****
Cinsiyet	**Kadın**	*Ort±Ss*	21,51±3,97	16,51±4,65	12,75±3,84	50,78±9,64
		Medyan (Min-Maks)	21 (15-47)	16 (9-40)	12 (7-28)	49 (36-109)
	Erkek	*Ort±Ss*	21,95±5,34	17,46±5,65	12,71±4,25	52,13±13,33
		Medyan (Min-Maks)	21 (14-49)	17 (9-38)	12 (6-27)	49 (34-107)
		p	***[a]0,910***	***[a]0,180***	***[a]0,574***	***[a]0,884***
Öğrenim Durumu	**Okur-Yazar**	*Ort±Ss*	21,91±4,67	18,03±4,81	13,65±3,67	53,58±10,59
		Medyan (Min-Maks)	21 (15-47)	17 (9-40)	13 (7-28)	52 (36-109)
	İlköğretim	*Ort±Ss*	20,66±2,70	16,01±3,80	11,97±3,63	48,65±7,19
		Medyan (Min-Maks)	20 (14-28)	16 (9-35)	11 (7-24)	48 (36-82)
	Lise ve üzeri	*Ort±Ss*	22,82±6,21	15,71±6,82	11,87±4,88	50,40±16,33
		Medyan (Min-Maks)	21 (16-49)	14 (9-38)	10 (6-27)	46 (34-107)
		p	***[b]0,129***	***[b]0,001*****	***[b]0,001*****	***[b]0,001*****
Medeni Durum	**Evli**	*Ort±Ss*	21,99±5,22	16,30±5,59	12,12±4,10	50,40±13,01 34-109
		Medyan (Min-Maks)	14-49 (21)	9-40 (15,5)	6-28 (11)	(48,5)
	Bekar	*Ort±Ss*	21,23±3,27	17,88±4,01	13,75±3,66	52,86±7,63
		Medyan (Min-Maks)	15-34 (21)	9-35 (17)	7-27 (13,5)	38-86 (52)
		p	***[a]0,718***	***[a]0,001*****	***[a]0,001*****	***[a]0,001*****
Çalışma Durumu	**Evet**	*Ort±Ss*	27,31±10,22	21,00±11,02	14,69±7,56	63±26,59
		Medyan (Min-Maks)	25 (14-49)	18 (9-38)	11 (6-27)	48 (36-107)
	Hayır	*Ort±Ss*	21,34±3,77	16,64±4,42	12,62±3,68	50,59±9,27
		Medyan (Min-Maks)	21 (15-47)	16 (9-40)	12 (7-28)	49 (34-109)
		p	***[a]0,020****	***[a]0,469***	***[a]0,957***	***[a]0,709***
Gelir Durumu	**Orta**	*Ort±Ss*	21,67±4,45	16,88±4,92	12,56±3,87	51,11±10,88
		Medyan (Min-Maks)	21 (14-49)	16 (9-40)	12 (6-28)	49 (34-109)
	İyi	*Ort±Ss*	22,33±7,34	17,44±8,65	17±5,07	56,78±18,83
		Medyan (Min-Maks)	21 (15-41)	15 (9-38)	17 (9-23)	48 (42-102)
		p	***[a]0,838***	***[a]0,489***	***[a]0,009*****	***[a]0,569***

[a]Mann Whitney U Test [b]Kruskal Walli Tests *p<0,05 **p<0,01
r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

Tablo 4.4 (devam): Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre DAMÖ puanlarının karşılaştırılması

Özellikler			Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği			
			Kısıtlılıklar	Yükler ve Zorluklar	Olumlu Etkiler	Toplam Puan
Yaşanılan Kişi	**Yalnız**	*Ort±Ss*	20,97±4,06	17,41±4,67	13,64±3,82	52,04±10,08
		Medyan (Min-Maks)	20 (15-43)	17 (9-35)	13 (7-25)	50 (36-101)
	Eşi ve Çocuklar	*Ort±Ss*	23,22±6,90	15,66±7,14	12,3±4,54	51,19±16,79
		Medyan (Min-Maks)	21,5 (14-49)	14 (9-38)	11 (6-23)	46 (36-107)
	Anne ve Babasıyla	*Ort±Ss*	34	25	27	86
		Medyan (Min-Maks)	34	25	27	86
	Eşiyle	*Ort±Ss*	21,04±2,26	15,89±3,84	11,59±3,23	48,53±6,93
		Medyan (Min-Maks)	21 (16-28)	16 (9-33)	11 (7-23)	49 (34-79)
	Çocuklarıyla	*Ort±Ss*	22,16±5,42	18,91±5	13,89±4,05	54,97±11,82
		Medyan (Min-Maks)	22 (15-47)	18 (9-40)	14 (7-28)	53 (36-109)
		p	***[b]0,169***	***[b]0,001*****	***[b]0,001*****	***[b]0,001*****
Yaşanılan Yer	**Köy/ Kasaba**	*Ort±Ss*	25,72±7,77	22,45±6,74	15,18±7,01	63,36±20,06
		Medyan (Min-Maks)	23 (19-43)	21 (15-33)	13 (7-28)	59 (42-101)
	İl / İlçe Merkezi	*Ort±Ss*	21,48±4,28	16,61±4,84	12,61±3,76	50,71±10,35
		Medyan (Min-Maks)	21 (14-49)	16 (9-40)	12 (6-27)	49 (34-109)
		p	***[a]0,027****	***[a]0,002*****	***[a]0,380***	***[a]0,020****
Sigara Kullanımı	**Evet**	*Ort±Ss*	24,89±8,31	15,78±9,78	15,22±7,03	55,88±23,06
		Medyan (Min-Maks)	21 (15-41)	12 (9-38)	14 (6-27)	46 (36-102)
	Hayır	*Ort±Ss*	21,48±4,59	17,11±4,76	12,75±3,65	51,35±10,68
		Medyan (Min-Maks)	21 (14-49)	16 (9-40)	12,5 (7-28)	50 (36-109)
	Bırakmış	*Ort±Ss*	21,76±3,52	16,49±5,04	12,30±4,27	50,56±10,39
		Medyan (Min-Maks)	21 (16-38)	16 (9-35)	11 (8-27)	49 (34-92)
		p	***[b]0,345***	***[b]0,112***	***[b]0,180***	***[b]0,648***
Alkol Kullanımı	**Evet**	*Ort±Ss*	34±0	25±0	27±0	86±0
		Medyan (Min-Maks)	34 (34-34)	25 (25-25)	27 (27-27)	86 (86-86)
	Hayır	*Ort±Ss*	21,63±4,58	16,74±4,95	12,58±3,80	50,96±10,96
		Medyan (Min-Maks)	21 (14-49)	16 (9-40)	12 (6-28)	49 (34-109)
	Bırakmış	*Ort±Ss*	21,67±1,21	21,16±7,88	16,16±6,01	59±13,57
		Medyan (Min-Maks)	21,5 (20-23)	19 (13-35)	15 (10-24)	56 (44-82)
		p	***[a]0,377***	***[a]0,108***	***[a]0,160***	***[a]0,087***

Araştırmaya katılan bireylerin yaşları ile DAMÖ'nün ‘‘kısıtlılıklar’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). ‘‘Yükler ve zorluklar’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise pozitif yönlü (yaş arttıkça yükler ve zorluklar puanı artan) 0,323 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (r=0,323; p=0,001; p<0,01). ‘‘Olumlu etkiler’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça olumlu etkiler puanı artan) 0,318 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (r=0,318; p=0,001; p<0,01). Ayrıca bireylerin yaşları ile DAMÖ'nün toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça ölçek toplam puanı artan) 0,297 düzeyindeki zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (r=0,297; p=0,001; p<0,01, Tablo 4.4)

Cinsiyete göre bireylerin DAMÖ'nün ‘‘kısıtlılıklar’’, ‘‘yükler ve zorluklar’’, ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05, Tablo 4.4).

Öğrenim durumlarına göre bireylerin DAMÖ'nün ‘‘kısıtlılıklar’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). ‘‘Yükler ve zorluklar’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre öğrenim derecesi okuryazar olanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların, öğrenim derecesi ilköğretim ve lise olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (p=0,015; p=0,001; p<0,05). Hasta bireylerin ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre öğrenim derecesi okuryazar olanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, öğrenim derecesi ilköğretim ve lise olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p=0,002; p=0,001; p<0,01). Bireylerin DAMÖ'nün toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, öğrenim derecesi okuryazar olanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların, öğrenim derecesi ilköğretim ve lise olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p=0,001; p=0,001; p<0,01, Tablo 4.4).

Medeni duruma göre bireylerin DAMÖ ‘‘kısıtlılıklar’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Evli bireylerin DAMÖ

‘‘yükler ve zorluklar’’, ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanların, bekar bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü (p=0,001; p=0,001; p=0,001; p<0,01, Tablo 4.4).

Çalışan bireylerin DAMÖ ‘‘kısıtlılıklar’’ alt boyutundan aldıkları puanların, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu (p=0,020; p<0,05), ‘‘yükler ve zorluklar’’, ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanların, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05, Tablo 4.4).

Gelir durumuna göre bireylerin DAMÖ ‘‘kısıtlılıklar’’, ‘‘yükler ve zorluklar’’ alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanların, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görüldü (p>0,05). Gelir durumu orta düzeyde olan bireylerin DAMÖ ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutundan aldıkları puanların, gelir durumu iyi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (p=0,009; p<0,01, Tablo 4.4).

Birlikte yaşanılan kişiye göre bireylerin DAMÖ’nün ‘‘kısıtlılıklar’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05), ‘‘yükler ve zorluklar’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların, yalnız yaşayanlara ve çocuklarıyla yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (p=0,016; p=0,001; p<0,05). ‘‘Olumlu etkiler’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre eşiyle yaşayanların ölçek alt boyutundan aldıkları puanların, yalnız yaşayan ve çocuklarıyla yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (p=0,009; p=0,002; p<0,01). DAMÖ’nün toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre çocuklarıyla yaşayanların ölçek toplamından aldıkları puanların, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlara ve eşiyle yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p=0,001; p=0,001; p<0,01, Tablo 4.4).

Köy/kasabada yaşayan bireylerin DAMÖ’nün ‘‘kısıtlılıklar’’, ‘‘yükler ve zorluklar’’ alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanların, il/ ilçe merkezinden aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü (p=0,027; p=0,002; p=0,020;

p<0,05). ‘‘Olumlu etkiler’’ alt boyutundan ise aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05, Tablo 4.4).

Sigara ve alkol kullanımına göre bireylerin DAMÖ’nün “kısıtlılıklar”, “yükler ve zorluklar”, “olumlu etkiler” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05, Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Bireylerin noac kullanımına ilişkin özelliklerine göre DAMÖ puanlarının karşılaştırılması

			Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği			
			Kısıtlılıklar	**Yükler ve Zorluklar**	**Olumlu Etkiler**	**Toplam Puan (DAMÖ)**
Kullanılan NOAC	**Pradaxa (n=18)**	*Ort±Ss*	21,27±2,14	16,83±2,87	12,45±3,63	50,56±6,06
		Medyan (Min-Maks)	21 (19-27)	16,5 (11-23)	11 (8-23)	49 (41-67)
	Xarelto (n=61)	*Ort±Ss*	22,59±5,73	16,92±5,36	12,95±4,30	52,45±13,48
		Medyan (Min-Maks)	21 (15-49)	16 (9-37)	12 (7-27)	51 (37-107)
	Eliquis (n=96)	*Ort±Ss*	21,47±4,36	17,31±5,58	12,76±4,07	51,55±11,22
		Medyan (Min-Maks)	21 (14-47)	17 (9-40)	12 (6-27)	50 (36-109)
	Lixiana (n=45)	*Ort±Ss*	21,11±3,72	16,04±4,30	12,53±3,67	49,69±9,87
		Medyan (Min-Maks)	20 (15-38)	15 (9-30)	13 (7-28)	48 (34-96)
		p	***[b]0,603***	***[b]0,384***	***[b]0,977***	***[b]0,753***
NOAC Kullanım Nedeni	**Atriyal Fibrilasyon (n=215)**	*Ort±Ss*	21,70±4,63	16,84±5,02	12,74±3,96	51,29±11,25
		Medyan (Min-Maks)	21 (14-49)	16 (9-40)	12 (6-28)	49 (34-109)
	Pulmoner Emboli (n=5)	*Ort±Ss*	21,40±1,51	19,40±8,02	12,60±6,11	53,40±14,88
		Medyan (Min-Maks)	21 (20-23)	16 (13-33)	11 (7-23)	51 (42-79)
		p	***[a]0,704***	***[a]0,623***	***[a]0,521***	***[a]0,929***
NOAC Kullanım Süresi	**0-1 Yıl (n=59)**	*Ort±Ss*	21,36±3,93	16,73±5,50	12,36±4,26	50,44±11,26
		Medyan (Min-Maks)	21 (14-41)	16 (9-38)	12 (6-24)	48 (36-102)
	1-5 Yıl (n=148)	*Ort±Ss*	21,93±4,96	17,13±5,02	13,01±3,97	52,07±11,57
		Medyan (Min-Maks)	21 (15-49)	16 (9-40)	12 (7-28)	49,5 (34-109)
	6-10 Yıl (n=13)	*Ort±Ss*	20,54±2,26	15,15±3,85	11,38±2,81	47,07±6,86
		Medyan (Min-Maks)	20 (17-25)	16 (9-21)	11 (8-17)	50 (37-58)
		p	***[b]0,479***	***[b]0,531***	***[b]0,207***	***[b]0,222***
NOAC Yan Etkisi	**Evet (n=11)**	*Ort±Ss*	21,90±3,90	20±7,02	13,80±4,49	55,70±11,78
		Medyan (Min-Maks)	22 (14-30)	19 (10-35)	12,5 (9-24)	54 (36-82)
	Hayır (n=209)	*Ort±Ss*	21,69±4,63	16,78±4,97	12,70±3,99	51,16±11,28
		Medyan (Min-Maks)	21 (15-49)	16 (9-40)	12 (6-28)	49 (34-109)
		p	***[a]0,271***	***[a]0,203***	***[a]0,639***	***[a]0,119***
NOAC Kullanım Eğitimi	**Evet (n=161)**	*Ort±Ss*	21,82±3,71	19,36±6,99	13,46±3,88	54,64±11,72
		Medyan (Min-Maks)	22 (14-30)	18 (10-35)	13 (8-27)	54 (36-82)
	Hayır (n=59)	*Ort±Ss*	20,32±2,53	17,27±4,88	13,45±4,41	51,06±8,28
		Medyan (Min-Maks)	20,5(14-26)	17 (9-35)	12 (9-24))	49,5 (36-82)
		p	***[a]0,020****	***[a]0,298***	***[a]0,040****	***[a]0,709***

Kullanılan NOAC’a göre bireylerin DAMÖ’nün ‘‘kısıtlılıklar’’, ‘‘yükler ve zorluklar’’, ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05, Tablo 4.5).

NOAC kullanım nedenine göre bireylerin DAMÖ'nün ''kısıtlılıklar'', ''yükler ve zorluklar'', ''olumlu etkiler'' alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05, Tablo 4.5).

NOAC kullanım süresine göre bireylerin DAMÖ'nün ''kısıtlılıklar'', ''yükler ve zorluklar'', ''olumlu etkiler'' alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05, Tablo 4.5).

NOAC yan etkisi olması durumuna göre bireylerin DAMÖ'nün ''kısıtlılıklar'', ''yükler ve zorluklar'', ''olumlu etkiler'' alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05, Tablo 4.5).

NOAC kullanım eğitimi alan hasta bireylerin DAMÖ'nün ''olumlu etkiler'' alt boyutundan aldıkları puanlar, eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,040; p<0,05, Tablo 4.5).

Tablo 4.5 (devam): Bireylerin noac kullanımına ilişkin özelliklerine göre DAMÖ puanlarının karşılaştırılması

			Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği			
			Kısıtlılıklar	**Yükler ve Zorluklar**	**Olumlu Etkiler**	**Toplam Puan**
Kronik Hastalık Varlığı	**Yok (n=175)**	*Ort±Ss*	21,97±4,86	17,12±5,18	12,66±4,05	51,75±11,96
		Medyan (Min-Maks)	21 (15-49)	17 (9-40)	12 (6-28)	50 (34-109)
	Var (n=44)	*Ort±Ss*	20,68±3,12	16,23±4,66	13,16±3,84	50,07±8
		Medyan (Min-Maks)	20,5 (14-28)	15,5 (9-33)	13 (8-27)	48 (36-79)
		p	***[a]0,192***	***[a]0,252***	***[a]0,225***	***[a]0,536***
		p	***[b]0,070***	***[b]0,256***	***[b]0,053***	***[b]0,198***
Başka Sürekli Kullanılan İlaç	**Yok (n=19)**	*Ort±Ss*	21,16±2,09	15,00±3,35	11,53±3,96	47,68±6,73
		Medyan (Min-Maks)	21 (18-26)	15 (9-23)	10 (6-23)	47 (39-67)
	Var (n=201)	*Ort±Ss*	21,75±4,75	17,08±5,20	12,86±4,00	51,69±11,60
		Medyan (Min-Maks)	21 (14-49)	16 (9-40)	12 (7-28)	50 (34-109)
		p	***[a]0,998***	***[a]0,056***	***[a]0,091***	***[a]0,043****
		p	***[b]0,500***	***[b]0,282***	***[b]0,378***	***[b]0,190***

[a]Mann Whitney U Test [b]Kruskal Wallis Test * p<0,05 ** p<0,01

Kronik hastalık varlığına göre bireylerin DAMÖ'nün ''kısıtlılıklar'', ''yükler ve zorluklar'', ''olumlu etkiler'' alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05, Tablo 4.5).

NOAC haricinde sürekli kullanılan başka ilaç olması durumuna göre bireylerin DAMÖ'nün ''kısıtlılıklar'', ''yükler ve zorluklar'', ''olumlu etkiler'' alt boyutlarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05). Ancak sürekli başka ilaç kullanan bireylerin DAMÖ'nün toplamından aldıkları puanların, başka ilaç içmeyen bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p=0,043; p<0,05, Tablo 4.5).

Tablo 4.6: DAMÖ toplam puanı üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		Unstandardized Coefficients		95,0% CI	
		B	**p**	**Lower Bound**	**Upper Bound**
10	**Yaşanılan Yer**	-11,477	***0,001****	-18,244	-4,710
	Alkol Kullanımı	9,603	***0,036****	0,630	18,576
	Eğitim Durumu	-2,004	***0,051***	-4,015	0,007
	(Constant)	77,027	***0,001****	63,981	90,072

a. Dependent Variable: Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği toplam

Yapılan analiz sonucunda çalışma 10. adımda sonlandı ve modelde yaşanılan yer (p=0,001) ve alkol kullanımı (p=0,036) yer aldı. Son adımda modelde anlamlı olmayıp ancak anlamlılık düzeyine yakın değerler alan eğitim durumunun da bulunduğu görüldü (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: DAMÖ'nün kısıtlılıklar alt boyutu üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		Unstandardized Coefficients		95,0% CI	
		B	**p**	**Lower Bound**	**Upper Bound**
7	**Çalışma Durumu**	-9,157	***0,001****	-12,396	-5,917
	Yaşanılan Yer	-4,534	***0,007****	-7,802	-1,265
	Diyabet	1,279	***0,084***	-0,173	2,731
	(Constant)	46,767	***0,001****	37,514	56,020

a. Dependent Variable: Kısıtlılıklar puanı

DAMÖ'nün ''kısıtlılıklar'' alt boyut puanına, bağımsız değişkenlerin etkisi backward regresyon analizi yardımıyla test edildi ve analiz sonucunda model anlamlı bulundu (F=11,336; p<0,01); R^2 = 0,229 olarak saptandı. Bağımsız değişkenlerin DAMÖ'nün ''kısıtlılıklar'' alt boyutu üzerindeki etkisi %22,9 oranındadır (Tablo 4.7).

Yapılan analiz sonucunda çalışma 6. adımda sonlandı ve modelde çalışma durumu (p=0,001) ve yaşanılan yer (p=0,007) yer aldı. Son adımda modelde anlamlı olmayıp ancak anlamlılık düzeyine yakın değerler alan diyabetin de bulunduğu görüldü (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: DAMÖ'nün yükler ve zorluklar alt boyutu üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		Unstandardized Coefficients		95,0% CI	
		B	**p**	**Lower Bound**	**Upper Bound**
8	**Eğitim Durumu**	-1,220	***0,005****	-2,059	-0,380
	Yaşanılan Yer	-4,767	***0,002****	-7,726	-1,809
	Alkol Kullanımı	5,828	***0,004****	1,919	9,738
	Konjestif Kalp Yetmezliği	1,529	***0,037****	0,095	2,962
	(Constant)	27,718	***0,001****	21,919	33,518

a. Dependent Variable: Yükler ve Zorluklar puanı

DAMÖ'nün ''yükler ve zorluklar'' alt boyut puanına, bağımsız değişkenlerin etkisi backward regresyon analizi ile test edildi ve model anlamlı bulundu (F=8,876; p<0,01); R^2 = 0,143 olarak saptandı. Bağımsız değişkenlerin DAMÖ'nün yükler ve zorluklar alt boyutu üzerindeki etkisi %14,3 oranındadır (Tablo 4.8).

Yapılan analiz sonucunda çalışma 8. adımda sonlandı ve modelde eğitim durumu (p=0,005), yaşanılan yer (p=0,002), alkol kullanımı (p=0,004) ve konjestif kalp yetmezliği (p=0,037) yer aldı (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: DAMÖ'nün olumlu etkiler alt boyutu üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin regresyon analizi sonuçları

Model		Unstandardized Coefficients		95,0% CI	
		B	**p**	**Lower Bound**	**Upper Bound**
9	**Eğitim Durumu**	-1,347	***0,001****	-1,979	-0,714
	Gelir Durumu	5,445	***0,001****	3,009	7,881
	Alkol Kullanımı	4,096	***0,007****	1,151	7,041
	Konjestif Kalp Yetmezliği	1,042	***0,057***	-0,032	2,116
	(Constant)	7,894	***0,001****	4,876	10,912

a. Dependent Variable: Olumlu Etkiler puanı

DAMÖ'nün ''olumlu etkiler'' alt boyut puanına, bağımsız değişkenlerin etkisi backward regresyon analizi ile test edildi ve model anlamlı bulundu (F=9,749; p<0,01); R^2 =

0,187 olarak saptandı. Bağımsız değişkenlerin DAMÖ'nün ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutu üzerindeki etkisi %18,7 oranındadır (Tablo 4.9). Yapılan analiz sonucunda çalışma 9. adımda sonlandı ve modelde eğitim durumu (p=0,001), gelir durumu (p=0,001), alkol kullanımı (p=0,007) yer aldı. Son adımda modelde anlamlı olmayıp ancak anlamlılık düzeyine yakın değerler alan konjestif kalp yetmezliği hastalığının da bulunduğu görüldü (Tablo 4.9).

5. TARTIŞMA

NOAC kullanan bireylerin yaşam kalitesi, memnuniyet düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmada elde edilen veriler üç ana başlıkta tartışıldı.

5.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK, SAĞLIK ÖYKÜLERİ ve NOAC KULLANIM DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmaya dahil edilen bireylerin yaş ortalamasının 70,57±10,78 olduğu saptandı (Tablo 4.1). Literatür incelendiğinde NOAC kullanım endikasyonu olarak görülen AF'nin ve tromboembolik olayların dünyada ve ülkemizde daha çok yaşlılık ve ileri yaşlılık dönemlerinde görülmesi, NOAC kullanan bireylerin bu araştırmada olduğu gibi yaş ortalamasını yükseltmektedir (Moustafa ve ark, 2015; Wood ve ark, 2017; Demir ve ark, 2018; Kawabata ve ark, 2019; Frol ve ark, 2020; Torii ve ark, 2020; Weir ve ark, 2020).

Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun kadın (%58,6) olduğu belirlendi (Tablo 4.1). Araştırmanın bu bulgusu literatürdeki bazı çalışmalar ile uyumlu değildir. Kaymaz Tahra ve ark (2016)'nın oral antikoagülanlarla ilgili yaptığı çalışmanın örneklemini büyük çoğunlukla erkek bireyler (%71) oluşturmuştur. Corbalan ve ark (2019)'nın yaptığı çalışmada (%55,8) ve Douketis ve ark (2019)'nın çalışmasında da (%66,1) örneklemi yüksek oranda erkek bireyler oluşturmuştur.

Örneklem grubunu oluşturan bireylerin öğrenim durumları incelendiğinde %47,3'ünün okuryazar olduğu, yalnızca %1,4'ünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 4.1). Bireylerin öğrenim durumu NOAC tedavisinin doğru uygulamasında bir etken olup yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür.

Araştırmadaki NOAC kullanan bireylerin %61,8'inin bekar olduğu, %94,1'inin çalışmadığı ve %95,5'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %39,1'inin eşiyle beraber ve %95'inin il/ilçe merkezinde yaşadığı görüldü (Tablo 4.1). Örneklem grubunun büyük çoğunluğunun yalnız yaşamaması yaş ortalaması da dikkate alındığında NOAC tedavisinin

başarısını ve yaşam kalitesini arttıracak önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. Elde edilen bu veriler araştırmanın yapıldığı bölgenin sosyo-demografik özelliklerinin yansıması olarak düşünüldü.

Bireylerin %70,9'unun sigara ve %96,8'inin alkol kullanmadığı saptandı (Tablo 4.1). Alkol ve sigara tüketiminin kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı düşünüldüğünde bu sonuçlar oldukça sevindiricidir (Gonzalez-Hermosillo ve ark, 2019; Shoutian ve ark, 2019).

Örneklem grubundaki bireylerin kullandığı NOAC tedavisi incelendiğinde, en fazla kullanılan NOAC'ın apiksaban olduğu (%43,6) görüldü (Tablo 4.2). Yapılan benzer bir kesitsel çalışmada rivaroksaban ve dabigatranın, apiksabana oranla daha fazla tercih edildiği görülmüştür (Altay ve ark, 2017). Çalışma kapsamındaki bireylerin NOAC kullanım nedenlerine bakıldığında ise %97,7 oranında AF nedenli kullandıkları ve büyük çoğunlukla (%67,3) 1 ile 5 yıl arasında kullanmakta oldukları görüldü (Tablo 4.2). Diğer yapılan çalışmalarda da benzer bir şekilde NOAC kullanım nedeninin büyük bir farkla AF olduğu görülmekle birlikte iskemik inme, derin ven trombozu ve pulmoner emboli nedenleriyle de kullanıldığı görülmektedir (Ertaş ve ark, 2013; Başaran ve ark, 2016; Larsen ve ark, 2016; Altay ve ark, 2017).

Örneklem grubunu oluşturan bireylerin NOAC tedavisine bağlı yan etki yaşama durumu incelendiğinde %95'nin herhangi bir yan etki yaşamadığı ve yalnızca %0,5'inde burun kanaması olduğu görüldü (Tablo 4.2). Daha önce yapılmış benzer çalışmalar incelendiğinde, NOAC tedavisinde en çok görülen yan etkinin kanama olduğu görülmektedir (Delavenne ve ark, 2013; Altay ve ark, 2017; Acar, 2020; Wiggins ve ark, 2020). Yapılan bir araştırmada NOAC tedavisi sonucu kanama belirtileriyle hastaneye başvuran bireyler, tüm örneklem grubunun yalnızca %7,6'sıdır. Bu kanama oranlarının yalnızca %1,1'i majör kanamalardır (Altay ve ark, 2017). Ayrıca Altay ve ark (2017)'inin bildirdiğine göre bu kanamaların %35'i burun kanaması, %25,8'i hematüri, %17,5'i ekimoz şeklinde görülmektedir. Ayrıca hasta bireylerin kullandığı diğer oral antikoagülanların NOAC tedavisine oranla yan etki olarak kanama bulgusunun daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Camm ve ark, 2010; Granger ve ark, 2011; Patel ve ark, 2011; Guigliano ve ark, 2013; Akgün ve ark, 2021).

Örneklem grubundaki bireylerin %73,5'inin NOAC tedavisi konusunda bilgi aldığı belirlendi (Tablo 4.2). Bu sonuç diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Doğu ve

Acaroğlu, 2016; Madrid ve ark, 2016). NOAC tedavisi kullanan bireylerin ilaç kullanımı hakkındaki bilgi düzeyinin geliştirilmesinde hekimler kadar hemşirelerin de rol alması gerektiği vurgulanmaktadır. Özellikle de mesleki anlamda kendini geliştiren uzman hemşirelerin bu konuda daha etkin olması gerektiği de belirtilmektedir. İlaç kullanım dozları, yan etkileri, kontrole gelme süreçleri ve oluşabilecek komplikasyonlar vb. konularda hasta bireylere hemşireler yol gösterici olmalıdırlar (Porter, 2002; Salmela ve ark, 2012; Köksal ve Avşar, 2015).

Örneklem grubundaki bireylerin büyük çoğunluğunun sahip olduğu NOAC kullanımını gerektiren hastalığına ek olarak başka kronik hastalıklarının da var olduğu görüldü. Bu hastalıklardan ilk sırayı (%49,3) hipertansiyon, ikinci sırayı ise (%37,9) diyabetes mellitüs, üçüncü sırayı ise (%27,9) konjestif kalp yetmezliği oluşturmaktadır (Tablo 4.2). Literatürdeki diğer çalışmalara da bakıldığında NOAC tedavisi gerektiren hastalıklar dışındaki en çok görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, hiperlipidemi, konjestif kalp yetmezliği ve diyabetes mellitüs'tür. Hasta bireylerde en çok görülen bu kronik hastalıkların ritim bozukluğuna yol açabileceği de çalışmalarda belirtilmektedir. Bu nedenle NOAC tedavisi alan bireylerde bu kronik hastalıkların görülmesi beklenen bir sonuçtur (Başaran ve ark, 2016; Proietti ve ark, 2016).

Bireylerin %91,4'ünün NOAC tedavisi haricinde başka ilaçlar da kullandığı ve büyük çoğunluğunun (%28,9) 3 farklı ilaç kullandığı saptandı (Tablo 4.2). Literatürde de genellikle NOAC tedavisi alan hasta bireylerin bu tedavisine ek olarak başka ilaçlar kullandığı belirtilmektedir (Connolly ve ark, 2009; Granger ve ark, 2011; Ertaş ve ark, 2013; Başaran ve ark, 2016; Proietti ve ark, 2016; Altay ve ark, 2017; Çakmak ve ark, 2021).

5.2. BİREYLERİN DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUANLARA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hasta bireylerin memnuniyet düzeyi birçok bileşenden etkilenebilmektedir. Memnuniyet düzeyi bireyin uygulanan tedaviden beklediği yararlara, tedavinin bireyin yaşam şekline getirdiği kısıtlılıklara ve yük ve zorluklara, uygulanan tedavinin bireyin yaşam biçimine, zevk ve alışkanlıklarına, bireyin ve ailesinin inançlarının uygunluğuna bağlı olarak olarak değişebilen öznel bir kavramdır. Farklı bileşenlerden oluşan memnuniyet kavramı kısaca, uygulanan tedavinin beklentiyi karşılama seviyesidir. Hasta bireyin uygulanan

tedaviden ve bireye yapılan klinik girişimlerden memnuniyeti arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (Uçar ve Arslan, 2017). Hasta bireylerin yaşam kalitesi çevresel kısıtlamalar, bilgiye ulaşmada yetersizlik, yetiyitimi gibi durumlardan, biyo-fizyolojik, psikolojik, politiko-ekonomik ve sosyo-kültürel özelliklerden etkilenebilen bir durumdur (Başaran ve ark, 2005). Bu çalışmanın örneklemini oluşturan bireylerin yaşam kalitesini ve böylelikle memnuniyet düzeylerini arttırabilmek için uygulanan NOAC tedavisinden memnuniyet düzeyleri DAMÖ kullanılarak incelenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin DAMÖ toplam puan ortalamasının 51,34±11,30 olduğu saptandı (Tablo 4.3). Benzer şekilde Samsa ve ark (2004)'nın yaptığı çalışmada DAMÖ puan ortalaması 55,0±17,6, Pellegrino ve ark (2012)'nın 57,9±16,5, Almeida ve ark (2011)'nın yaptığı çalışmada ise 67,1± 18,2 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar NOAC kullanan bireylerin memnuniyet düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçekte yer alan kısıtlılıklar alt boyutu puan ortalamasının 21,70±4,58 olduğu saptandı (Tablo 4.3). Bu sonuç NOAC kullanan bireylerin morarma ve kanamaların bireylerin günlük yaşam aktivitelerine etkisinin az olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Almeida ve ark (2011)'nın çalışmasında kısıtlılıklar düzeyindeki puan ortalaması 21,8±0,7 iken, Mert ve ark (2016)'nın çalışmasında da kısıtlılıklar düzeyindeki puan ortalaması 26,06±12,60 olarak belirtilmektedir. Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmasında kısıtlılıklar düzeyindeki puan ortalaması diğer çalışmalara oranla daha yüksektir (31,7±12,3). Bu çalışmada bireylerin yükler ve zorluklar alt boyutundan ortalaması 16,90±5,09 puan aldıkları (alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 63) belirlendi. Bu sonuç, bireylerin tedaviye yönelik sorumluluklarıyla ilgili sorunlarının az olduğunu göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalara oranla bu çalışmadaki yükler ve zorluklar ortalama puanının daha düşük olması memnuniyet vericidir (Almeida ve ark, 2011; Yıldırım ve Temel, 2014; Uçar ve Arslan, 2017). Olumlu etkiler alt boyutunun puanı ise bu çalışmada ortalama 12,74±4,00 olarak (alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan 42) saptandı. Literatürdeki diğer araştırmalara oranla olumlu etkiler ortalama puanın bu çalışmada en düşük olduğu söylenebilir (Almeida ve ark, 2011; Yıldırım ve Temel, 2014; Mert ve ark, 2016; Uçar ve Arslan, 2017). Bu sonuç bireylerin bilgileri ve hissettikleriyle ilgili sorunlarının az olduğunu göstermektedir.

5.3. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Örneklem grubundaki bireylerin yaşları ile ‘‘yükler ve zorluklar’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça yükler ve zorluklar puanı artan) 0,323 düzeyindeki zayıf ilişki, ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça olumlu etkiler puanı artan) 0,318 düzeyindeki zayıf ilişkinin ve bireylerin yaşları ile DAMÖ'nün toplamından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça ölçek toplam puanı artan) 0,297 düzeyindeki zayıf ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,01$, Tablo 4.4). Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmasında bu çalışmanın aksine yaş arttıkça kısıtlılıkların ve yük ve zorlukların azaldığı belirtilmektedir. Ayrıca Zhao ve ark (2017)'nın yaptığı araştırmada da genç yaştaki bireylerin tedavinin olumlu etkilerini daha az algıladıkları görülmektedir (Uçar ve Arslan, 2017). Diğer araştırmalara bakıldığında ise yaş arttıkça olumlu etkileri algılama düzeyinin azaldığı görülmektedir (Almeida ve ark, 2011; Mohamed ve ark, 2015; Uçar ve Arslan, 2017).

Araştırmada cinsiyete göre bireylerin DAMÖ'nün ‘‘kısıtlılıklar’’, ‘‘yükler ve zorluklar’’, ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$, Tablo 4.4). Yıldırım ve Temel (2014)'in ve Naderiravesh ve ark (2015)'nın araştırmalarına göre de cinsiyet ve DAMÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Ortalama puanlar anlamlı bir farklılık göstermese de kadınlar erkeklere oranla kısıtlılıklardan, yük ve zorluklardan daha az etkilenmektedir (Tablo 4.4). Bu araştırmanın aksine varfarin ile yapılan bazı çalışmalarda kadınların antikoagülan tedavinin olumsuzluklarını erkeklere oranla daha fazla yaşadıkları görülmektedir (Diana ve ark, 2015; Eltayeb ve ark, 2017; Uçar ve Arslan, 2017).

Okuryazar olan bireylerin DAMÖ'nün toplamı, ‘‘yükler ve zorluklar’’ ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutlarından aldıkları puanların ilköğretim ve lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. ($p<0,05$, Tablo 4.4). Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında ise genellikle eğitim seviyesi arttıkça bireylerin ‘‘yük ve zorluklar’’ alt boyutundan aldıkları

puanların azaldığı, ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutundan aldıkları puanların da arttığı görülmektedir (Diana ve ark, 2015; Doğu ve Acaroğlu, 2016; Eltayeb ve ark, 2017; Sharaf ve ark, 2017).

Araştırmada evli bireylerin DAMÖ ‘‘yükler ve zorluklar’’, ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanların, bekar bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p<0,01$, Tablo 4.4). Literatürde daha önce yapılmış çalışmalara bakıldığında, evli bireylerin yalnız bireylere oranla antikoagülan tedaviyi daha iyi yönettiği ve bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Dantas ve ark, 2004; Yıldırım ve Temel, 2014; Mohamed ve ark, 2015).

Çalışan bireylerin DAMÖ ‘‘kısıtlılıklar’’ alt boyutundan aldıkları puanların, çalışmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$, Tablo 4.4). Çalışan bireylerin puanının daha yüksek olmasının nedeni yoğun iş temposunda tedavi süresinin yeterince takip edilememesi ve bu durumun stres yaratması olabilir (Naderiravesh ve ark 2015). Yapılan bazı araştırmalarda ise çalışan bireylerin antikoagülan tedaviden daha memnun oldukları saptanmıştır (Yıldırım ve Temel, 2014; Eltayeb ve ark, 2017; Uçar ve Arslan, 2017).

Araştırmada eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ‘‘yükler ve zorluklar” ve ‘‘olumlu etkiler’’ ölçek alt boyutundan aldıkları puanların, yalnız yaşayanlara ve çocuklarıyla yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,05$, Tablo 4.4). Bu çalışmanın aksine Uçar ve Arslan (2017)’ın yaptığı çalışmada eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin yalnız ve sadece eşiyle yaşayanlara göre tedaviyi daha olumlu algıladıkları görülmektedir. Bunun nedeni ise eş desteği yanında çocuklarının da desteğini hissetmeleri olabilir (Ávila ve ark, 2011; Naderiravesh ve ark, 2015).

Köy/kasabada yaşayan bireylerin DAMÖ’nün ‘‘kısıtlılıklar’’, ‘‘yükler ve zorluklar’’ alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanların, il/ ilçe merkezinden aldıkları puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$, Tablo 4.4). Uçar ve Arslan (2017)’ın yaptığı çalışmada da il/ilçe merkezinde yaşayan hasta bireylerin antikoagülan tedavinin kısıtlılıklarını, yük ve zorluklarını daha az hissettiği görülmektedir. Bunun nedeni ise il/ilçe merkezinde yaşayan bireylerin tedaviye daha kolay ulaşabilmesi olabilir.

NOAC kullanım süresine göre bireylerin DAMÖ’nün ‘‘kısıtlılıklar’’, ‘‘yükler ve zorluklar’’, ‘‘olumlu etkiler’’ alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar,

istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05, Tablo 4.5). Oral antikoagülanlar ile ilgili yapılan benzer bir çalışmada 10 yıldan daha uzun süredir tedavi alan bireylerin memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Uçar ve Arslan, 2017). Diğer çalışmalarda ise bir yıldan daha kısa süre antikoagülan kullanan hasta bireylerin memnuniyet düzeyi daha düşük bulunmuştur (Almeida ve ark, 2011, Yıldırım ve Temel, 2014, Diana ve ark, 2015).

NOAC yan etki olması durumuna göre bireylerin DAMÖ'nün ''kısıtlılıklar'', ''yükler ve zorluklar'', ''olumlu etkiler'' alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05, Tablo 4.5). Literatür incelendiğinde ise bu çalışmadan farklı olarak, yan etki yaşayan bireylerin kısıtlılıklar ve yük ve zorluklar alt boyutundan aldıkları puanların anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmektedir (Almeida ve ark, 2011; Yıldırım ve Temel, 2014; Diana ve ark, 2015; Uçar ve Arslan, 2017).

NOAC kullanım eğitimi alan bireylerin DAMÖ'nün ''olumlu etkiler'' alt boyutundan aldıkları puanların, eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p<0,05, Tablo 4.5). Literatürdeki diğer araştırmalarda oral antikoagülan tedavisi hakkında bilgi alan bireylerin tedavinin olumlu etkilerini daha çok algıladıkları görülmektedir. Memnuniyet durumu ve olumsuz etkilerini algılama durumları da benzerdir (Elitoğ, 2008; Özcan ve ark, 2013; Dağcı ve Ören, 2015; Doğu ve Acaroğlu 2016). Ayrıca Mert ve ark (2016)'nın yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada yeterli eğitim alan hasta bireylerin kısıtlılık, yük ve zorluk yaşama durumlarının da azaldığı görülmektedir.

Sürekli başka ilaç kullanan bireylerin kullanmayanlara göre DAMÖ toplamından aldıkları puanların, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p<0,05, Tablo 4.5). Bu çalışmadan farklı olarak Uçar ve Arslan (2017)'ın yaptığı çalışmada bireylerin DAMÖ toplamı ve alt boyutlarından aldıkları puanların istatiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirtilmektedir. Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmasında birçok kronik hastalığın varlığı DAMÖ toplam puanında, olumlu etkiler puanında ve kısıtlılıklar puanında anlamlı farklılık göstermezken yük ve kısıtlılıklar alt boyutunda anlamlı farklılık göstermektedir. Almeida ve ark (2011)'nın araştırmasında da birden fazla kronik hastalığa sahip olmanın ve antikoagülan dışı ilaç kullanmanın memnuniyet seviyesini düşürdüğü görülmektedir. Carvalho ve ark (2013)'nın araştırmasında ise tam tersi bir durum söz konusudur.

Araştırmada yapılan regresyon analizleri sonucu DAMÖ toplam puanına anlamlı düzeyde etki eden bağımsız değişkenlerin yaşanılan yerin ve alkol kullanımının olduğu görüldü. DAMÖ'nün ''kısıtlılıklar'' alt boyut puanına çalışma durumunun ve yaşanılan yerin anlamlı düzeyde etki ettiği görüldü. DAMÖ'nün ''yükler ve zorluklar'' alt boyut puanına yaşanılan yer, alkol kullanımı, eğitim durumu ve konjestif kalp yetmezliğinin, ''olumlu etkiler'' alt boyut puanına ise eğitim durumu, gelir durumu ve alkol kullanımının etkili olduğu görüldü (Tablo 4.9). Uçar ve Arslan (2017)'ın yaptığı çalışmada DAMÖ toplam puanına yan etki yaşama durumu, cinsiyet ve yaşadığı yerin anlamlı düzeyde etki ettiği görülmektedir. Ayrıca ''kısıtlılıklar'' alt boyut puanına cinsiyet ve yan etki yaşama durumunun, ''yükler ve zorluklar'' alt boyut puanına yan etki yaşama durumu, cinsiyet ve gelir durumunun, ''olumlu etkiler'' alt boyut puanına ise eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler ve etkiyi arttıran ilaç alımının etkili olduğu görülmektedir (Uçar ve Arslan, 2017).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlar elde edildi:

- Araştırmaya alınan bireylerin yaş ortalamasının 70,57±10,78 olduğu, %58,6'sının (n=129) kadın, %47,3'ünün (n=104) okur-yazar, %61,8'inin (n=136) bekar, %94,1'inin (n=206) çalışmadığı, %95,5'inin (n=210) gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %39,1'inin (n=86) eşiyle yaşadığı, %95'inin (n=209) il/ilçe merkezinde yaşadığı, %70,9'u (n=156) sigara, %96,8'i (n=213) alkol kullanmadığı görüldü.
- %43,6'sının (n=96) eliquis kullandığı, %97,7'sinin (n=215) AF nedeniyle NOAC kullandığı, %67,3'ünün (n=148) 1-5 yıldır NOAC kullandığı, %95'inde (n=209) yan etki olmadığı görüldü.
- %49,3'ünde (n=108) ayrıca hipertansiyon, %37,9'unda (n=83) diyabet, %27,9'unda (n=61) konjestif kalp yetmezliği olduğu görüldü.
- DAMÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu dolayısıyla NOAC memnuniyet düzeyinin ve yaşam kalitesinin yüksek olduğu görüldü.
- Sosyodemografik, hastalık ve NOAC kullanım durumlarına göre DAMÖ puanları karşılaştırıldığında; yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşanılan kişiler, yaşanılan yer, NOAC tedavisi dışında sürekli başka ilaç kullanma durumunun etkili olduğu görüldü.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- NOAC kullanan bireylerin yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeyini yükseltmeye yönelik eğitimler verilebilir.
- Birey ve ailesine eğitim verirken yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, başka kronik hastalık varlığı, kullanılan diğer ilaçlar vb. göz önünde bulundurulmalıdır.
- Benzer çalışmaların farklı örneklem gruplarında tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abrams, A.C., 2001, *Nationales For Nursing Practice, Clinical Drug Therapy*. (6 rd ed.) New York: Lippincott Philadelphia; 741-748.

Acar, B.A., Akpinar, Ç.K., Alioğlu, Z., Arlier, Z., Arsava, E.M., Aytaç, E. … Yürekli, V.A., 2020, İnme klinik pratiğinde NOAK kullanımı: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği Uzman Görüşü, *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 26 (3), 190-235.

Ackley, B.J., Ladwig, G.B. ve Flynn Makic M.B., 2019, *Hemşirelik tanıları el kitabı*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Dizgi Birimi.

Akgün, A.N., Karaçağlar, E., Bal, U.A. ve Özin, M.B., 2021, Comparison of non-vitamin Kantagonist oral anticoagulants and well-controlled warfarin in octogenarians with non-valvular atrial fibrillation:real-world data from a single tertiary center, *Anatol J Cardiol,* 25 (7). doi: 10.5152/AnatolJCardiol.2021.25058.

Almeida, G.Q., Noblat, L.A.C.B., Passos, L.C.S. ve Nascimento, H.F., 2011, Quality of life analysis of patients in chronicuse of oral anticoagulant: an observational study, *Health Qual Life Outcomes*, 9: 91.

Altay, S., Yıldırımtürk, Ö., Altuğ Çakmak, H., Aşkın, L., Yaşar, Ü., Beşli, S.F. … Özden Tok, Ö., 2017, New oral anticoagulants- TURKey-multicenter cross-sectional study, *Anatol J Cardiol*, 17, 353-361. doi: 10.14744/AnatolJCardiol.2016.7472.

Altiok, E ve Marx, N., 2018, Oral Anticoagulation, *Dtsch Arztebl Int*, 115 (46), 776-783. doi: 10.3238/arztebl.2018.0776.

Atabek Aştı, A. ve Karadağ, A., 2014, *Hemşirelik esasları-hemşire bilimi ve sanatı,* İstanbul: Akademi.

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

Ávila, C.W., Aliti, G.B., Feijó, M.K.F. ve Rabelo, E.R., 2011, Pharmacological adherence to oral anticoagulant and factors that influence the iInternational normalized ratio stability, Rev, *Latino-Am. Enfermagem*, 19 (1), 18-25.

Aydıner Boylu, A. ve Paçacıoğlu, B., 2016, Yaşam kalitesi ve göstergeleri, *Akademşk Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi,* 8 (15).

Baş, D.F., Topçuoğlu, M.A. ve Arsava, E.M., 2013, Yeni antikoagülanlar perspektifinde atriyal fibrilasyon ve inme, *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 19 (2), 35-45.

Başaran, Ö., Beton, O., Doğan, V., Tekinalp, M., Aykan, A.Ç., Kalaycıoğlu, E. … Biteker, M., 2016, ReAl-life multicenter survey evaluating stroke prevention strategşes in non-valvular atrial fibrillation (RAMSES study), *Anatol J Cardiol*, 16, 734-741.

Başaran, S., Güzel, R. ve Sarpel, T., 2005, Ouality of life and health outcome assessment questionnaires, *Rheumatology*, 20, 55-63.

Bauersachs, R., Berkowitz, S.D., Brenner, B., Buller, H.R., Decousus, H., Gallus, A.S. … Schellong, S., 2010, Oral rivaroxaban for symptomatic venous thromboembolism, *N Engl J Med*, 23 (363), 2499-510.

Beyer-Westendorf, J., Michalski, F., Tittl, L., Middeldorp, S., Cohen, H., Kadir, R.A. … Marten, S., 2016, Pregnancy outcome in patients exposed to direct oral anticoagulants - and the challenge of event reporting, *Thromb Haemost*, 116 (4), 651-8.

Bose ,G., Graveline, J., Yogendrakumar, V., Fergusson, D. ve Dowlatshahi, D., 2019, Direct oral anticoagulants in treatment of cerebral venous thrombosis, *Syst Rev*, 8 (1), 99.

Bounameaux, H. ve Camm, A.J., 2014, Edoxaban: an update on the new oral direct factor Xa inhibitör, *Drugs*, 74 (11), 1209-31.

Bozic-Mijovski, M., Malmstrom, R.E., Malovrh, P., Antovic, J.P., Vene, N., Sinigoj, P. ve Mavri, A., 2016, Diluted thrombin time reliably measures low to intermediate plasma dabigatran concentrations, *Ann Clin Biochem*, 53 (4), 446-51.

Büller, H.R., Décousus, H., Grosso, M.A., Mercuri, M., Middeldorp, S., Prins, M.H. … Wells, P., 2013, Edoxaban versus varfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism, *NEngl J Med*, 369, 1406-15.

Camm, A.J., Kirchhof, P., Lip, G.Y., Schotten, U., Savelieva, I., Ernst, S. … Rutten, F.H. , 2010, Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), *Europace*, 12 (10), 1360-420.

Carvalho, A.R.D., Ciol, M.A., Tiu, F., Rossi, L.A. ve Dantas, R.A.S., 2013, Oral anticoagulation: theimpact of thetherapy in health-relatedquality of life at six-month follow-up, Rev, *Latino-Am. Enfermagem*, 21.

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

Connolly, S.J., Ezekowitz, M.D., Yusuf, S., Eikelboom, J., Oldgren, J., Parekh, A. … Wallentin, L., 2009, Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation, *N Engl J Med*, 361 (12), 1139-51. doi:10.1056/NEJMoa0905561.

Connors, J.M., 2018, Testing and monitoring direct oral anticoagulants, *Blood*, 132 (19), 2009-15.

Conway, S.E., Hwang, A.Y., Ponte, C.D. ve Gums, J.G., 2017, Laboratory and Clinical Monitoring of Direct Acting Oral Anticoagulants: What Clinicians Need to Know, *Pharmacotherapy*, 37 (2), 236-48.

Corbalan, R., Bassand, J.P., Illingworth, L., Ambrosio, G., Camm, A.J., Fitzmaurice, D.A. … Kakkar, A.K., 2019, Analysis of outcomes in ischemic vs noischemic cardiomyopathy in patients with atrial fibrillation:a report from the Garfield-af registry, *JAMA Cardiol*, 4 (6), 526-548.

Cove, C.L. ve Hylek, E.M., 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, 2 (5). doi:10.1161/JAHA.113.000136.

Cuker, A., Burnett, A., Triller, D., Crowther, M., Ansell, J., Cott, E.M.V., Wirth, D. ve Kaatz, S., 2019, Reversal of direct oral anticoagulants: Guidance from the Anticoagulation Forum, *Am J Hematol*, 94 (6), 697-709. doi:10.1002/ajh.25475.

Çakmak, A., Keskin, G., Say, A., Pelit, E. ve Özbay, Y., 2021, Yeni nesil oral antikoagülan kullanan hastalarda ilaçların karşılaştırılması, *Gevher Nesibe Journal of Medical &Health Sciences,* 6 (14), 56-67. doi: http://dx.doi.org/10.46648/gnj.258.

Çoban, G.İ., 2017, Oral antikoagülan kullanan kalp hastalarının antikoagülan tedaviden memnuniyet düzeyleri, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum.

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

Dans, A.L., Connolly, S.J., Wallentin, L., Yang, S., Nakamya, J., Brueckmann, M. … Yusuf, S., 2013, Concomitant use of antiplatelet therapy with dabigatran or warfarin in the Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy (RE-LY) trial, *Circulation*, 127 (5), 634-40.

Dantas, G.C., Thompson, B.V., Manson, J.A., Tracy, C.S. ve Upshur, R.E., 2004, Patients' perspectives on taking warfarin: qualitative study in family practice, *BMC Fam Pract*, 5, 15.

Davis, A.M. ve Teague, S.J., 1999, Hydrogen bonding, hydrophobic interactions, and failure of the rigid receptor hypothesis, *Angew Chem. Int. Ed Engl*, 38 (6), 736–749.

Delavenne, X., Ollier, E., Basset, T., Bertoletti, L., Accassat, S., Garcin, A. … Mismetti, P., 2013, A semi-mechanistic absorption model to evaluate drug-drug interaction with dabigatran: application with clarithromycin, *Br J Clin Pharmacol*, 76 (1), 107-13.

Demir, V., Turan, Y. ve Hidayet, Ş., 2018, Merkezimize başvuran non-valvüler atriyal fibrilasyonlu hastaların demografik özelliklerinin ve oral antikoagülasyon tercihlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi, *Bozok Tıp Dergisi,* 8 (2), 15-20.

Diana, M.P., Consuelo, R.A., Paz, A.M. ve Pia, L.J., 2015, Analysis of general and oral quality of life and satisfaction with treatment among anticoagulated patients, *J Dent Oral Health*, 1 (5), 24.

Di Lullo, L., Ronco, C., Cozzolino, M., Russo, D., Russo, L., De Pascalis, A. … Bellasi, A., 2017, Nonvitamin K-dependent oral anticoagulants (NOACs) in chronic kidney disease patients with atrial fibrillation, *Thromb Res*, 155, 38-47.

Di Minno, A., Spadarella, G., Prisco, D., Scalera, A., Ricciardi, E. Ve Di Minno, G., 2015, Antithrombotic drugs, patient characteristics, and gastrointestinal bleeding: clinical translation and areas of research, *Blood Rev*, 29 (5), 335-343. doi:10.1016/j.blre.2015.03.004.

Di Nisio, M., Middeldorp, S. ve Büller, H.R., 2005, Direct thrombin inhibitors, N Engl J Med, 353 (10), 1028-40. doi: 10.1056/NEJMra044440.

Doğu, Ö. ve 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://doi.org/10.17049/ahsbd.54962.

Douketis, J.D., Spyropoulos, A.C., Duncan, J., Carrier, M., Le Gal, G., Tafur, A.J. … Schulman, S., 2019, Perioperative management of patients with atrial fibrillation receiving a direct oral anticoagulant, *JAMA internal Medicine*, 179 (11), 1469-1478.

Douxfils, J., Mullier, F., Loosen, C., Chatelain, C., Chatelain, B. ve Dogne, J.M., 2012, Assessment of the impact of rivaroxaban on coagulation assays: laboratory recommendations for the monitoring of rivaroxaban and review of the literatüre, *Thromb Res*, 130 (6), 956-66.

Douxfils, J., Ageno, W., Samama, C.M., Lesire, S., Ten Cate, H., Verhamme, P. … Mullier, F., 2018, Laboratory testing in patients treated with direct oral anticoagulants: a practical guide for clinicians, *J Thromb Haemost*, 16 (2), 209-19.

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, T.Y.M., Mohamed, M.S., Elbur, A.I. ve Elsayed, A.S.A., 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.

Ertaş, F., Kaya, H., Yüksel, M., Soydinç, M.S., Alan, S. ve Ülgen, M.S., 2013, Atrial fibrillation in Turkey: epidemiologic registry (AFTER) study design, *Anatol J Cardiol*, 13, 339-43.

Ferro, J.M., Bousser, M.G., Canhao, P., Coutinho, J.M., Crassard, I., Dentali, F. … Stam, J., 2017, European Stroke Organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis - endorsed by the European Academy of Neurology, *Eur J Neurol*, 24 (10), 1203-13.

Frol, S., Sernec, L.P., Hudnik, L.K., Sabovic, M. Ve Oblak, J.P., 2020, Effectiveness and Safety of direct oral anticoagulants in the secondary stroke prevention of elderly patients: ljubjana registry of secondary stroke prevention, *Clin Drug İnvestig,* 40 (11), 1053-1061. doi: 10.1007/s40261-020-00967-7.

Frydman, G.H., Ellett, F., Van Cott, E.M., Hayden, D., Majmudar, M., Vanderburg, C.R. … Tompkins, R.G., 2019, A New Test for the Detection of Direct Oral Anticoagulants (Rivaroxaban and Apixaban) in the Emergency Room Setting, *Crit Care Explor*, 1 (8), e0024. doi: 10.1097/CCE.0000000000000024.

Fuster, V., Ryden, L.E., Asinger, R.W., Cannom, D.S., Crijns, H.J., Frye, R.L. … Torbicki, A., 2001, ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines and Policy Conferences (Committee to develop guidelines for the management of patients with atrial fibrillation) developed in collaboration with the North American Society of Pacing and Electrophysiology, *Eur Heart J*, 22 (20), 1852-923.

Ganetsky, M., Babu, K.M., Salhanick, S.D., Brown, R.S. ve Boyer, E.W., 2011, Dabigatran: review of pharmacology and management of bleeding complications of this novel oral anticoagulant, J Med Toxicol, 7 (4), 281-7. doi: 10.1007/s13181-011-0178-y.

Giugliano, R.P., Ruff, C.T., Braunwald, E., Murphy, S.A., Wiviott, S.D., Halperin, J.L. … Antman, E.M., 2013, Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation, *N Engl J Med*, 369, 2093–104. doi: 10.1056/NEJMoa1310907.

Gómez-Outes, A., Terleira-Fernández, A.I., Calvo-Rojas, G., Suárez-Gea, M.L. ve Vargas-Castrillón, E., 2013, Dabigatran, Rivaroxaban, or Apixaban versus Warfarin in Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Subgroups, Thrombosis:http://dx.doi.org/10.1155/2013/640723

Gómez-Outes, A., Suárez-Gea, M.L., Lecumberri, R., Terleira-Fernández, A.I. ve Vargas-Castrillón, E., 2014, Direct oral anticoagulants in the treatment of venous thromboembolism, with a focus on patients with pulmonary embolism: an evidence-based review, *Vasc Health Risk Manag*, 10, 627–39.

González-Hermosillo, J., Baños-González, M., Guevara-Valdivia, M., Vázquez-Acosta, J., Odín de Los Ríos Ibarra, M., Aguilar-Linares, K. … Marquez, M., 2019, Gender differences and management of stroke risk of nonvalvular atrial fibrillation in an upper middle-income country: Insights from the CARMEN-AF registry, *Int J Cardiol Heart Vasc*, 17, 117-122. doi: 10.1016/j.ijcha.2018.12.017.

Granger, C.B., Alexander, J.H., McMurray, J.J., Lopes, R.D., Hylek, E.M., Hanna, M. … Wallentin, L., 2011, Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation, *N EnglJ Med*, 365, 981-92. doi: 10.1056/NEJMoa1107039.

Harder, S. ve Graff, J., 2013, Novel oral anticoagulants: clinical pharmacology, indications and practical considerations, *Eur J Clin Pharmacol*, 69, 1617-33.

Hartter, S., Koenen-Bergmann, M., Sharma, A., Nehmiz, G., Lemke, U., Timmer, W. ve Reilly, P.A., 2012, Decrease in the oral bioavailability of dabigatran etexilate after co-medication with rifampicin, *Br J Clin Pharmacol*, 74 (3), 490-500. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04218.x.

Hartter, S., Sennewald, R., Nehmiz, G. ve Reilly, P., 2013, Oral bioavailability of dabigatran etexilate (Pradaxa((R)) after co-medication with verapamil in healthy subjects, Br J Clin Pharmacol, 75 (4), 1053-62. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04453.x.

Heidbuchel, H., Berti, D., Campos, M., Desteghe, L., Freixo, A.P., Nunes, A.R. … Lassila, R., 2015, Implementation of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in daily practice: the need for comprehensive education for professionals and patients, *Thromb J*, 13, 22. doi:10.1186/s12959-015-0046-0.

Hemphill, J.C., Greenberg, S.M., Anderson, C.S., Becker, K., Bendok, B.R., Cushman, M. … Woo, D., 2015, Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, *Stroke*, 46 (7), 2032-60. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000069.

Hendriks, J.M., Vrijhoef, H.J., Crijns, H.J. ve Brunner-La Rocca, H.P., 2014, The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation, *Europace*, 16, 491–9. doi: 10.1093/europace/eut286.

Hsu, J.Y. ve Liu, A.B., 2019, Anticoagulants for cancer-associated ischemic stroke. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi*, 31 (3), 144-8.

Hurlen, M., Abdelnoor, M., Smith, P., Erikssen, J. ve Arnesen, H., 2002, Warfarin, aspirin, or both after myocardial infarction, *N Engl J Med*, 347 (13), 969-74. doi: 10.1056/NEJMoa020496.

İnce, B., 2016, Serebral venöz sinüs trombozlarının tedavisinde yeni oral antikoagülan ilaçlar, *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 22 (2), 49-51. doi: 10.5505/tbdhd.2016.83097.

James, A.H., Jamison, M.G., Brancazio, L.R. ve Myers, E.R., 2006, Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality, *Am J Obstet Gynecol*, 194 (5), 1311-5. doi:10.1016/j.ajog.2005.11.008.

January, C.T., Wann, L.S., Alpert, J.S., Calkins, H., Cigarroa, J.E., ClevelandJR, J.C. … Yancy, C.W., 2014, AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society, *J Am Coll Cardiol*, 130. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000040.

January, C.T., Wann, L.S., Calkins, H., Chen, L.Y., Cigarroa, J.E., ClevelandJR, J.C. … Yancy, C.W., 2019, 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society, *J Am Coll Cardiol*, 74 (1), 104-32. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000665.

Jones, D.A., Wright, P., Alizadeh, M.A., Fhadil, S., Rathod, K.S., Guttmann, O. … Antoniou, S., 2020, The Use of Novel Oral Anti-Coagulant's (NOAC) compared to Vitamin K Antagonists (Warfarin) in patients with Left Ventricular thrombus after Acute Myocardial Infarction (AMI), *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. doi: 10.1093/ehjcvp/pvaa096.

Kawabata, M., Goya, M., Takahashi, Y., Maeda, S., Yagishita, A., Sekigawa, M. … Hirao, K., 2019, Excessive prolongation of coagulation time during treatment with direct oral anticoagulants in patients with nonvalvular atrial fibrillation, *Can J CArdiol*, 35 (6), 736-743. doi: 10.1016/j.cjca.2019.02.012.

Kaymaz Tahra, S., Çolak, Y., Şenataeş, E., Keskinler, M.V., Dursun, H., Tuncer, İ. ve Oğuz, A., 2016, Gastrointestinal sistem kanamalarında yeni kuşak oral antikoagülan ilaçların yeri, *Endoscopy*, 24 (2), 29-35.

Kearon, C., Akl, E.A., Comerota, A.J., Prandoni, P., Bounameaux, H., Goldhaber, S.Z. … Kahn, S.R., 2012, Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians EvidenceBased Clinical Practice Guidelines, *Chest*, 141 (2), 419-94. doi: 10.1378/chest.11-2301.

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

Köksal, Ö. Ve Durak, V.A., 2020, Yeni Kuşak Oral Antikoagülanlara Bağlı Kanamalarda Acil Servis Yönetimi, *DergiPark Anatolian Journal of Emergency Medicine*, 3 (2), 62-65.

Küpper, C., Kellert, L., Tiedt, S. Ve Wollenweber, F.A., 2018, New oral anticoagulants (NOAC) in stroke treatment, *Fortschr Neurol Psychiatr*, 86 (2), 117-124. doi: 10.1055/s-0043-118845.

Lane, D.A., Ponsford, J., Shelley, A., Sirpal, A. ve Lip, G., 2006, Patient knowledge and perceptions of atrial fibrillation and anticoaguşant therapy:effects of an educational intervention programme:the west birmingham atrial fibrillation Project, *International Journal of Cardiogoly.* 110 (3), 354-358.

Larsen, T.B., Skjøth, F., Nielsen, P.B., Kjældgaard, J.N. ve Lip, G.Y., 2016, Comparative effectiveness and safety of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and warfarin in patients with atrial fibrillation: propensity weighted nationwide cohort study, *BMJ*, 16; 353. doi: 10.1136/bmj.i3189.

Lessire, S., Douxfils, J., Baudar, J., Bailly, N., Dincq, A.S., Gourdin, M. … Mullier, F., 2015, Is Thrombin Time useful for the assessment of dabigatran concentrations? An in vitro and ex vivo study, *Thromb Res*, 136 (3), 693-6.

Leung, L.L.K., 2021, Direct oral anticoagulants (DOACs) and parenteral direct-acting anticoagulants: Dosing and adverse effects, *UpToDate.*

Liesenfeld, K.H., Lehr, T., Dansirikul, C., Reilly, P.A., Connolly, S.J., Ezekowitz, M.D. … Staab, A., 2011, Population pharmacokinetic analysis of the oral thrombin inhibitor dabigatran etexilate in patients with non-valvular atrial fibrillation from the RE-LY trial, *J Thromb Haemost*, 9, 2168-2175. doi: 10.1111/j.1538-7836.2011.04498.x.

Lin, J.H. ve Yamazaki, M., 2003, Role of P-glycoprotein in pharmacokinetics: clinical implications, Clinical Pharmacokinetics, 42 (1), 59-98. doi: 10.2165/00003088-200342010-00003.

Linnebur, S.A., ve Hanlon, J.T., 2018, Drug Interactions With Non-Vitamin K Oral Anticoagulants, *JAMA*, 319 (8), 828-9.

Madrid, A.H., Potpara, T.S., Dagres, N., Chen, J., Larsen, T.B., Estner, H. …Blomstrom-Lundqvist, C., 2016, Differences in attitude, education, and knowledge about oral anticıagulation therapy among patients with atrial fibrillation in Europe:result of a self-assessment patient survey conducted by the european heart rhythm association, *Europace*, 18, 463-467. doi: 10.1093/europace/euv448.

Majeed, A. ve Schulman, S., 2013, Bleeding and antidotes in new oral anticoagulants, *Best Practice & Research Clinical Haematology*, 26, 191-20.

Martins, R.P., Galand, V., Colette, E., Behar, N., Pavin, D., Leclercq, C. … Mabo, P., 2016, Defining nonvalvular atrial fibrillation: Aquest for clarification, *Am Heart J*, 178, 161-7.

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

Mohamed, S., Razak, T.A. ve 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.

Moustafa, F., Milhaud, G., Dublanchet, N., Lebreton, A., Dutheil, F. ve Schmidt, J., 2015, Retrospevtive study about 73 consecutive patients treated by direct oral anticoagulant and admitted to an emergency room, *J Mal Vasc*, 40 (1), 1-9. doi: 10.1016/j.jmv.2014.12.001.

Nadal, S., Begum, N., Kaur, B.,Sandhu, S. ve Lip, G.Y.H., 2003, Patients‟ understanding of anticoagulant therapy in a multiethnic population, *Journal of The Royal Socıety of Medıcıne*, 96, 175-179.

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

Oğuz, D. ve Fenercioğlu, A.K., 2015, Yeni nesil oral antikoagülanların birinci basamakta kullanımı, *Turkısh Family Physician*, 6 (1), 56-61.

Olesen, J.B., Lip, G.Y.H., Kamper, A.L., Hommel, K., Køber, L., Lane, D.A. … Torp-Pedersen, C., 2012, Stroke and Bleeding in Atrial Fibrillation with Chronic Kidney Disease, *N. Engl. J. Med,* 367, 625–635.

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

Patel, M.R., Mahaffey, K.W., Garg, J., Pan, G., Singer, D.E., Hacke, W. … Califf, R.M., 2011, Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation, *N Engl J Med*, 365 (10), 883-91.

Pelegrino, F.M., Dantas, R.A., Corbi, I.S., da Silva Carvalho, A.R., Schmidt, A. ve Pazin Filho, A., 2012, Crosscultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-

Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale, *J Clin Nurs*, 21, 2509-17.

Perzborn, E., Roehrig, S., Straub, A., Kubitza, D. ve Misselwitz, F., 2011, The discovery and development of rivaroxaban, an oral, direct factor Xa inhibitör, *Nat Rev Drug Discov*, 10 (1), 61-75.

Pollack, C.V., Reilly, P.A., Van Ryn, J., Eikelboom, J.W., Glund, S., Bernstein, R.A. … Weitz, J.I., 2017, Idarucizumab for Dabigatran Reversal - Full Cohort Analysis, *N Engl J Med*, 377 (5), 431-41.

Porter, B., 2002, The Role of the Advanced Practice Nurse in Anticoagulation, *Clinical Issues*, 13 (2), 221-223.

Proietti, M., Laroche, C., Opolski, G., Maggioni, A.P., Boriani, G., Lip, G.Y., 2016, 'Real-world' atrial fibrillation management in Europe: observations from the 2-year follow-up of the EURObservational Research Programme-Atrial Fibrillation General Registry Pilot Phase, *Europace.* 19 (5).

Riva, N. ve Ageno, W., 2021, Direct oral anticoagulant for unusual-site venous thromboembolism, Research and Practice in Thtombosis and Haemostasis. doi: 10.1002/rth2.12480.

Ruff, C.T., Giugliano, R.P., Braunwald, E., Mercuri, M., Curt, V., Betcher, J. … Antman, E.M., 2014, Transition of patients from blinded study drug to open-label anticoagulation: the ENGAGE AF-TIMI 48 trial, J Am Coll Cardiol, 64 (6), 576-84.

Salmela, B., Joutsi-Korhonen, L., Armstrong, E., Lassila, R., 2012, Active online assessment of patients using new oral anticoagulants: bleeding risk, compliance, and coagulation analysis, *Semin Thromb Hemost*, 38, 23–30. doi: 10.1055/s-0031-1300948.

Samsa G., Matchar, D.B., Dolor, R.J., Wiklund, I., Hedner, E., Wygant, G. … Edwards, R., 2004, A new instrument for measuring anticoagulation relatedquality of life: development and preliminary validation, *Health Qual Life Outcomes*, 2, 22. doi: 10.1186/1477-7525-2-22.

Scaglione, F., 2013, New oral anticoagulants: comparative pharmacology with vitamin K antagonists, *ClinPharmacokine*, 52, 69-82.

Schmerge, M., Earl, S. ve Kline, C., 2018, Management of venous thromboembolism with non-vitamin K oral anticoagulants: A review for nurse practitioners and pharmacists, *J Am Assoc Nurse Pract*, 30 (4), 185-192. doi: 10.1097/JXX.0000000000000043.

Schulman, S., 2014, Advantages and limitations of the new anticoagulants, *J InternMed*, 275, 1-11.

Sessa, M., Mascolo, A., Callreus, T., Capuano, A., Rossi, F. Ve Andersen, M., 2019, Direct-acting oral anticoagulants (DOACs) in pregnancy: new insight from VigiBase, *Sci Rep*, 9 (1), 7236. doi: 10.1038/s41598-019-43715-4.

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

Shoutian, L.V., Youngmei, L., Gang, W., Xueyan, S., Shaoping, C., Xuehui, Z., 2019, The anticoagulants rivaroxaban and low molecular weight heparin prevent PICC-related upper extremity venous thrombosis in cancer patients, *Medicine,* 98. doi: 10.1097/MD.0000000000017894.

Singh, R. Ve Emmady, P.D., 2020, *Rivaroxaban*, Treasure Island.

Stangier, J., Rathgen, K., Stahle, H., Gansser, D. ve Roth, W., 2007, The pharmacokinetics, pharmacodynamics and tolerability of dabigatran etexilate, a new oral direct thrombin inhibitor, in healthy male subjects, *Br J Clin Pharmacol*, 64 (3), 292-303.

Steffel, J., Verhamme, P., Potpara, T.S., Albaladejo, P., Antz, M., Desteghe, L. … Heidbüchel, H., 2018, The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation, *Eur Heart J*, 39 (16), 1330-93.

Şendir, M., 2012, *Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilim ve Sanat,* İstanbul: Akademi Basım ve Yayıncılık:179-200.

Taşocak, G., 2003, Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müd., İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu (9), 20-45.

Torbicki, A., Perrier, A., Konstantinides, S., Agnelli, G., Galie, N., Pruszczyk, P. … Bassand, J.P., 2008, Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC), *EurHeart J*, 29, 2276-315.

Torii, Y., Kusunose, K., Zheng, R., Yamada, H., Amano, R., Matsumoto, R. … Sata, M., 2020, Association between sarcopenia/lower muscle mass and short-term regression of deep vein thrombosis using direct oral anticoagulants, *Int Heart J*, 61 (4), 787-794. doi: 10.1536/ihj.20-032.

Uçar, A. ve Arslan, S., 2017, *Varfarin tedavisi alan hastaların tedaviye yönelik memnuniyet algıları,* Yüksek lisans, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Voukalis, C., Lip, G.Y., Shantsila, E., 2016, Drug-drug interactions of non-vitamin K oral anticoagulants, *Expert Opin Drug Metab Toxicol*, 12 (12), 1445-61.

Weir, M.R., Ashtın, V., Moore, K.T., Shrivastava, S., Peterson, E.D. ve Ammann, E.M., 2020, Rivaroxaban versus warfarin in patients with nonvalvular atrial fibrillation and stage IV-V chronic kidney disease, *Am Heart J,* 223, 3-11. doi: 10.1016/j.ahj.2020.01.010.

Weitz, J.I. ve Gross, P.L., 2012, New oral anticoagulants: which ones hould my patient use?, *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 536-40.

Wells, P., Forgie, M.A. ve Rodger, M.A., 2014, Treatment of venous thromboembolism, *JAMA*, 311, 717-28.

Wieland, E. ve Shipkova, M., 2019, Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Drug Monitoring of Direct-Acting Oral Anticoagulants: Where Do We Stand?, *Ther Drug Monit*, 41 (2), 180-191. doi: 10.1097/FTD.0000000000000594.

Wienen, W., Stassen, J.M., Priepke, H., Ries, U.J., Hauel, N., 2007, In-vitro profile and ex-vivo anticoagulant activity of the direct thrombin inhibitor dabigatran and its orally active prodrug, dabigatran etexilate, *Thromb. Haemost*, 98, 155–162.

Wiggins, B.S., Dixon, D.L., Neyens, R.R., Page, R.L., Gluckman, T.J., 2020, Select Drug-Drug Interactions With Direct Oral Anticoagulants: JACC Review Topic of the Week, *J Am Coll Cardiol*, 75 (11), 1341-50.

Wigle, P., Hein, B., Bloomfield, H.E., Tubb, M. ve Doherty, M., 2013, Updated guidelines on outpatient Anticoagulation, *AmFamPhysician*, 87 (8), 556-66.

Wilkinson, J.M. ve Barcus, L., 2018, *Hemşrielik tanıları el kitabı*, Ankara: Pelikan.

Wolf, P.A., Abbott, R.D. ve Kannel, W.B., 1991, Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study, *Stroke*, 22 (8), 983-988. doi: 10.1161/01.str.22.8.983.

Wood, B., Nascimento, B., Rizoli, S., Sholzberg, M., McFarlan, A., Phillips, A. ve Ackery, A.D., 2017, The anticoagulated trauma patient in the age of the direct oral anticoagulants: a Canadian perspective, *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 25 (76). doi: 10.1186/s13049-017-0420-y.

Wu, V.C., Wang, C.L., Huang, Y.T., Lan, W.C., Wu, M., Kuo, C.F. … Chang, S.H., 2020, Novel Oral Anticoagulant versus Warfarin in Cancer Patients with Atrial Fibrillation: An 8-Year Population-Based Cohort Study, *J Cancer*, 11 (1), 92-9.

Yıldırım, J.G. ve Temel, B.A., 2014, Duke antikoagülan memnuniyet ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği, *Türk Göğüs Kalp Damar*, 22 (4), 761-72.

Zafar, M.U., Vorchheimer, D.A., Gaztanaga, J., Velez, M., Yadegar, D., Moreno, P.R. … Badimon, J.J., 2007, Antithrombotic effects of factor Xa inhibition with DU-176b: Phase-I study of an oral, direct factor Xa inhibitor using an ex-vivo flow chamber, *Thromb Haemost*, 98, 883–888.

Zhao, S., Zhao, H., Wang, X., Gao, C., Qin, Y., Cai, H. … Cao, J., 2017, Factors influencing medication knowledge and beliefs on warfarin adherence among patients with atrial fibrillation in China, *Patient Prefer Adherence*, 11, 213–220. doi: 10.2147/PPA.S120962.

Zirlik, A. ve Bode, C., 2017, Vitamin K antagonists: relative strengths and weaknesses vs. direct oral anticoagulants for stroke prevention in patients with atrial fibrillation, *J Thromb Thrombolysis*, 43 (3), 365-379. doi: 10.1007/s11239-016-1446-0.

EKLER

EK I. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi, İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı dahilinde Filiz Avcı tarafından yürütülen "Vitamin K Antagonisti Olmayan Oral Antikoagülan Kullanan Bireylerin Yaşam Kalitesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanan bireylerin yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirleyebilmek, elde edilen sonuçlar ışığında yeni araştırmalara öncülük edebilmek ve katkı sağlayabilmektir. Araştırmada sizden tahminen 15-20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırma kapsamında sizin yapacağınız tek şey, hasta bilgi formu ve Duke Antikogülan Memnuiyet Ölçeği olarak iki bölümden oluşan anket formunu eksiksiz ve samimi bir şekilde cevaplamanızdır. Araştırma sırasında ses ve görüntü/video kaydı yapılmayacaktır. Araştırmaya siz dahil tahminen 220 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya "filizavci_95@hotmail.com" e-posta adresi ve 05544662022 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

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

Katılımcının **:**

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri:

e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; □ kabul ediyorum □ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının:

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Sorumlu Araştırmacı

Filiz AVCI

Araştırma Danışmanı

Prof. Dr. Hatice Kaya

EK II. Hasta Bilgi Formu

VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı dahilinde vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanan bireylerin yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacının Adı-Soyadı: Filiz AVCI

Anket No:

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

1) Kadın 2) Erkek

3. Medeni Durum:

1) Evli 2) Bekar

4. Öğrenim Durumu:

1) Okur-yazar 2) İlköğretim 3) Lise 4) Üniversite

5. Çalışıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

6. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

1) Kötü 2) Orta 3) İyi

7. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1) Yalnız yaşıyorum 2) Eşim ve çocuklarımla 3) Anne ve babamla 4) Diğer…….....

8. Yaşadığınız Yer:

1) Köy/ Kasaba 2) İlçe/ İl Merkezi

9. Sigara kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Bıraktım

(Cevabınız evet ise ne miktarda ve sıklıkta kullandığınızı belirtiniz.)

……

10. Alkol kullanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3)Bıraktım

(Cevabınız evet ise ne miktarda ve sıklıkta kullandığınızı belirtiniz.)

……

11. Hangi vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan ilacı kullanıyorsunuz?

1) Pradaxa 2) Xarelto 3) Eliquis 4) Lixiana

12.Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan ilaç kullanma nedeniniz nedir?

1) Atriyal Fibrilasyon 2) Pulmoner Emboli 3) Derin VenTrombozu

4) Serebrovasküler Olay 5) Myokart İnfarktüs 6) Diğer (.....)

13. Ne kadar süredir vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanıyorsunuz?

1) 0-1 yıl 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl

14. Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan ilaç kullandığınız süre boyunca herhangi bir yan etki deneyimlediniz mi?

1) Evet 2) Hayır

(Cevabınız evet ise yan etkiyi belirtiniz.)

…….

15. Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanımı ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

1)Evet 2) Hayır

(Cevabınız evet ise kimden aldığınızı belirtiniz.)

……

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

1)Evet 2) Hayır

(Cevabınız evet ise hastalığınızı belirtiniz.)

……..

17. Vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan dışında sürekli kullandığınız başka ilaçlar var mı?

1)Evet 2) Hayır

(Cevabınız evet ise ilacı/ilaçları belirtiniz.)

……

EK III. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği

DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Pıhtı önler tedavinize yönelik neler bildiğinizi, kendinizi tedavi ile ilgili nasıl hissettiğinizi ve bu tedavinin sizi nasıl etkilediğini belirlemeyi amaçlıyoruz. Tüm soruların herbirinin aşağıdaki şekilde gösterildiği gibi yedi cevap seçeneği vardır:

Hiç	*Çok az*	*Biraz*	*Orta derecede*	*Biraz fazla*	*Çok*	*Çok fazla*

Lütfen, kendi durumunuza en uygun seçeneği işaretleyiniz. Sorulardan herhangi biri size uygun değilse, "hiç" yanıtını işaretleyiniz.

A.*Pıhtı önler tedavi almanız durumunda vücudunuzda kanama ve derinizde morarmaya eğiliminiz daha fazla olur. Sonuçta bu durum aktivitelerinizi kısıtlamanıza neden olabilir. Tedaviniz nedeniyle size önerilecek bazı kısıtlamalar yaşamınız ile ilgili bazı aktivitelerinizi daha az gerçekleştirmeniz ya da daha uzun süre gerçekleştirememeniz anlamına gelmektedir.*

1. Morarma veya kanama olasılığı; gerçekleştirdiğiniz fizik aktivitelere katılımınızı*(örneğin; ev işi, bahçe işleri, dans etme, spor yapma ve diğer etkinlikler gibi)* ne düzeyde kısıtlamaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

2. Morarma veya kanama olasılığı; seyahat etmenizi ne düzeyde kısıtlamaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

3. Morarma veya kanama olasılığı; ihtiyacınız olan tıbbi bakımı almanızı*(örneğin, diş hekimi, masajla tedavi ya da başka bir hekime gitmek gibi)* ne düzeyde kısıtlamaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

4. Morarma veya kanama olasılığı; iş yaşamınızı ne düzeyde kısıtlamaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

5. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, morarma veya kanama olasılığı günlük yaşamınızı ne düzeyde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

B. *Pıhtı önler tedavi diğer bazı alışkanlıkların da değiştirilmesi anlamına gelmektedir.*

6. Pıhtı önler tedavi yiyecek seçimlerinizi (diyetinizi) ne derece kısıtlamaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

7. Pıhtı önler tedavi istek duyduğunuzda alkollü içecekleri içmenizi ne düzeyde kısıtlamaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

8. Pıhtı önler tedavi reçetesiz ilaçları *(aspirin, ibuprofen, vitaminler gibi)* kullanmanızı ne derece kısıtlamaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

9. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavi günlük yaşamınızı ne derece etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

C. *Pıhtı önler tedavi pek çok şeyi her gün sıklıkla ve daha az yapmak anlamına gelmektedir.*

Günlük sorumluluklarınız şunlardır: İlacınızı belirli bir saatte almayı hatırlamak, ilacı doğru dozda almak, çok fazla miktarda alkol içmemek, ölçülü bir diyete uymak, morarma ve kanamalara yol açacak durumlardan sakınmak/uzak durmak gibi.

Gerekli durumlardaki sorumluluklarınız şunlardır: Kan kontrolü için kliniğe gitmek, kanamanın olması veya önemli diğer durumlarda klinikle/hekiminizle iletişime geçmek gibi.

10. Pıhtı önler tedavi günlük sorumluluklarınızı yapmanızı ne düzeyde zorlaştırmaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

11. Pıhtı önler tedavi gerekli durumlardaki değişen sorumluluklarınızı ne düzeyde zorlaştırmaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

D. *Pıhtı önler tedavi nedeniyle hergün ve gerekli durumlarda değişen sorumluluklarınızın hepsini düşünerek, aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayınız.*

12. Pıhtı önler tedaviyi ne kadar karmaşık buluyorsunuz?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

13. Pıhtı önler tedaviyi ne kadar zaman alıcı buluyorsunuz?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

14. Pıhtı önler tedaviyi ne düzeyde moral bozucu olduğunu düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

15. Pıhtı önler tedavi ne düzeyde eziyetli/zahmet verici buluyorsunuz?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

16. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavi size ne derece külfet/yük getirmektedir?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

17. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedaviyi sürdürme açısından kendinize ne derece güveniyorsunuz?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

E. *Bu son bölümdeki sorular pıhtı önler tedaviniz ile ilgili ne bildiğinizi ve ne hissettiğinizi belirlemek için sorulmuştur.*

18. Pıhtı önler tedavinizdeki tıbbi nedenleri ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

19. Pıhtı önler tedaviniz nedeniyle kendinizi ne düzeyde güvende hissediyorsunuz?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

20. Pıhtı önler tedaviniz nedeniyle morarma ve kanama yaşamanız durumunda ne düzeyde endişelenirsiniz?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

21. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavinin yaşamınıza olumlu etkisi ne düzeydedir?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

22. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavinin yaşamınıza olumsuz etkisi ne düzeydedir?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

23. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedaviden memnuniyet durumunuz nedir?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

24. Almış olduğunuz tıbbi tedavileriniz ile karşılaştırıldığında, pıhtı önler tedaviyi yönetmenin sizin için zorluk düzeyi nedir?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

25. Hastalığı veya tedavisi dolayısıyla pıhtı önler tedavisi almak zorunda olan birisine bu tür bir tedaviyi önerir misiniz?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

VİTAMİN K ANTAGONİSTİ OLMAYAN ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%15	%6	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
3	openaccess.acibadem.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	jag.journalagent.com İnternet Kaynağı	%1
5	archhealthscires.org İnternet Kaynağı	%1
6	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
7	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
8	www.anadoluissagligi.com İnternet Kaynağı	<%1
9	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

KURUM İZNİ YAZILARI

PATENT HAKKI İZNİ

KULLANICI IZNI

DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ KULLANICI İZİN FORMU

TARİH: : 03.03.2020

Bölüm1. KULLANICI DETAYLARI

KULLANIM İZNİ ALACAK KİŞİ/ KİŞİLER :
1. Kişi: FilizAVCI
2. Kişi: Hatice KAYA

ÜNVAN(lar)
1. Kişi: Hemşire
2. Kişi: Prof. Dr.

KURUMU :
1. Kişi: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi
2. Kişi: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Adres Bilgisi
1. Kişi: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Fatih/İSTANBUL
3. Kişi: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Şişli/İSTANBUL

e-mail adresbilgisi
1. Kişi: filizavci_95@hotmail.com
2. Kişi: haticeka@istanbul.edu.tr

TelefonNumarası

Sorumlu araştırmacının Bilgileri/ İletişim kurulacak kişinin bilgileri* ;

* işareti ile gösterilen alanlar zorunlu doldurulması gereken alanlardır

Bölüm 2. DAMÖ'nünKullanımıhakkında

1. <u>Bireysel klinik araştırma</u> ☐

- Çalışma için beklenen/ harcanacak ortalama süre (toplam period):
- Belirsiz ☒ Yıl sayısı: ⌊_____⌋

2. <u>Araştırma</u> ☐Proje ☐

- **Araştırmanızın başlığı:** Yeni Nesil Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

- **Araştırma türü**:
  ☐Metedolojik
  ☒Diğer : Tanımlayıcı Araştırma

- **Ortalama olarak örnekleme alınacak hasta sayısı:** ⌊ 220 ⌋
- **Hastaların izlem süresi**: ⌊_____⌋ ay
- **Araştırmanın planlanan aralığı**: *başlama* ⌊ 03 ⌊ 20 *bitişi* ⌊ 05 ⌊ 22⌋
  Ay/ yıl
- **Araştırma verilerinin toplanma şekli:**
  ☒**Anket yöntemi** ☐**Elektronik olarak**
  Eğer elektronik ise
  ☐ Web tabanlı ☐ e-mail ile
  ☐Diğer : …….

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Filiz AVCI
Doğum Tarihi	
Uyruğu	
E-Posta Adresi	