



T.C.
BURSA
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM
DALI



**ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN HASTALARIN
ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYETİ VE AÇIK
YARALANMALARDA İLK YARDIM BİLGİ
DÜZEYLERİNİN TESPİTİ**

BÜŞRA ÇAKMAK

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2020



T.C.
BURSA
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI



**ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANAN HASTALARIN
ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYETİ VE AÇIK
YARALANMALARDA İLK YARDIM BİLGİ DÜZEYLERİNİN
TESPİTİ**

Büşra ÇAKMAK

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**DANIŞMAN:
Doç.Dr. Aysel ÖZDEMİR**

BURSA-2020

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI


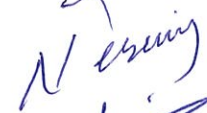

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak sunduğum “Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Antikoagülan Memnuniyeti ve Açık Yaralanmalarda İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Büşra ÇAKMAK



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Büşra Çakmak tarafından hazırlanan “Oral Antikoagülan Memnuniyeti ve Açık Yaralanmalarda İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti” konulu Yüksek Lisans Tezi 30/01./2020 günü, 13:00-14:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Doç.Dr. Aysel Özdemir	
Üye	Prof.Dr. Neriman Zengin	
Üye	Doç.Dr. Hicran Yıldız	
Üye		
Üye		

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Gülşah Çeçener
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

30/01/2020

Adı Soyadı: Büşra ÇAKMAK

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Konusu: Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Antikoagülan Memnuniyeti ve Açık Yaralanmalarda İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Aysel Özdemir

İmza:



İÇİNDEKİLER

Dış kapak	
İç kapak	
ETİK BEYAN.....	ii
KABUL ONAY.....	iii
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TÜRKÇE ÖZET.....	vi
İNGİLİZCE ÖZET.....	vii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kalp ve Damar Hastalıklarına Genel Bakış.....	4
2.1.1. Epidemiyoloji.....	5
2.2. Oral Antikoagülanlar.....	5
2.2.1. Varfarin	6
2.2.1.1. Varfarin Farmakokinetik Özellikleri ve Kullanım Şekli.....	6
2.2.1.2.Varfarin Tedavi Endikasyonları ve Süreleri.....	7
2.2.1.3.Varfarin'in İlaçlarla Etkileşimi.....	8
2.2.1.4.Varfarin-Gıda Etkileşimi.....	9
2.2.1.5.Varfarin Yan Etkileri.....	9
2.2.1.6.Varfarin Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları.....	10
2.3.Hasta Memnuniyeti.....	10
2.4.Açık Yaralanmalarda İlk Yardım.....	11
2.4.1.Varis Kanamalarında İlk Yardım.....	11
2.4.2.Burun Kanamalarında İlk Yardım.....	11
2.4.3.Kulak Kanamalarında İlk Yardım.....	12
2.4.4.Ağız Kanamalarında İlk Yardım.....	12
2.4.5.Dış Kanamalarda İlk Yardım.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1.Araştırmanın şekli.....	13
3.2. Araştırmanın Hipotezi.....	13
3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	13
3.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	13
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	14
3.6.Veri Toplama Araçları	14
3.6.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Veri Toplama Formu	14
3.6.2. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ)	14
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	15
3.8.Araştırmanın sınırlılıkları.....	15
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	50
6. KAYNAKLAR	64
7. SİMGELER ve KISALTMALAR	72
8. EKLER	73
9. TEŞEKKÜR.....	87
10. ÖZGEÇMİŞ.....	88

TÜRKÇE ÖZET

Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Antikoagülan Memnuniyeti ve Açık Yaralanmalarda İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti

Yaşlanan popülasyonla birlikte kalp damar hastalıklarında artış görülmektedir, bu hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde en sık kullanılan ilaç varfarindir. Varfarin hayat kurtarıcı olmasının yanı sıra ilaca özgü dikkat edilmesi gereken durumlar nedeniyle yük ve kısıtlılıklara neden olur. Ayrıca dar terapötik aralığa sahip olması nedeniyle kanama riski yüksek bir ilaçtır. Araştırma; oral antikoagülan kullanan hastalarda antikoagülan memnuniyeti ve açık yaralanmalarda ilk yardım bilgi düzeyini tespit etmek için kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji kliniği/polikliniği ve kardiyoloji kliniği/polikliniği'ne başvuran araştırma kriterlerine uygun n=121 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ), Has-Bled kanama riski skoru, tanımlayıcı veriler ve ilk yardım bilgi düzeyi skalasından oluşan anket formu ile toplanmıştır. Verinin istatistiksel analizi SPSS23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması (ort±Ss) 60,66±13,24 yıl'dır. Çalışmaya katılan bireylerin %52,9'unu kadın, %47,1'ini erkek hastalar, %72,7'lik kısmı evliler ve %28,9'u ilkokul mezunları oluşturmaktadır. DAMÖ puan ortalaması 88,20±13,70; kısıtlılıklar alt boyutundan 33,58±7,23, yükler ve zorluklar alt boyutundan 28,19±7,16 ve olumlu etkiler alt boyutundan 24,31±3,37'dir. HAS-BLED kanama riski skoru ile DAMÖ ve ilk yardım bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Sosyodemografik verilere göre ilk yardım bilgi düzeyleri arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Sonuç olarak, oral antikoagülan kullanan hastaların oral antikoagülan tedavisi boyunca multidisipliner ekip anlayışıyla eğitim destek programlarına dahil edilmesi ve izleminin yapılması varfarin yan etkileri ve yönetimi konusunda katkı sağlayabileceği gibi, istenmeyen etkilere bağlı sağlık harcamalarını en aza indirecektir.

Anahtar Sözcükler: oral antikoagülan, memnuniyet algısı, ilk yardım, bilgi düzeyi

İNGİLİZCE ÖZET

Anticoagulant Satisfaction of Patients Using Oral Anticoagulants and Determination of First Aid Knowledge Levels in Open Injuries

Together with the aging population, there has been an increase in cardiovascular diseases and the most frequently used medicine in the prevention and treatment of these diseases is warfarin. Warfarin saves lives on one hand, but causes burden and limitations due to conditions specific to the medicine on the other hand. In addition, it has a higher risk of bleeding due to its narrow therapeutic interval. The study was conducted as a cross-sectional study to determine anticoagulant satisfaction in patients taking oral anticoagulants and first aid knowledge level in open injuries. Sample of the study consisted of n=121 individuals who applied to the neurology clinic/polyclinic and cardiology clinic/polyclinic at Istanbul province Sisli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital and met the inclusion criteria. Data of the study were collected with a questionnaire form including the Duke Anticoagulant Satisfaction Scale (DASS), Has-Bled bleeding risk score, descriptive data and first aid knowledge level scale. Statistical analysis of the data was performed in the SPSS23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) statistics package program. Age average of the individuals who participated in the study was (mean±Ss) 60,66±13,24 years. Among the participants; 52,9% consisted of female patients, 47,1% male patients, 72,7% married patients and 28,9% primary school graduate patients. Score average was found to be 88,20±13,70 for the DASS; 33,58±7,23 for the limitations lower dimension, 28,19±7,16 for the burden and difficulties lower dimension and 24,31±3,37 for the positive effects lower dimension. It was determined that there was no significant correlation between the HAS-BLED bleeding risk score and the DASS and first aid knowledge levels (p>0,05). According to the sociodemographic data, it was determined that there was a significant correlation between first aid knowledge levels (p<0,05). As a consequence, it is believed that including patients who take oral anticoagulants in training support programs and following them with a multidisciplinary team understanding throughout the oral anticoagulant treatment, will not only make a contribution to the side effects and management of warfarin, but will also minimize health expenditures caused by undesired effects.

Keywords: Oral anticoagulant, perception of satisfaction, first aid, knowledge

1. GİRİŞ

Türkiye’de ve dünyada yaşlı nüfus popülasyonu giderek artış göstermektedir, yaşlanan nüfus ve değişen yaşam şartları sonucu kronik hastalıklardaki artış da dikkat çekmektedir (Ergör, 2013; Koldaş, 2017). Kronik hastalıklar, irreversibl patolojik değişimlere sebep olan, kalıcı sekel bırakan, uzun süre boyunca takip ve izlem gerektiren hastalıklardır (Yeşil ve ark., 2016); yaşlılarda ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (Samancı Tekin, 2016).

Görülme sıklığı ve mortalite oranı bakımından kardiyovasküler hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır (Saatçı, 2016; TÜİK, 2019; WHO, 2018). Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), her yıl ortalama 17,9 milyon mortaliteye neden olmakta; ölümlerin %75’ten fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde olup, %85’i myokard enfarktüsü (MI) ve inmeden (SVH) kaynaklanmaktadır (WHO, 2019). İleri yaşla birlikte artan sağlık sorunları aktif yaşamın kısıtlanmasına veya özürllüklere neden olarak yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Altay ve ark., 2016). Türkiye hastalık yükü çalışmasına göre hastalık yükü (DALY)’nü oluşturan ilk 10 hastalık sıralamasında ikinci sırada iskemik kalp hastalıkları (%8) ve üçüncü sırada serebrovasküler hastalıklar (%5,9) yer almaktadır (Bora Başara ve ark., 2006).

Kardiyovasküler hastalıklar, kalp ve damar hastalıklarını kapsayan genel bir terimdir (Sezer Balcı ve ark., 2018); koroner kalp hastalıklarını, serebrovasküler hastalıkları ve periferik arter hastalıklarını içermektedir (Jin, 2018). Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinde, obezite, sedanter yaşam, diyabetes mellitus (DM), hiperlipidemi, hipertansiyon (HT), alkol, tütün kullanımı, aile öyküsü ve ileri yaş gibi faktörler yer almaktadır (Abacı, 2011; Dağıstan ve ark., 2016; Dülek ve ark., 2019). Bu hastalıkların tedavisinde antitrombotik ilaçlar kullanılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2017).

Oral antikoagülan ilaçlardan biri olan varfarin tedavisinin; inme, atrial fibrilasyon (AF), kalp kapak hastalıkları, tromboembolik komplikasyonlar ve tekrarlayan myokard enfarktüslerinin profilaksisi ya da tedavisinde yaşamsal önem taşıması (Haznedaroğlu, 2005) nedeniyle kullanımı (Coumadin® Tablets, 1954; Dantas ve ark, 2004) artış göstermektedir (Tang ve ark., 2003).

Varfarin, pıhtılaşma faktörleri II, VII, IX ve X'un vitamin K gama-karboksilasyonunu inhibe ederek etkisini göstermektedir (Aşiret ve ark., 2012; Aydın, 2013; Özcanlı, 2006; Kara ve ark.,2015; Leiria ve ark.,2011). Kanın koagülasyon yeteneğinin azalmasıyla beraber artan kanama riski tedavinin aksamasının yanı sıra hayatı tehdit edici sorunlara neden olabilmektedir (Şendir, 2014; Yaylacı ve ark., 2014). Bu nedenle ortaya çıkan en önemli komplikasyon kanamadır (Aşiret ve ark. 2012; Palareti ve ark., 1996). Kanamanın belirleyicisi niteliğinde olan ve ilacın etkinliği için doz ayarlamada kullanılan parametre Uluslararası Düzeltme Oranı (INR) değeridir (Acar ve ark., 2012). INR düzeyinin düşük olması tomboz riski, yüksek olması ise kanama riski taşımaktadır (Şeyh ve ark., 2017).

Varfarin türevi ilaçların hemostatik sistem üzerindeki etkisi değişken olmakla birlikte belirli antikoagülan seviyesine ulaşmak için alınan dozlar kişiden kişiye göre ve zaman içinde farklılık göstermektedir (Rosendaal, 1996). Varfarin dozu, hastanın beslenme alışkanlıkları, alkol kullanımı, ırk, etnik köken, diyet, genetik malformasyonları ve yaşam koşulları göz önünde bulundurularak ayarlanmalıdır (Ekim ve ark., 2018).

Uygunsuz varfarin dozu, yüksek INR düzeyine neden olabilmektedir (Dawson ve ark., 2011). Palareti ve ark yaptığı bir çalışmada INR 2.0-2.9'dan 3.0-4.4'e yükselirken kanama riski iki katına çıkmıştır 4.5 ve üzeri değerler için bu oran çok daha yüksek bulunmuştur. Benzer çalışmalarda bu sonuçları destekleyici niteliktedir (Odén ve ark., 2002; Petitti ve ark., 1989). Antikoagülana bağlı minör kanamalar önemli bir probleme sebep olmamaktadır ancak majör kanamalar hayati tehlikeye neden olabilmektedir (Acar, 2012).

Antikoagülanların, antikoagülan kullanım memnuniyetini ve yaşam kalitesini azaltabilen birçok özelliği vardır. Bu özellikler başlıca düzenli INR kontrolü, hastane kontrolleri, yaşam şeklinde değişiklikler ve sınırlamalar (fiziksel aktivite, diyet vb) şeklinde sayılabilir (Samsa ve ark., 2004).

Varfarin türevi ilaçların hayati organlar üzerindeki olumsuz etkilerinin minimale indirgenmesi için doz ayarlamasının ve laboratuvar izleminin düzenli yapılması, tedaviye uyumun önemi, ilaç etkileşimleri, besin yönetimi ve yan etkileri hakkında varfarin kullanıcılarına detaylı bilgi verilmesi önem arz etmektedir (Mercan ve ark., 2011).

Hastaların oral antikoagülan kullanımını bilgi düzeyi ile ilgili araştırmalar yapılmış (Cheah ve ark., 2003; İnce, 2005; Köksal ve ark., 2015; Tang ve ark., 2003; Yaka ve ark., 2011; Yıldırım, 2015) ancak açık yaralanmalarda bilgi düzeyi tespiti ile ilgili araştırma yapılmamıştır, oral antikoagülan memnuniyeti ile ilgili yapılan araştırmalarda yeterli sayıda değildir (Almeida ve ark., 2011; Bajorek ve ark., 2006; Carvalho ve ark., 2013; Dantas ve ark., 2004; Dawson ve ark., 2011; Lancaster ve ark., 1991).

Bu çalışmada oral antikoagülan alan hastaların memnuniyeti ve açık yaralanmalarda bilgi düzeyleri sorgulanacaktır. Elde edilen sonuçların hastanın kanama riski ve oral antikoagülan yan etkisi yönetimine bilimsel katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kalp ve Damar Hastalıklarına Genel Bakış

Kalp damar hastalıkları (KDH)'nin en önemli nedenlerinden biri aterosklerozdur. Ateroskleroza bağlı kalp-damar sisteminin etkilenmesiyle ortaya çıkan hastalıklar kalp-damar hastalıkları olarak tanımlanır (Ünal, 2013). KVH'lar grubu konjenital kalp hastalıkları, periferik damar hastalıkları, serebrovasküler hastalık (SVH)'lar, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları (KAH), romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar ve aritmiler gibi kalp ve damarlara ait hastalıkları kapsar (Dülek ve ark., 2018).

Yaşın artmasıyla birlikte KAH, kalp yetmezliği, AF ve SVH sıklığında artış olmaktadır (Varlı ve ark., 2015). Tedavi edilmeyen AF'si olan hastalar, AF'si olmayanlara kıyasla 4-5 kat inme riski taşımaktadır. Varfarin, AF, inme ve embolik olayların profilaksi ve tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Biskupiak, 2013; Kepez, 2013).

Kalp damar hastalıkları risk faktörlerinde yaş, cinsiyet, ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü gibi değiştirilemeyen risk faktörleri yer aldığı gibi; kolesterol, hipertansiyon (HT), alkol, tütün kullanımı, fiziksel aktivitede yetersizlik, obezite, sağlıksız beslenme ve diyabetes mellitus (DM) gibi değiştirilebilir risk faktörleri de bulunur (Dülek ve ark., 2019; Gögen, 2011). Kalp damar hastalıkları, hastalık ve ölüme neden olarak sağlık harcamalarında artışa sebebiyet vermekte ve bunun sonucunda sosyoekonomik gelişmeyi olumsuz yönde etkilemektedir (Dülek ve ark., 2019; Gögen, 2011). Avrupa Birliği'nde KDH'nın neden olduğu maddi yükün %57'sini sağlık hizmetleri harcamaları, %21'ini iş gücü kayıpları ve %22'sini hastalanan bireylerin sağlık uygulamaları için özel harcamaları oluşturmaktadır (Gögen, 2011).

2.1.1 Epidemiyoloji

KVH'lar tüm dünyada ve Türkiye'de mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerindedir (Gögen, 2011). Türkiye'de 2014 yılında ölüm nedenleri arasında KVH %40,4 ile ilk sıralarda yer almaktadır. Görülme sıklığı erkeklerde %35,83, kadınlarda %44,61'dir. 2013 verilerine kıyasla %0,8 artış görülmüştür (Dağıstan ve ark., 2016).

2030 yılında kalp damar hastalıklarına bağlı 22 milyondan fazla ölüm olacağı tahmin edilmektedir (Dülek ve ark., 2018). KDH'na bağlı ölümlerin %39,6'sı iskemik kalp hastalığı, %24,7'si SVH ve %18,8'i diğer kalp hastalıklarında kaynaklanmaktadır. Bu hastalık grubu en fazla 75-84 yaş arasında görülmektedir. Ölüm oranının en yüksek olduğu iller Denizli, Kırklareli, Yozgat, Samsun ve Artvin'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde kalp damar hastalıklarına bağlı ölümler, Batı ve Kuzey Avrupa'ya kıyasla daha yüksektir. Bunun sebebinin tütün ve sigara kullanım oranının yüksekliği ile alakası olduğu düşünülmektedir (Gögen, 2011).

2.2 Oral Antikoagülanlar

Oral antikoagülan tedavi (OAT), akut koroner sendromlar, derin ven trombozu, pulmoner emboli, iskemik inme, atrial fibrilasyon (AF) ve protez kalp kapakçıkları olan hastaların geniş bir spektruma sahip olan tromboembolik olaylardan korunma ve tedavisinde hayati önem taşımaktadır (Haznedaroğlu, 2005; Öngen, 2017; Wong ve ark., 2013). OAT, kumarin türevleri (varfarin, dikumarol, etilbiskumasetat ve fenpropokuman) ve indantion türevleri olarak iki alt gruba ayrılır (fenindion, difenadion) (Özcanlı, 2006). Bu grup ilaçlar, pıhtılaşma faktörlerinin etkinliğini ya da sentezini bozarak kanın pıhtılaşma özelliğinin azalmasına neden olmaktadır (Aşiret, 2012). En iyi biyoyararlanıma sahip olması nedeniyle en çok kullanılan ilaç varfarindir (Özcanlı, 2006). Ulusal Travma Bilgi Bankası (National Trauma Databank) verilerine göre varfarin kullanımını tüm yaş gruplarında 2002'de %2,3 iken 2006 da %4'tür. 65 yaş ve üzerinde ise 2002'de %7,3 iken 2006 yılında %12,8 olduğu belirlenmiştir (Dosset ve ark., 2011).

Varfarin dar terapötik aralığa sahip olması nedeniyle bir takım yan etkilere sahiptir. Trombozu önlemek ve kanama riskini ortadan kaldırmak için farmakolojisini iyi bilmek gerekir (Eroğlu ve ark., 2011).

2.2.1 Varfarin

2.2.1.1 Varfarin Farmakokinetik Özellikleri ve Kullanım Şekli

Varfarinin oral alımından sonra tamamına yakını ince bağırsaktan absorbe olmaktadır (Özcanlı, 2006). Kanda albümine bağlanarak taşınır ve karaciğerde CYP2C9 ve vitamin K epoksit redüktaz (VKORC1) enzimleri ile inaktif metabolitlerine dönüştürülür. Plazma yarı ömrü 37 saattir. Varfarin, K vitamini etkisini inhibe ederek faktör II, VII, IX ve X'un sentezini bozarak etki gösterir, bunun yanı sıra antikoagülan etki gösteren protein C ve protein S'i de inhibe eder. Tedaviye başlandıktan sonra faktör II'nin plazmadan temizleninceye kadar koagülasyon yeteneği devam etmektedir, bu durumun ortadan kalkması 36-72 saat sürmektedir (Altunbaş ve ark., 2013). Bu nedenle varfarin ilk 4-5 gün akut tromboembolik hastalığı olan olgularda parenteral antikoagülanlarla birlikte kullanılır (Çolak ve ark., 2016).

Varfarin dozu kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir (Rosendaal, 1996). Bu farklılıklar, karaciğerdeki sitokrom P-450 enzimindeki polimorfizmden kaynaklanır (Alay ve ark., 2011). Varfarinin güvenli ve etkin kullanılabilmesi için INR düzeyine bakılmaktadır (Palareti ve ark., 1996). INR değeri hedef değere ulaşana kadar her gün; hedef değere ulaştıktan sonra ilk ay haftada bir, ikinci ay iki haftada bir, üçüncü aydan sonra ayda bir takibi önerilmektedir. Karaciğer fonksiyon bozukluklarında, konjestif kalp yetmezliklerinde ve ishal durumlarında daha sık takip edilmelidir (Aşiret ve ark., 2012).

Tablo 1. Hastalıklara Göre Hedef INR Değerleri

	INR Değeri
Mekanik Protez Mitral Kapaklı Hastalar	2,5-3,5
Mekanik Protez Aort Kapaklı Hastalar	2,0-3,0
Atriyal Fibrilasyon (AF)	2,0-3,0
Pulmoner Emboli (PE)	2,0-3,0
Derin Ven Trombozu (DVT)	2,0-3,0

Kaynak: Alışır M. F., Keçebaş M., Beşli F., Çalışkan S., Güngören F., Yıldırım A., Baran İ & Aydınlar A. (2013). Varfarin kullanan hastalarda etkin INR düzeyi oranları ve etioloji ile olan ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(3), 868-873.

Varfarin oral yoldan tek doz, günde bir kez ve her gün aynı saatte alınmalıdır. Akşam saatlerinde, aç veya tok şekilde alınabilir (THD, 2010). Genellikle tedaviye 5 mg olarak başlanır, yüksek dozla başlanması önerilmez. Eğer bir doz saatinde alınmadysa hatırlandığı an günlük doz alınmalıdır, bir gün boyunca unutulduysa asla iki doz alınmamalı sadece o günkü doz alınarak normal tedavi şemasına devam edilmelidir (TKD, 2012).

2.2.1.2 Varfarin Tedavi Endikasyonları ve Süreleri

Varfarinin endike olduğu durumlar, ortopedik cerrahi, mekanik protez kapak, atrial fibrilasyon, atrial flutter, derin ven trombozu, pulmoner emboli, kanser hatalarında venöz tromboembolizm profilaksisi, elektif kardiyoversiyon, koroner kalp hastalıkları ve inmedir. Varfarin tedavisi; derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner embolide 3 ay, planlanmış elektif kardiyoversiyonda 3 hafta öncesinden işlemde 4 hafta sonrasına kadar, ortopedik cerrahide minimum 10-14 gün, major ortopedik cerrahide 35 gün (Wigle ve ark., 2013), AF hastalarında hastalarında tedavinin optimal süresi belirsiz olmakla birlikte önerilen süre 3 ay (Aslan ve ark., 2002) ve kalp kapak protezlerinde ömür boyu kullanılması gerekmektedir (Salman ve ark., 2015).

2.2.1.3 Varfarin'in İlaçlarla Etkileşimi

Büyük bir metaanalizde varfarin-ilaç etkileşim düzeylerine göre; Sınıf I (yüksek ihtimal), Sınıf II (mümkün), sınıf III (olası) ve Sınıf IV (zayıf ihtimal) olarak gruplandırılmıştır. Bunlar;

Varfarin etkinliğini arttıran ilaçlar:

Sınıf I; asetaminofen, kotrimoksazol, mikonazol supozituar, vorikonazol, metronidazol, eritromisin, izoniazid, omeprazol, sitalopram, sertralin, amiodaron, propafenon, propranolol, diltiazem, fenofibrat,

Sınıf II; amoksisilin klavulanat, azitromisin, klaritromisin, fluorourasil, parasetamol, tramadol, levofloksasin, fluvoksamin, fluvastatin, asetilsalisilik asit, simvastatin,

Sınıf III; amoksisilin, dizopiramid, gemfibrozil, lovastatin, leflunomid, ofloksasin, terbinafin, tiklopidin

Sınıf IV; bezafibrat, sefazolin, etopozid/karboplatin, fluoksetin/diazepam, heparin ve daha fazla ilaç varfarin etkinliğini atırmaktadır (Altunbaş ve ark., 2013).

Varfarin etkinliğini azaltan ilaçlar:

Sınıf I; barbituratlar, karbamezapin, kolestiramin, meselamin, merkaptopurin, trazodon, rifampin,

Sınıf II; azatiopurin, bosentan, kandesartan sileksetil, şelasyon tedavileri, dikloksasilin, raloksifen, ritonavir,

Sınıf III; sulfasalazin, telmisartan,

Sınıf IV; kloksasilin, furosemid, propofol, teikoplanin ise ilaç etkinliğini azaltmaktadır (Altunbaş ve ark., 2013).

2.2.1.4 Varfarin-Gıda Etkileşimi

Kırmızıbiber, papatya, melek otu, solucan otu, sarımsak, keten tohumu, zencefil, yeşil çay, atkestanesi, tekesakalı, kavak tomurcuğu, zerdeçal, aslankuyruğu (TKD, 2012), kereviz, acı ağaç, maydanoz, karahindiba, anason, meyan kökü, bohça otu, çarkifelek çiçeği, çemen, dağ kestanesi, frenk inciri, ısırgan otu, kaşıkotu, kırmızı yonca, melilot, parmakotu, sinameki, su rezenesi, su yoncası, tatlı yonca, yabancı turp, yabancı havuç, yabancı kıvırcık salatası, yonca, zargan gibi bitkiler varfarin etkinliğini artırarak kanamaya neden olabilmektedir (Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu, 2015).

Brokoli, marul, yeşil lahana, ıspanak gibi yeşil yapraklı sebzeler, bezelye, karaciğer, yumurtanın sarısı, buğday kepeği ve yulaf gibi tahıllar, kaşar peyniri, soya ve zeytinyağı (TKD, 2012), civanperçemi, kaşıkotu, ökseotu gibi gıdalar varfarin etkinliğini azaltan gıdalardır (Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu, 2015).

2.2.1.5 Varfarin Yan Etkiler

En büyük komplikasyonu kanamadır. İntraserebral kanama veya nadir görülen iç kanama, hematüri, melena, hematokezya, hematemez; yaygın olan çarpma olmaksızın morarma, burun kanaması ve diş eti kanaması gibi majör ve minör kanamaları içerir (Hull ve ark., 2019). Yaşlı hastalarda kırılabilirlikte artış, birden fazla kronik hastalığa sahip olma ve polifarmasi kanamaya yatkınlığı artırmaktadır (Beyth ve ark., 1995).

Karaciğer fraksiyonu ve klirensini etkileyerek karaciğer enzimlerini inhibe eder ve karaciğer fonksiyon bozukluğuna neden olabilir (Tülüce ve ark., 2016). Seyrek fakat önemsenmeyen reaksiyonlardan birisi nekrozdur. İlk kullanımdan 3-6 hafta sonra dolor, peteşi ve eritemle birlikte nekroz görülebildiği bildirilmiştir. Mor topuk sendromu (erkeklerde görülen, tedaviden 3-8 hafta içinde ortaya çıkan ve tedaviye son verilse dahi iyileşmesi aylarca süren bir sendrom), anjiyoödem, fototoksik reaksiyonlar görülebilir (Başar ve ark., 1999).

2.2.1.6 Varfarin Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları

İlaç doğru dozda ve hekim istemine göre alınmalıdır. İlacın her gün aynı saatte alınması büyük önem arz etmektedir. Aç veya tok alınabilir; besinlerle etkileşime girebileceğinden yemekten 3 saat önce veya 3 saat sonra, tercihen saat 16:00'da alınması önerilmektedir. Fazla doz alınırsa veya günlük doz alımı unutulursa kaydedilmeli, hekim/hemşire bilgilendirilmelidir. Hekime danışılmadan ilaç kesilmemelidir. Varfarin-gıda etkileşimi konusunda hastalara eğitim verilmelidir (Aşiret ve ark., 2012). Hasta burun kanaması, diş eti kanaması, vücutta ekimoz, peteşi, hemoptizi, hematemez, melena ve hematokezya yönünden takip edilmeli, yumuşak diş fırçası tercih edilmeli, düşme/ travmalardan kaçınmasının önemi hakkında ve tıraş olurken tıraş makinesi kullanması konusunda bilgilendirilmelidir. Etkileşim gösteren ilaçlar doktor kontrolünde kullanılmalıdır. Hastaların diyeti ve INR takibine göre haftalık planlanmalıdır. Hastaların diyetindeki 7 günden fazla bir değişiklik durumunda hekime başvurması gerektiği anlatılmalıdır. Hastaların varfarin kullandığına dair hasta kartı taşımasının önemi vurgulanmalıdır (Tülüce ve ark., 2016).

2.3 Hasta Memnuniyeti

Kaliteli sağlık hizmetinden söz edebilmek için kaynakların verimli şekilde dağıtılması, hedef kitlenin sağlık kaynaklarından ve hizmete erişimden hakkaniyetle yararlanması, hizmetin etkin verilmesi, hizmetin sunumu esnasında ve sonrasında memnuniyetin sağlanması gerekmektedir. Giderek önem kazanan kalite ve hasta memnuniyeti verilen hizmetin değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Önsüz ve ark., 2008).

Memnuniyet yaşam tarzı, deneyimler, beklentiler, kişisel ve toplumsal değerleri içeren multifaktöryel karmaşık bir kavramdır (Acaroğlu ve ark., 2007). Hasta memnuniyeti ise, hastanın verilen hizmetle beklentisinin karşılanmasına ve hizmetten beklediği performansa, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlüklerle, verilen hizmetin sosyo-kültürel değerleriyle uyumuna bağlı bir işlemdir (Erdem ve ark., 2008). Hasta memnuniyeti tanımları hemşirelik bakımları ve hasta beklentilerinin uyum içinde olması üzerine odaklanır. Hemşirelik bakımının hasta memnuniyetine etkisinin yanı

sıra sağlığa ilişkin yaşam kalitesiyle de ilişkisi vardır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu sağlık kavramından memnuniyetini, hastalığın günlük aktiviteleri üzerindeki etkisi; fiziksel, zihinsel ve ruhsal değişimlere karşı verdiği cevabı içeren bir kavramdır. Hastanın bütüncül olarak ele alınması ve bakış açısının değerlendirilmesi hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır (Acaroğlu ve ark., 2007).

2.4 Açık Yaralanmalarda İlk Yardım

2.4.1 Varis Kanamalarında İlk Yardım

Alt ekstremite venlerinde tek yönlü valvller vardır. İleri yaş ve kadın cinsiyet başta olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı bu kapakçıklar fonksiyonlarını kaybeder ve kan kalbe geri dönemez, alt ekstremitede birikir. Bunun sonucunda venler belirginleşişip kıvrımlı hale gelir. Travma başta olmak üzere birtakım faktörlerin etkisiyle kanama görülebilmektedir. Varis kanamalarında, hasta ya da yaralı sırt üstü yatırılmalıdır. Kanayan bölge (bacak/kol vb) yukarı kaldırılır ve kanayan bölge üzerine direkt bası uygulanır. Eğer kanama durmazsa veya fazla miktarda kanama varsa en yakın sağlık kuruluşuna ulaşması sağlanmalıdır. (Yıldız, 2015).

2.4.2 Burun Kanamalarında İlk Yardım

Pıhtılaşma bozuklukları ve damar patolojileri nedeniyle burun boşluğuna olan kanamalar burun kanamaları olarak adlandırılır (Aladağ, 2013). Burun kanamalarında hasta sakinleştirilir, oturması sağlanır ve ağızdan soluk alıp vermesi söylenir (Yengil ve ark., 2013). Baş ve gövde hafifçe öne doğru eğilerek, burun kanatları iki parmakla 5 dakika boyunca sıkılır. st dudak ile diş etleri arasına rulo gazlı bez yerleştirilebilir (Yıldız, 2015), lokal vazokonstrüktör refleksleri uyarmak için yüze ve enseye soğuk uygulama yapılabilir (Aladağ, 2013). 5 dakikadan uzun süren burun kanamalarında doktora haber verilmelidir (Yıldız, 2015).

2.4.3 Kulak Kanamalarında İlk Yardım

Kulak kanamaları; travma, irritasyon veya enfeksiyon nedeniyle oluşabileceği gibi kafa travmaları sonucunda da görülebilir (Yıldız, 2015). Kulak kanamalarında hasta sakinleştirilir, sırt üstü ya da kanayan kulak üzerine yatırılır (İnan ve ark., 2011). Kanayan kulak, temiz bir bezle basınç yapmadan kapatılır, tampon yapılmaz. Kulağa herhangi bir delici cisim batmışsa müdahale edilmez, su ile temasında kaçınılır ve tıbbi yardım istenir (Yıldız, 2015).

2.4.4 Ağız Kanamalarında İlk Yardım

Ağız içi veya kenarlarından kaynaklanan kanamalar dış kanama olarak kabul edilip durdurulmalıdır. Dil ve dudak yaralanmalarında kanayan bölgeye spançla direkt basınç uygulanır, dudak veya dile soğuk uygulama yapılabilir. Dış kayıpları sonucu meydana gelen kanamalarda kanayan yere tampon yapılarak basınç uygulanması için tampon materyalinin ısırılması sağlanır. Ağız içi kanamalarında soğuk suyla gargara yapılabilir (Yıldız, 2015).

2.4.5 Dış Kanamalarda İlk Yardım

Dış kanamalarda yaraya batan bir cisim varsa çıkartılmaz, hareket etmesini engellemek için tespit edilir. Kanamayı durdurmak için temiz bir bezle bası uygulanır, gerekirse sargı bezi ile sarılabilir. Kanama durmazsa ilk konulan tamponun üzerine ikinci tampon yerleştirilerek basıya devam edilir. Kanayan ekstremitelere kalp seviyesinden yukarıda tutulmalıdır. Baş bölgesinde meydana gelen kanamalarda temporal ve tek taraflı bası uygulamak şartıyla boyundaki artere; göğüs duvarı ve koltuk altı kanamalarında klavikula üzerindeki artere; kolda meydana gelen kanamalarda kolun üst bölümündeki artere ve bacakta kanamalarda kasıktaki artere bası uygulanır (Yıldız, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın şekli

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Hipotezi

-Oral antikoagölan kullanan hastaların açık yaralanmalarda ilk yardım bilgisi ile sosyodemografik özellikler arasında farklılık vardır/yoktur.

-Oral antikoagölan kullanan hastaların açık yaralanmalarda ilk yardım bilgisi ile HAS-BLED kanama skoru arasında farklılık vardır/yoktur.

-Oral antikoagölan kullanan hastaların antikoagölan memnuniyeti ile HAS-BLED kanama riski skoru arasında farklılık vardır/yoktur.

-Oral antikoagölan kullanan hastaların antikoagölan memnuniyeti ile sosyodemografik özellikler arasında farklılık vardır/yoktur.

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15/05/2019-20/07/2019 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği /Polikliniği ve Kardiyoloji Kliniği /Polikliniği'ne başvuran gönüllü kişilere yapılmıştır.

3.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği /Polikliniği ve Kardiyoloji Kliniği /Polikliniği'ne 15/05/2019-20/07/2019 tarihleri arasında başvuran (n=121) kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçimindeki kriterler; oral antikoagölan ilaç kullananlar, oryante, afazik olmayan

bireyler, iletişim problemi olmayan bireyler, 35-80 yaş arasında olanlar, immobil olmayan bireyler seçilmiştir.

3.5 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Bursa Uludağ Üniversitesi Araştırma ve Yayın Etik Kurulları'ndan 07.01.2019- 05.02.2019 tarihlerinde izinler alınmıştır (EK 1). T.C. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi kurum izni 04.04.2019-17.05.2019 tarihleri arasında alınmıştır (EK 2). DUKE antikoagülan memnuniyet ölçeğinin kullanımı için yazardan mail aracılığıyla ölçek kullanım izni alınmıştır (EK 3). Araştırmaya dahil edilen hastalara çalışma konusunda araştırmacı tarafından bilgi verilerek sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır (EK 5).

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ) 25 Soru, Has-Bled kanama riski skoru 7 soru, tanımlayıcı veriler 32 soru ve ilk yardım bilgi düzeyi skalasını içeren 25 sorudan oluşan anket formu (EK 4) kullanılmıştır.

3.6.1 Araştırmaya Katılan Bireylerin Veri Toplama Formu

Açık yaralanmalarda ilk yardım bilgi düzeyi, varfarin yan etkisi ve varfarin besin etkileşimi puanlamasında puan ve bilgi düzeyi ters kodlanmıştır. Puan arttıkça bilgi düzeyi azalmaktadır. Has-Bled Kanama riski skoru 3 ve üzeri yüksek kanama riski, 3 ve altı orta ve düşük kanama riskini göstermektedir.

3.6.2 Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ)

Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği 25 madde yer alır; kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar ve olumlu etkiler alt boyutundan oluşmaktadır. Kısıtlılıklar alt boyutunda 1-9 ve 20. maddeler, yükler ve zorluklar alt boyutunda 10-16, 22. ve 24. maddeler ve olumlu etkiler alt boyutunda 17-19, 21, 23. ve 25. maddeler yer alır. Ölçeğin

puanlaması, 1= hiç, 2= çok az, 3= biraz, 4= orta derecede, 5= biraz fazla, 6= çok ve 7= çok fazla şeklinde bir derecelemeyle ölçülür. Ölçekte 17, 18, 19, 21, 23. ve 25. sorular ters kodlanmaktadır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren veri için iki grup karşılaştırmalarında t-testi 2'den fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi, Fisher'in Kesin Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

Bu araştırmada, kategorik değişkenler ile ilk yardım bilgi grupları ve DAMÖ arasında çapraz tablolar oluşturulmuş ve değişkenlerin alt kategorileri arasında ilişkinin olup olmadığı test edilmiştir. Çapraz tablolarda hesaplanan teorik frekansa göre kullanılacak yöntem değişmektedir. Araştırmada elde edilen analiz sonuçları aşağıdaki kritere göre rapor edilmiştir.

En küçük teorik frekans ele alındığında;

En küçük teorik frekans > 25 ise Pearson Kikare Test

5 < En küçük teorik frekans < 25 ise Yates' Kikare Test

En küçük teorik frekans > 5 ise Fisher Exact Test kullanılmaktadır.

DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile diğer değişkenler arasında karşılaştırma yapmak amacıyla bağımsız gruplar t-test, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi gerçekleştirilmiştir.

3.8 Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezli olması, anket sorularının çok uzun ve zaman alıcı olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

4. BULGULAR

4.1 Antikoagülan Kullanan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 4.1.1 Sosyo-demografik Değişkenlerin Dağılımı

Değişkenler		n	%
Yaş grupları	<40	8	6,6%
	40-64	58	47,9%
	>65	55	45,5%
Cinsiyet	Kadın	64	52,9%
	Erkek	57	47,1%
Medeni durum	Evli	88	72,7%
	Bekar	10	8,3%
	Diğer (Ayrılmış, Dul)	23	19%
Yaşamakta olduğunuz yer	Şehir	74	61,2%
	İlçe	40	33,1%
	Köy	7	5,8%
Eğitim düzeyiniz	Okur-yazar değil	2	1,7%
	Okur-yazar	30	24,8%
	İlkokul mezunu	35	28,9%
	Ortaokul mezunu	13	10,7%
	Meslek/lise mezunu	20	16,5%
	Önlisans mezunu	5	4,1%
	Lisans	12	9,9%
	Yüksek lisans	4	3,3%
	Doktora	0	0,0%
Meslek	Ev kadını	44	36,4%
	Emekli	41	33,9%
	Çalışan (işçi, memur, serbest meslek)	36	29,8%
Kadınlar için gebelik durumu	Evet	1	1,6%
	Hayır	24	37,5%
	Menapoz	39	60,9%
Gebelik var ise doktor bilgisinde mi	Evet	1	100,0%
	Hayır	0	0,0%
Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz	Yalnız	17	14,0%
	Eşi ve çocukları	76	62,8%
	Diğer	28	23,1%

Tablo 4.1.1 (devamı) Sosyo-demografik Değişkenlerin Dağılımı

Sigara kullanıyor musunuz	Evet	29	24,0%
	Hayır	72	59,5%
	Bıraktı	20	16,5%
Sigara kullanıyorsanız günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz	1-10	5	15,6%
	11-19	13	40,6%
	20-39	13	40,6%
	40 ve üzeri	1	3,1%
Alkol kullanma alışkanlığınız var mı	Evet	15	12,5%
	Hayır	99	82,5%
	Çok nadir	6	5,0%

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması ($ort \pm Ss$) $60,66 \pm 13,24$ yıl'dır. Çalışmaya katılanların %47,9'unu 40-64 yaş, %45,5'ini 65 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır, araştırmaya katılan kişilerin %52,9'unu kadın, %47,1'ini erkek hastalar oluşturmaktadır. Ev hanımı olanlar %36,4, emekli olanlar %33,9'luk kısmı oluşturmaktadır. Varfarin kullanan hastaların %72,7'lik kısmı evli, %28,9'u ilkokul mezunudur. Hastaların %24,8'i okur-yazardır. Menapoz oranı %60,9'dur. Çalışmaya katılanların %62,8'i çekirdek aile yapısına sahiptir, şehirde yaşayanların sayısı %61,2'dir. Sigara kullanmayanlar %59,5, alkol kullanmayanlar ise %82,5'lik kısmı oluşturmaktadır. Sigara kullanan %24'lük kısım %40,6 oranında 11-19 ve 20-39 adet/gün sigara tüketmektedir.

Tablo 4.1.2 Kliniğe Ait Değişkenlerin Dağılımı

		n	%
Kronik rahatsızlığımız var mı	Evet	92	76,7
	Hayır	28	23,3
Kronik rahatsızlıklar**	Hipertansiyon	75	62,0
	Diyabetes mellitus	39	32,2
	Böbrek rahatsızlığı	5	4,1
	Kolesterol	35	28,9
	KOAH	5	4,1
	KKY	12	9,9
	Obezite	2	1,7
	Ca	1	0,8
	BPH	1	0,8
	KAH	15	12,4
Sürekli kullandığımız ilaçlarımız var mı	Evet	103	85,1
	Hayır	18	14,9
Kullandığımız pıhtı önler ilacın adı nedir	Coumadin	116	95,9
	Orfarin	5	4,1
	Diğer	0	0,0
Pıhtı önler ilaç kullanma nedeniniz nedir*	Atrial fibrilasyon	57	47,1
	Kalp kapak hastalıkları	14	11,6
	Pulmoner emboli	9	7,4
	İnme	40	33,1
	Derin ven trombozu	8	6,6
Ne kadar süredir pıhtı önler ilaç kullanıyorsunuz	Buğün başladım	0	0,0
	1 hafta-1 ay	8	6,6
	1-6 ay	16	13,2
	6-12 ay	33	27,3
	1 yıldan fazla	64	52,9
Başka ilaç kullanıyor musunuz	Evet	101	83,5
	Hayır	20	16,5
Pıhtı önler ilaç etkisini artıran ilaç kullanım durumu	Var	39	32,5
	Yok	81	67,5
Düzenli INR testi yaptırıyor musunuz	Evet	111	91,7
	Hayır	10	8,3
Tedaviye ek kullanılan ilaç sayısı	İlaç kullanmıyor	21	17,5
	1-2 ilaç	35	29,2
	3-4 ilaç	43	35,8
	5 ve daha fazla ilaç	21	17,5
Varfarinin bazı ilaçlarla etkileşime girdiğini biliyor musunuz	Evet	18	14,9
	Hayır	103	85,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, KKY: Konjestif Kalp Yetmezliği, Ca:Kanser, BPH: Benign Prostat Hiperplazisi, KAH: Koroner Arter Hastalığı

Tablo 4.1.2 (devamı) Kliniğe Ait Değişkenlerin Dağılımı

Varfarinin etkileşime girdiği ilaçlar	Asetil salisilik asit içeren ilaçlar	18	14,9
	İbuprofen içeren ilaçlar	2	1,7
	Diklofenak	8	6,6
	Bazı antibiyotikler	3	2,5
	Kortizon	2	1,7
En son INR sonucu	2,0 ve altı	17	14,0
	2,1-3,0	69	57,0
	3,1-4,0	35	28,9
	4,1-5,0	0	0,0
	5,0 ve üzeri	0	0,0
INR sonucu terapötik aralıkta mı	Evet	70	57,9
	Hayır	51	42,1
Varfarin kullanımından itibaren kanama yaşadınız mı	Evet	28	23,1
	Hayır	93	76,9
Kanama yaşadysanız ne tür	Burun kanaması	8	29,6
	Hematüri	0	0,0
	Üst gis kanama	9	33,3
	Diş eti kanaması	9	33,3
	Beyin kanaması	1	3,7
Tedavi boyunca vücudunuzda morarma oldu mu	Evet	56	46,3
	Hayır	65	53,7
Pıhtı önler ilaç hakkında bilgi verildi mi	Evet	117	96,7
	Hayır	4	3,3
Bilgiyi kimden aldınız**	Hemşire	36	29,8
	Doktor	114	94,2
	Eczacı	15	12,4
Pıhtı önler ilaç yan etkileri bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	17	14,0
	Yeterli düzeyde biliyor	22	18,2
	Temel düzeyde biliyor	39	32,2
	Bilgisi yok	43	35,5
Tedavi boyunca dikkat edilmesi gereken besinleri biliyor musunuz	Evet	72	59
	Hayır	49	40,2

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.1.2 (devamı) Kliniğe Ait Değişkenlerin Dağılımı

Pıhtı önler ilaç etkisini azaltan besinler hakkında bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	59	48,4
	Yeterli düzeyde biliyor	40	32,8
	Temel düzeyde biliyor	14	11,5
	Bilgisi yok	8	6,6
Pıhtı önler ilaç etkisini artıran besinler hakkında bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	88	72,1
	Yeterli düzeyde biliyor	27	22,1
	Temel düzeyde biliyor	0	0
	Bilgisi yok	6	4,9

Çalışmaya katılanların klinik özellikler açısından dağılımları Tablo 4.1.2’de belirtilmiştir.

Hastaların %76,7’sinin eşlik eden kronik hastalığı vardır. Bu hastalıklardan en çok HT (%62), ikinci olarak DM (%32,2) eşlik etmektedir. Hastaların %52,9’u 1 yıldan fazladır varfarin kullanmaktadır, ilacı kullanma nedeni %47,1 ile AF, ikinci olarak %33,1 ile inmedir. Hastaların %83,5’i varfarin harici ilaç kullanmakta, varfarinin etkisini artıran ilaç kullanımı %32,5 ve %35,8’i tedaviye ek 3-4 ilaç kullanmaktadır. Varfarinin ilaçlarla etkileşimi sorgulandığında %85,1 oranında bilgisinin olmadığı tespit edildi, %14,9 oranında bilenler ise en çok asetil salisilik asit içeren ilaçlar (%14,9) cevabını vermiştir. Düzenli INR testi yaptıranların oranı %91,7 ve INR aralığı 2,1-3,0 olanlar %57’dir.

Varfarin kullanımından itibaren kanama yaşamayan kişi oranı %76,9’dur. Kanama yaşayan %23,1’lik kısım en çok diş eti (%33,3), üst gis kanama (%33,3) ve burun kanaması (%29,6) yaşamıştır. Tedavi boyunca vücudunda morarma şikayeti yaşayanların oranı %46,3’tür. Varfarin kullanan hastaların tamamına yakınının (%96,7) ilaç hakkında bilgi aldıklarını, bilgi alanların %94,2’si bilgiyi hekimden, %29,8’i ise bilgiyi hemşireden aldığını belirtmiştir. Hastaların varfarin yan etkisini bilme durumu değerlendirildiğinde %35,5’in bilgisinin olmadığı, %32,2’nin ise bilgisinin temel düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tedavi boyunca dikkat edilmesi gereken besinler hakkında bilgi verildi mi sorusuna %59’u evet cevabını vermiştir. Pıhtı önler ilaç etkisini azaltan besinler

hakkındaki bilgi düzeyi sorgulandığında %48,4'ü üst düzey biliyor, pıhtı önler etkisini artırır besinler sorgulandığında %72,1'i üst düzey biliyor olarak bulunmuştur.

4.2 Antikoagülan Kullanan Hastaların DAMÖ Puanlarının ve Alt Boyutlarının İncelenmesi

Tablo 4.2.1 DAMÖ Puanının Tanımlayıcı İstatistikleri

	Ortalama	Standart sapma	Minimum	Maksimum
DAMÖ toplam puan	88,20	13,70	44,00	130,00
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	35,58	7,23	14,00	56,00
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	28,19	7,16	9,00	50,00
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	24,31	3,37	16,00	34,00

DAMÖ toplam ölçek puanı ve alt boyutlarına ilişkin puanların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.2.1'de verilmiştir.

Bireylerin DAMÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $88,20 \pm 13,70$ 'tir. Kısıtlılık alt boyutundan elde edilen ortalama puan $35,58 \pm 7,23$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızın yükler ve zorluklar alt boyutu ortalama puanı $28,19 \pm 7,16$ 'dır. Olumlu etkiler alt boyutunun ortalama puanı ise $24,31 \pm 3,37$ 'dir.

Tablo 4.2.2 Sosyo-demografik Değişkenlere göre DAMÖ Puanının Karşılaştırılması

		n	DAMÖ toplam	DAMÖ kısıtlılıklar	DAMÖ yükler ve zorluklar	DAMÖ olumlu etkiler
Yaş grupları	<40	8	91,25±13,44	39,75±5,6	28,25±6,45	22±3,3 ^a
	40-64	58	89,29±15,57	36,21±7,95	29,29±8,22	23,79±3,01 ^{ab}
	>64	55	86,6±11,52	34,31±6,39	27,02±5,88	25,2±3,52 ^b
İstatistik Analizi			F=0,755	F=2,455	F=1,434	F=4,756
p			0,472	0,090	0,242	0,010
Cinsiyet	Kadın	64	88,94±10,81	35,69±5,36	28,63±5,68	24,56±3,7
	Erkek	57	87,37±16,42	35,46±8,93	27,7±8,55	24,04±2,97
İstatistik Analizi			t=0,613	t=0,170	t=0,690	t=0,858
p			0,541	0,865	0,492	0,393
Medeni durum	Evli	88	88,78±12,33 ^a	35,68±6,56 ^b	28,76±6,76	24,3±3,26
	Bekar	10	96,1±17,34 ^{ab}	41,4±8,10 ^a	29,7±9,08	24±3,4
	Diğer (Ayrılmış, Dul)	23	82,52±15,37 ^{ac}	32,65±7,99 ^b	25,35±7,40	24,52±3,88
İstatistik Analizi			F=3,896	F=5,517	F=2,365	F=0,087
p			0,023	0,005	0,098	0,917
	Şehir	74	89,85±14,88	36,39±8,03	28,93±7,66	24,34±3,19

Tablo 4.2.2 (devamı) Sosyo-demografik Değişkenlere göre DAMÖ Puanının Karşılaştırılması

Yaşamakta olduğunuz yer?	İlçe	40	85,9±11,01	34,2±5,49	27,1±6,16	24,6±3,8
	Köy	7	83,86±13,48	34,86±6,69	26,57±6,88	22,43±2,3
İstatistik Analizi			F=1,464	F=1,234	F=1,040	F=1,245
p			0,236	0,295	0,357	0,292
Eğitim düzeyiniz?	Okur-yazar değil	2*	105±7,07	42±7,07	37±4,24	26±4,24
	Okur-yazar	30	88,23±9,71	34,3±4,98	28,03±5,53	25,93±3,68
	İlkokul mezunu	35	82,57±12,15	33,51±7,56	24,97±5,45	23,94±3,12
	Ortaokul mezunu	13	86,38±12,8	34,85±5,71	28,23±8,14	23,31±2,06
	Meslek/ lise mezunu	20	90,55±12,98	35,9±7,09	30,95±7,19	23,7±3,47
	Önlisans mezunu	5	96,2±23,35	40,4±9,81	33,2±10,03	22,6±3,78
	Lisans	12	96±12,29	41,25±4,07	30,08±8,28	23,83±3,49
Yüksek lisans	4	89,5±30,74	37,75±16,78	27,25±12,42	24,5±2,89	
İstatistik Analizi			F=2,200	F=2,510	F=2,410	F=1,86
p			0,048**	0,026**	0,031**	0,093
Mesleğiniz?	Ev kadını	44	87,75±9,70	34,93±4,91 ^a	27,82±5,14	24,91±3,73
	Emekli	41	85,27±13,43	34,07±7,97 ^{ab}	27,41±7,11	23,78±3,30
	Çalışan (işçi, memur, serbest meslek)	36	92,08±17,21	38,08±8,22 ^{ac}	29,53±9,11	24,19±2,94
İstatistik Analizi			F=2,467	F=3,349	F=0,926	F=1,226
p			0,089	0,038	0,399	0,297
Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?	Yalnız	17	87,88±20,74	36,12±11,06	27,41±9,6 ^a	23,76±3,07
	Eşi ve çocukları	76	89,91±11,95	36,28±6,47	29,43±6,67 ^{ab}	24,14±3,14
	Diğer	28	83,75±12,4	33,36±6,09	25,29±6,02 ^{ac}	25,11±4,08
İstatistik Analizi			F=2,110	F=1,743	F=3,709	F=1,098
p			0,126	0,179	0,027	0,337

*Veri sayısının düşük olması nedeniyle karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

** İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasına rağmen ikili karşılaştırma sonucunda anlamlı farklılık bulunmamıştır.

*** ^{abcd}İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunması durumunda yapılan ikili karşılaştırmalarda benzer bulunan gruplar aynı sembole, farklı bulunan gruplar farklı sembollerle ifade edilmiştir.

DAMÖ puanının ve alt boyutlarının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırma sonuçları Tablo 4.2.2’de verilmiştir. Yaş grupları arasında DAMÖ toplam puan, kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken sadece olumlu etkiler alt boyutu açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre “<40” ve “>64” yaş grupları olumlu etkiler alt boyutu açısından birbirinden farklıdır. “>64” yaş grubundakilerin olumlu etkiler alt boyut puanı “<40” yaş altındakilere göre daha yüksektir. Cinsiyete göre DAMÖ toplam puan ve alt boyutlar açısından istatistiksel

olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Medeni duruma göre DAMÖ toplam puan ve kısıtlılıklar alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken diğer alt boyutlar açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. DAMÖ toplam puan açısından sadece bekar ve ayrılanlar-diğer arasında farklılık bulunurken bekarların puanı ayrılanlar-diğerlerine göre daha yüksektir. Kısıtlılıklar alt boyutu açısından incelendiğinde bekarların evliler ve ayrılanlar-diğer grubundan farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bekarların kısıtlılıklar alt boyutu diğer gruplara göre daha yüksektir.

DAMÖ toplam puan ve alt boyutları yaşanan yere göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Eğitim düzeyine göre incelendiğinde sadece DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. DAMÖ toplam puanı, kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar alt boyutları açısından anlamlı farklılık bulunmasına rağmen ikili karşılaştırma sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Mesleğe göre yapılan karşılaştırmada sadece kısıtlılıklar alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Emeklilerin kısıtlılıklar alt boyut puanı çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur. Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları karşılaştırıldığında yükler ve zorluklar alt boyutu açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Eşi ve çocukları ile kalanların yükler ve zorluklar alt boyutu- ölçek puanı diğer cevabını verenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

4.3 Antikoagülan Kullanan Hastalara Ait Klinik Değişkenlerin Antikoagülan Memnuniyeti Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Tablo 4.3.1 DAMÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Bazı Değişkenlerle karşılaştırılması

Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	t-testi
DAMÖ toplam puan	t (118) = -0.760, p = 0.449
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	t (118) = -1.823, p = 0.071
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	t (118) = -0.3240, p = 0.747
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	t (118) = 1.241, p = 0.217
Sürekli Kullanılan İlaç Durumuna Göre Karşılaştırılması	Mann Whitney U
DAMÖ toplam puan	U = 779.00, Z = -1.079, p = 0.281
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	U = 629.00, Z = -2.174, p < 0.05
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	U = 831.00, Z = -0.700, p = 0.484
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	U = 767.50, Z = -1.168, p = 0.243
Kullanılan Pıhtı Önler İlaç Türü Açısından Karşılaştırılması	Mann Whitney U
DAMÖ toplam puan	U = 235.00, Z = -0.717, p = 0.474
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	U = 252.00, Z = -0.489, p = 0.625
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	U = 235.00, Z = -0.717, p = 0.473
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	U = 200.50, Z = -1.179, p = 0.239
Pıhtı Önler İlacı Kullanma Süresi Açısından Karşılaştırılması (Kruskal-Wallis Testi)	Kruskal-Wallis Testi
DAMÖ toplam puan	$\chi^2 (3) = 3.551, p = 0.314$
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	$\chi^2 (3) = 4.328, p = 0.228$
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	$\chi^2 (3) = 1.530, p = 0.675$
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	$\chi^2 (3) = 4.417, p = 0.220$
Başka İlaç Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	Mann Whitney U Testi
DAMÖ toplam puan	U = 877.50, Z = -0.925, p = 0.355
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	U = 647.50, Z = -2.534, p < 0.05
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	U = 979.00, Z = -0.217, p = 0.829
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	U = 751.50, Z = -1.814, p = 0.070
Pıhtı Önler İlaç Etkisini Arttıran İlaç Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	t-test
DAMÖ toplam puan	t (118) = -1.786, p = 0.077
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	t (118) = -1.667, p = 0.098
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	t (118) = -1.931, p = 0.056
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	t (118) = 0.432, p = 0.667
Tedaviye Ek Kullanılan İlaç Sayısı Açısından Karşılaştırılması	Kruskal-Wallis Testi
DAMÖ toplam puan	$\chi^2 (3) = 0.297, p = 0.961$
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	$\chi^2 (3) = 1.804, p = 0.614$
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	$\chi^2 (3) = 2.580, p = 0.461$
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	$\chi^2 (3) = 6.392, p = 0.094$

Tablo 4.3.1 (devamı) DAMÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Bazı Değişkenlerle karşılaştırılması

Varfarinin Bazı İlaçlarla Etkileşime Girmesini Bilme Durumu Açısından Karşılaştırılması	Mann Whitney U
DAMÖ toplam puan	U = 838.00, Z = -0.343, p = 0.731
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	U = 660.50, Z = -1.670, p = 0.095
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	U = 730.50, Z = -1.146, p = 0.252
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	U = 748.50, Z = -1.016, p = 0.309
Düzenli INR Testi Yaptırma Durumu Açısından Karşılaştırılması	Mann Whitney U
DAMÖ toplam puan	U = 553.50, Z = -0.014, p = 0.989
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	U = 480.50, Z = -0.702, p = 0.482
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	U = 551.00, Z = -0.038, p = 0.970
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	U = 442.50, Z = -1.065, p = 0.287
En Son INR Sonucu Açısından Karşılaştırılması	Kruskal-Wallis Testi
DAMÖ toplam puan	$\chi^2(3) = 4.122, p = 0.127$
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	$\chi^2(3) = 2.304, p = 0.316$
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	$\chi^2(3) = 5.141, p = 0.076$
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	$\chi^2(3) = 1.020, p = 0.601$
INR Sonucunun Terapötik Aralıkta Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	t-test
DAMÖ toplam puan	t (118) = -0.776, p = 0.439
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	t (118) = -0.954, p = 0.342
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	t (118) = -0.469, p = 0.640
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	t (118) = -0.162, p = 0.871
Varfarin Kullanımından İtibaren Kanama Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması	t-test
DAMÖ toplam puan	t (118) = 1.349, p = 0.180
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	t (118) = 0.738, p = 0.462
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	t (118) = 0.440, p = 0.661
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	t (118) = 3.271, p < 0.05
Tedavi Boyunca Vücutta Morarma Durumuna Göre Karşılaştırılması	t-test
DAMÖ toplam puan	t (118) = 0.596, p = 0.552
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	t (118) = -0.336, p = 0.737
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	t (118) = 1.182, p = 0.240
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	t (118) = 1.050, p = 0.296
Pıhtı Önler İlaç Hakkında Bilgi Alma Durumu Açısından Karşılaştırılması	Mann Whitney U
DAMÖ toplam puan	U = 69.00, Z = -2.393, p < 0.05
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	U = 79.00, Z = -2.251, p < 0.05
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	U = 85.50, Z = -2.156, p < 0.05
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	U = 216.50, Z = -0.255, p = 0.799

Tablo 4.3.1 (devamı) DAMÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Bazı Değişkenlerle karşılaştırılması

Pıhtı Önler İlacın Yan Etkilerini Bilme Düzeyi Açısından Karşılaştırılması	Kruskal-Wallis Testi
DAMÖ toplam puan	$\chi^2 (2) = 6.384, p = 0.094$
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	$\chi^2 (2) = 7.280, p = 0.063$
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	$\chi^2 (2) = 11.911, p < 0.05$
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	$\chi^2 (2) = 7.610, p = 0.055$

T test analiz sonuçlarına göre, DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile Kronik hastalık durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Mann Whitney U testi sonuçlarına göre DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu sürekli kullanılan ilaç durumu açısından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($p < 0.05$). Ancak DAMO toplam puan ve diğer alt boyutlar sürekli kullanılan ilaç durumu açısından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p > 0.05$). Mann Whitney U testi sonuçlarına göre DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile kullanılan pıhtı önler ilaç türü arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Kruskal-Wallis Testi sonuçlarına göre DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile pıhtı önler ilaç kullanma süresi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Mann Whitney U testi sonuçlarına göre DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu başka ilaç kullanma durumu açısından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($p < 0.05$). Ancak DAMÖ toplam puan ve diğer alt boyutlar sürekli kullanılan ilaç durumu açısından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p > 0.05$). T test analiz sonuçlarına göre, DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile pıhtı önler ilaç etkisini arttıran ilaç kullanma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Kruskal-Wallis Testi sonuçlarına göre DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile tedaviye ek kullanılan ilaç sayısı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Mann Whitney U testi sonuçlarına göre DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile varfarinin bazı ilaçlarla etkileşime girmesini bilme durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Mann Whitney U testi sonuçlarına göre DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile düzenli INR testi yaptırma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Kruskal-Wallis Testi sonuçlarına göre DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile en son INR sonucu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). T test

analiz sonuçlarına göre, DAMÖ ve alt boyutları ile INR sonucunun terapötik aralıkta olma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). T test analiz sonuçlarına göre, DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu, varfarin kullanımından itibaren kanama yaşama durumu açısından istatistiki olarak farklılaşmaktadır ($p < 0.05$), ancak DAMÖ toplam puan ve diğer alt boyutlar ile varfarin kullanımından itibaren kanama yaşama durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). T test analiz sonuçlarına göre, DAMÖ ve alt boyutları ile tedavi boyunca vücutta morarma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Mann Whitney U testi sonuçlarına göre DAMÖ toplam puan, DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu ve DAMÖ yükler ve zorluluklar alt boyutu, pıhtı önler ilaç hakkında bilgi alma durumu istatistiki olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($p < 0.05$). Ancak, DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu pıhtı ölçer ilaç hakkında bilgi alma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Kruskal-Wallis Testi sonuçlarına göre DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu pıhtı önler ilacın yan etkilerini bilme düzeyi açısından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($p < 0.05$). Ancak DAMÖ toplam puan ve diğer alt boyutlar ile pıhtı ölçer ilacın yan etkilerini bilme düzeyi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).

4.4 Antikoagülan Kullanan Hastaların İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Tablo 4.4.1 İlk Yardım Bilgi düzeylerinin Dağılımı

		n	%
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	68	56,2
	Yeterli düzeyde biliyor	36	29,8
	Temel düzeyde biliyor	15	12,4
	Bilgisi yok	2	1,7
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	48	39,7
	Yeterli düzeyde biliyor	41	33,9
	Temel düzeyde biliyor	23	19,0
	Bilgisi yok	9	7,4
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	43	35,5
	Yeterli düzeyde biliyor	30	24,8
	Temel düzeyde biliyor	40	33,1
	Bilgisi yok	8	6,6
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	75	62,0
	Yeterli düzeyde biliyor	26	21,5
	Temel düzeyde biliyor	11	9,1
	Bilgisi yok	9	7,4
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	26	21,5
	Yeterli düzeyde biliyor	8	6,6
	Temel düzeyde biliyor	12	9,9
	Bilgisi yok	75	62,0

Çalışmaya katılanların ilk yardım bilgi düzeyi dağılımları tablo 4.4.1’de belirtilmiştir.

Hastaların; varis (%56,2), burun (%39,7), kulak (%35,5) ve ağız kanamaları (%62)’nda ilk yardım bilgi düzeyi üst düzey biliyor olarak tespit edilmiştir. Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi hastaların %62’sinde bilgisi yok olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4.2 Sosyo-demografik Değişkenlere Göre Varis Kanamalarında İlk Yardım Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

		Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi								İstatistik Analiz (χ^2)	p
		Üst düzeyde biliyor		Yeterli düzeyde biliyor		Temel düzeyde biliyor		Bilgisi yok			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaş grupları	<40	5	62,5	1	12,5	2	25,0	0	0,0	11,117	0,054
	40-64	37	63,8	18	31,0	2	3,4	1	1,7		
	>64	26	47,3	17	30,9	11	20,0	1	1,8		
Cinsiyet	Kadın	39	60,9	14	21,9	9	14,1	2	3,1	5,049	0,137
	Erkek	29	50,9	22	38,6	6	10,5	0	0,0		
Medeni durum	Evli	51	58,0	26	29,5	9	10,2	2	2,3	3,550	0,738
	Bekar	4	40,0	4	40,0	2	20,0	0	0,0		
	Diğer (Ayrılmış, Dul)	13	56,5	6	26,1	4	17,4	0	0,0		
Yaşamakta olduğunuz yer	Şehir	50	67,6 ^a	21	28,4 ^a	3	4,1 ^a	0	0,0 ^a	22,806	<0,001
	İlçe	17	42,5 ^b	12	30,0 ^a	10	25,0 ^b	1	2,5 ^{ab}		
	Köy	1	14,3 ^b	3	42,9 ^a	2	28,6 ^b	1	14,3 ^b		
Eğitim düzeyiniz	Okur-yazar değil	0	0,0 ^{ab}	1	50,0 ^a	0	0,0 ^a	1	50,0 ^a	39,349	0,001
	Okur-yazar	12	40,0 ^b	8	26,7 ^a	9	30,0 ^a	1	3,3 ^{ab}		
	İlkokul mezunu	18	51,4 ^{ab}	13	37,1 ^a	4	11,4 ^a	0	0,0 ^b		
	Ortaokul mezunu	5	38,5 ^{ab}	8	61,5 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^{ab}		
	Meslek/lise mezunu	17	85,0 ^a	3	15,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^b		
	Önlisans mezunu	5	100,0 ^{ab}	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^{ab}		
	Lisans	9	75,0 ^{ab}	1	8,3 ^a	2	16,7 ^a	0	0,0 ^{ab}		
	Yüksek lisans	2	50,0 ^{ab}	2	50,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^{ab}		
Mesleğiniz	Ev kadını	22	50,0	14	31,8	6	13,7	2	4,5	7,704	0,204
	Emekli	20	48,8,3	14	34,1	7	17,1	0	0,0		
	Çalışan (işçi, memur, serbest meslek)	26	72,2	8	22,2	2	5,6	0	0,0		
Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz	Yalnız	8	47,1	7	41,2	2	11,8	0	0,0	3,064	0,809
	Eşi ve çocukları	44	57,9	22	28,9	8	10,5	2	2,6		
	Diğer	16	57,1	7	25,0	5	17,9	0	0,0		

* abcd İstatiksel olarak anlamlı farklılık bulunması durumunda yapılan ikili karşılaştırmalarda benzer bulunan gruplar aynı sembolle, farklı bulunan gruplar farklı sembollerle ifade edilmiştir.

Sosyo-demografik değişkenlere göre varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin karşılaştırma sonuçları Tablo 4.4.2'de verilmiştir. Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, meslek ve ailede birlikte yaşadığı kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken yaşanan yer ve meslek durumuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Şehirde yaşayanların varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin üst düzey olma oranı daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu açısından

incelendiğinde okur-yazar olanlar ile meslek/lise mezunu olanlar arasından anlamlı fark bulunurken meslek/lise mezunu olanların varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin üst düzey olma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.4.3 Sosyo-demografik Değişkenlere Göre Burun Kanamalarında İlk Yardım Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

		Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi								İstatistik (χ^2)	p
		Üst düzeyde biliyor		Yeterli düzeyde biliyor		Temel düzeyde biliyor		Bilgisi yok			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaş grupları	<40	6	75,0 ^a	1	12,5 ^{ab}	1	12,5 ^a	0	0,0 ^a	20,495	0,001
	40-64	32	55,2 ^a	14	24,1 ^b	9	15,5 ^a	3	5,2 ^a		
	>64	10	18,2 ^b	26	47,3 ^a	13	23,6 ^a	6	10,9 ^a		
Cinsiyet	Kadın	28	43,8	22	34,4	7	10,9	7	10,9	7,292	0,060
	Erkek	20	35,1	19	33,3	16	28,1	2	3,5		
Medeni durum	Evli	38	43,2	32	36,4	12	13,6	6	6,8	9,526	0,110
	Bekar	5	50,0	2	20,0	3	30,0	0	0,0		
	Diğer (Ayrılmış, Dul)	5	21,7	7	30,4	8	34,8	3	13,0		
Yaşamakta olduğunuz yer	Şehir	36	48,6 ^a	22	29,7 ^a	13	17,6 ^a	3	4,1 ^a	11,885	0,041
	İlçe	10	25,0 ^b	18	45,0 ^a	7	17,5 ^a	5	12,5 ^a		
	Köy	2	28,6 ^{ab}	1	14,3 ^a	3	42,9 ^a	1	14,3 ^a		
Eğitim düzeyiniz	Okur-yazar değil	0	0,0 ^{abcd}	1	50,0 ^a	0	0,0 ^a	1	50,0 ^a	40,831	0,001
	Okur-yazar	8	26,7 ^{bd}	14	46,7 ^a	3	10,0 ^a	5	16,7 ^a		
	İlkokul mezunu	6	17,1 ^{cd}	16	45,7 ^a	11	31,4 ^a	2	5,7 ^a		
	Ortaokul mezunu	5	38,5 ^{abcd}	4	30,8 ^a	4	30,8 ^a	0	0,0 ^a		
	Meslek/lise mezunu	13	65,0 ^{ab}	2	10,0 ^a	4	20,0 ^a	1	5,0 ^a		
	Önlisans mezunu	5	100,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a		
	Lisans	9	75,0 ^{ab}	3	25,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a		
Yüksek lisans	2	50,0 ^{abcd}	1	25,0 ^a	1	25,0 ^a	0	0,0 ^a			
Mesleğiniz	Ev kadını	15	34,1 ^a	18	40,9 ^a	5	11,4 ^a	6	13,6 ^a	19,513	0,002
	Emekli	11	26,8 ^a	14	34,1 ^a	15	36,6 ^b	1	2,4 ^a		
	Çalışan (işçi, memur, serbest meslek)	22	61,1 ^b	9	25,0 ^a	3	8,3 ^a	2	5,6 ^a		
Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz	Yalnız	6	35,3	4	23,5	7	41,2	0	0,0	11,772	0,051
	Eşi ve çocukları	34	44,7	28	36,8	10	13,2	4	5,3		
	Diğer	8	28,6	9	32,1	6	21,4	5	17,9		

* ^{abcd} İstatiksel olarak anlamlı farklılık bulunması durumunda yapılan ikili karşılaştırmalarda benzer bulunan gruplar aynı sembole, farklı bulunan gruplar farklı sembollerle ifade edilmiştir.

Sosyo-demografik değişkenlere göre burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin karşılaştırma sonuçları Tablo 4.4.3'te verilmiştir. Cinsiyet, medeni durum

ve ailede birlikte yaşadığı kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken yaş grupları, yaşanılan yer, eğitim ve meslek durumuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Yaş grubu “>64” olanların üst düzey bilme oranı diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Şehirde yaşayanların burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin üst düzey olma oranı diğer yerlerde yaşayanlara göre daha yüksektir. Eğitim durumu açısından incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olanlarda üst düzey bilme oranı düşük iken eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Meslek açısından karşılaştırıldığında çalışanların üst düzey bilme oranı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.4.4 Sosyo-demografik Değişkenlere Göre Kulak Kanamalarında İlk Yardım Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

		Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi								İstatistik Analiz (χ ²)	p
		Üst düzeyde biliyor		Yeterli düzeyde biliyor		Temel düzeyde biliyor		Bilgisi yok			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaş grupları	<40	3	37,5	3	37,5	2	25,0	0	0,0	10,446	0,081
	40-64	27	46,6	15	25,9	13	22,4	3	5,2		
	>64	13	23,6	12	21,8	25	45,5	5	9,1		
Cinsiyet	Kadın	23	35,9	14	21,9	22	34,4	5	7,8	0,878	0,865
	Erkek	20	35,1	16	28,1	18	31,6	3	5,3		
Medeni durum	Evli	32	36,4	20	22,7	30	34,1	6	6,8	1,941	0,942
	Bekar	3	30,0	4	40,0	3	30,0	0	0,0		
	Diğer (Ayrılmış, Dul)	8	34,8	6	26,1	7	30,4	2	8,7		
Yaşamakta olduğunuz yer	Şehir	30	40,5	20	27,0	21	28,4	3	4,1	6,250	0,365
	İlçe	11	27,5	9	22,5	15	37,5	5	12,5		
	Köy	2	28,6	1	14,3	4	57,1	0	0,0		
Eğitim düzeyiniz	Okur-yazar değil	0	0,0 ^{abcd}	1	50,0 ^a	0	0,0 ^a	1	50,0 ^a	36,029	0,003
	Okur-yazar	5	16,7 ^{cd}	7	23,3 ^a	14	46,7 ^a	4	13,3 ^a		
	İlkokul mezunu	8	22,9 ^{bd}	8	22,9 ^a	18	51,4 ^a	1	2,9 ^a		
	Ortaokul mezunu	5	38,5 ^{abcd}	5	38,5 ^a	2	15,4 ^a	1	7,7 ^a		
	Meslek/lise mezunu	11	55,0 ^{abcd}	5	25,0 ^a	3	15,0 ^a	1	5,0 ^a		
	Önlisans mezunu	5	100,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a		
	Lisans	8	66,7 ^{ab}	2	16,7 ^a	2	16,7 ^a	0	0,0 ^a		
	Yüksek lisans	1	25,0 ^{abcd}	2	50,0 ^a	1	25,0 ^a	0	0,0 ^a		
Mesleğiniz	Ev kadını	9	20,5 ^b	12	27,3 ^a	18	40,9 ^b	5	11,4 ^a	16,660	0,008
	Emekli	13	31,7 ^{ab}	10	24,4 ^a	17	41,5 ^b	1	2,4 ^a		
	Çalışan (işçi, memur, serbest meslek)	21	58,3 ^a	8	22,2 ^a	5	13,9 ^a	2	5,6 ^a		
Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz	Yalnız	7	41,2	5	29,4	5	29,4	0	0,0	9,661	0,116
	Eşi ve çocukları	31	40,8	18	23,7	24	31,6	3	3,9		
	Diğer	5	17,9	7	25,0	11	39,3	5	17,9		

* abcdİstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunması durumunda yapılan ikili karşılaştırmalarda benzer bulunan gruplar aynı sembolle, farklı bulunan gruplar farklı sembollerle ifade edilmiştir.

Sosyo-demografik değişkenlere göre kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin karşılaştırma sonuçları Tablo 4.4.4’te verilmiştir. Yaş grupları, cinsiyet,

medeni durum, yaşanılan yer ve ailede birlikte yaşadığı kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken eğitim ve meslek durumuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Eğitim durumu açısından incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olanlarda üst düzey bilme oranı düşük iken eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek oranlara sahip olduğu görülmektedir. Meslek açısından karşılaştırıldığında çalışanların üst düzey bilme oranı ev kadınlarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.4.5 Sosyo-demografik Değişkenlere Göre Ağız Kanamalarında İlk Yardım Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

		Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi								İstatistik Analiz (χ^2)	p
		Üst düzeyde biliyor		Yeterli düzeyde biliyor		Temel düzeyde biliyor		Bilgisi yok			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaş grupları	<40	6	75,0	1	12,5	1	12,5	0	0,0	4,780	0,531
	40-64	38	65,5	12	20,7	6	10,3	2	3,4		
	>64	31	56,4	13	23,6	4	7,3	7	12,7		
Cinsiyet	Kadın	42	65,6	9	14,1	6	9,4	7	10,9	5,893	0,113
	Erkek	33	57,9	17	29,8	5	8,8	2	3,5		
Medeni durum	Evli	57	64,8	20	22,7	6	6,8	5	5,7	5,958	0,370
	Bekar	7	70,0	1	10,0	1	10,0	1	10,0		
	Diğer (Ayrılmış, Dul)	11	47,8	5	21,7	4	17,4	3	13,0		
Yaşamakta olduğunuz yer	Şehir	47	63,5	18	24,3	6	8,1	3	4,1	6,240	0,335
	İlçe	23	57,5	6	15,0	5	12,5	6	15,0		
	Köy	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0		
Eğitim düzeyiniz	Okur-yazar değil	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	24,303	0,133
	Okur-yazar	20	66,7	3	10,0	2	6,7	5	16,7		
	İlkokul mezunu	20	57,1	9	25,7	5	14,3	1	2,9		
	Ortaokul mezunu	8	61,5	2	15,4	1	7,7	2	15,4		
	Meslek/lise mezunu	11	55,0	7	35,0	2	10,0	0	0,0		
	Önlisans mezunu	2	40,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0		
	Lisans	11	91,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0		
	Yüksek lisans	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0		
Mesleğiniz	Ev kadını	29	65,9	6	13,6	3	6,8	6	13,6	7,482	0,270
	Emekli	22	53,7	13	31,7	4	9,8	2	4,9		
	Çalışan (işçi, memur, serbest meslek)	24	66,7	7	19,4	4	11,1	1	2,8		
Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz	Yalnız	9	52,9	4	23,5	3	17,6	1	5,9	5,671	0,438
	Eşi ve çocukları	49	64,5	18	23,7	5	6,6	4	5,3		
	Diğer	17	60,7	4	14,3	3	10,7	4	14,3		

* abcdİstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunması durumunda yapılan ikili karşılaştırmalarda benzer bulunan gruplar aynı sembolle, farklı bulunan gruplar farklı sembollerle ifade edilmiştir.

Sosyo-demografik değişkenlere göre ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin karşılaştırma sonuçları Tablo 4.4.5'te verilmiştir. Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim, meslek ve ailede birlikte yaşadığı kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.4.6 Sosyo-demografik Değişkenlere Göre Dış Kanamalarında İlk Yardım Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

		Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi								İstatistik Analiz (χ^2)	p
		Üst düzeyde biliyor		Yeterli düzeyde biliyor		Temel düzeyde biliyor		Bilgisi yok			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaş grupları	<40	2	25,0 ^{ab}	2	25,0 ^a	2	25,0 ^a	2	25,0 ^a	17,635	0,003
	40-64	18	31,0 ^b	3	5,2 ^a	7	12,1 ^a	30	51,7 ^a		
	>64	6	10,9 ^a	3	5,5 ^a	3	5,5 ^a	43	78,2 ^b		
Cinsiyet	Kadın	15	23,4	6	9,4	5	7,8	38	59,4	2,482	0,498
	Erkek	11	19,3	2	3,5	7	12,3	37	64,9		
Medeni durum	Evli	18	20,5	5	5,7	11	12,5	54	61,4	4,577	0,570
	Bekar	2	20,0	1	10,0	1	10,0	6	60,0		
	Diğer (Ayrılmış, Dul)	6	26,1	2	8,7	0	0,0	15	65,2		
Yaşamakta olduğunuz yer	Şehir	20	27,0	7	9,5	9	12,2	38	51,4	9,800	0,092
	İlçe	4	10,0	1	2,5	3	7,5	32	80,0		
	Köy	2	28,6	0	0,0	0	0,0	5	71,4		
Eğitim düzeyiniz	Okur-yazar değil	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	0	0,0 ^a	2	100,0 ^{ab} _{cd}	40,691	<0,001
	Okur-yazar	3	10,0 ^a	0	0,0 ^a	2	6,7 ^a	25	83,3 ^{cd}		
	İlkokul mezunu	4	11,4 ^a	1	2,9 ^a	2	5,7 ^a	28	80,0 ^{bd}		
	Ortaokul mezunu	2	15,4 ^a	1	7,7 ^a	2	15,4 ^a	8	61,5 ^{abcd}		
	Meslek/lise mezunu	9	45,0 ^a	2	10,0 ^a	2	10,0 ^a	7	35,0 ^a		
	Önlisans mezunu	3	60,0 ^a	1	20,0 ^a	0	0,0 ^a	1	20,0 ^{abcd}		
	Lisans	3	25,0 ^a	3	25,0 ^a	3	25,0 ^a	3	25,0 ^a		
Yüksek lisans	2	50,0 ^a	0	0,0 ^a	1	25,0 ^a	1	25,0 ^{abcd}			
Mesleğiniz	Ev kadını	7	15,9 ^a	2	4,5 ^a	3	6,8 ^a	32	72,7 ^a	14,093	0,020
	Emekli	6	14,6 ^a	2	4,9 ^a	3	7,3 ^a	30	73,2 ^a		
	Çalışan (işçi, memur, serbest meslek)	13	36,1 ^a	4	11,1 ^a	6	16,7 ^a	13	36,1 ^b		
Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz	Yalnız	6	35,3	1	5,9	1	5,9	9	52,9	5,095	0,515
	Eşi ve çocukları	16	21,1	5	6,6	10	13,2	45	59,2		
	Diğer	4	14,3	2	7,1	1	3,6	21	75,0		

* abcd İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunması durumunda yapılan ikili karşılaştırmalarda benzer bulunan gruplar aynı sembole, farklı bulunan gruplar farklı sembollerle ifade edilmiştir.

Sosyo-demografik değişkenlere göre dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyinin karşılaştırma sonuçları Tablo 4.4.6’da verilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer ve ailede birlikte yaşadığı kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken yaş grupları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Yaş grubu “>64” olanların üst düzey bilme oranı diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyi açısından karşılaştırıldığında bilgisi olmayanlar açısından farklılık bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük olanların bilgisiz olma oranı eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Meslek durumuna göre incelendiğinde çalışanların bilgisinin olmama oranı diğer meslek gruplarına göre daha düşüktür.

4.5 Antikoagülan Kullanan Hastalara Ait Klinik Değişkenlerin İlk Yardım Bilgi Düzeyi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Tablo 4.5.1 Kronik Hastalık Durumu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Kronik Hastalık Durumu	
		Var	Yok
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Kategori	Var	Yok
	Üst düzeyde biliyor	51	17
	Yeterli düzeyde biliyor	28	7
	Temel düzeyde biliyor	11	4
	Bilgisi yok	2	0
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Kategori	Var	Yok
	Üst düzeyde biliyor	33	15
	Yeterli düzeyde biliyor	37	4
	Temel düzeyde biliyor	15	7
	Bilgisi yok	7	2
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Kategori	Var	Yok
	Üst düzeyde biliyor	31	12
	Yeterli düzeyde biliyor	21	9
	Temel düzeyde biliyor	33	6
	Bilgisi yok	7	1
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Kategori	Var	Yok
	Üst düzeyde biliyor	58	16
	Yeterli düzeyde biliyor	21	5
	Temel düzeyde biliyor	7	4
	Bilgisi yok	6	3
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Kategori	Var	Yok
	Üst düzeyde biliyor	16	10
	Yeterli düzeyde biliyor	7	1
	Temel düzeyde biliyor	10	2
	Bilgisi yok	59	15

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; kronik hastalık durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 0.772, p=0.895), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 7.287, p=0.052), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.991, p=0.410), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.217, p=0.520) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 3.996, p=0.256) ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.5.2 Sürekli Kullanılan İlaç Durumu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Sürekli İlaç Kullanım Durumu	
		Evet	Hayır
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	56	12
	Yeterli düzeyde biliyor	32	4
	Temel düzeyde biliyor	13	2
	Bilgisi yok	2	0
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	37	11
	Yeterli düzeyde biliyor	40	1
	Temel düzeyde biliyor	18	5
	Bilgisi yok	8	1
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	34	9
	Yeterli düzeyde biliyor	25	5
	Temel düzeyde biliyor	37	3
	Bilgisi yok	7	1
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	65	10
	Yeterli düzeyde biliyor	23	3
	Temel düzeyde biliyor	8	3
	Bilgisi yok	7	2
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	19	7
	Yeterli düzeyde biliyor	8	0
	Temel düzeyde biliyor	10	2
	Bilgisi yok	66	9

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; sürekli kullanılan ilaç durumları ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 0.966, p=0.867), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 3.157, p=0.350), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.516, p=0.484) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 4.253, p=0.178) ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Gerçekleştirilen Ki-Kare testi, sürekli kullanılan ilaç durumları ile burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir (Fisher's Exact Test = 9.410, p<0.05).

Tablo 4.5.3 Kullanılan Pıhtı Önler İlacın Türü ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Kullanılan pıhtı önler ilacın türü	
		Coumadin	Orfarin
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	66	2
	Yeterli düzeyde biliyor	34	2
	Temel düzeyde biliyor	15	0
	Bilgisi yok	1	1
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	46	2
	Yeterli düzeyde biliyor	40	1
	Temel düzeyde biliyor	22	1
	Bilgisi yok	8	1
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	40	3
	Yeterli düzeyde biliyor	29	1
	Temel düzeyde biliyor	40	0
	Bilgisi yok	7	1
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	73	2
	Yeterli düzeyde biliyor	25	1
	Temel düzeyde biliyor	10	1
	Bilgisi yok	8	1
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	23	3
	Yeterli düzeyde biliyor	8	0
	Temel düzeyde biliyor	12	0
	Bilgisi yok	73	2

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; kullanılan pıhtı önler ilacın türü ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 6.239, p=0.086), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.117, p = 0.511), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 4.450, p=0.133), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 3.449, p=0.218) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 3.460, p=0.290) ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.5.4 Pıhtı Önler İlacı Kullanma Süreci ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Pıhtı Önler İlacı Kullanma Süresi			
		1 hafta-1 ay	1-6 ay	6-12 ay	1 yıldan fazla
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	5	9	20	34
	Yeterli düzeyde biliyor	2	5	11	18
	Temel düzeyde biliyor	1	2	2	10
	Bilgisi yok	0	0	0	2
	Kategori	1 hafta-1 ay	1-6 ay	6-12 ay	1 yıldan fazla
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	4	7	13	24
	Yeterli düzeyde biliyor	2	5	12	22
	Temel düzeyde biliyor	0	4	6	11
	Bilgisi yok	0	0	2	7
	Kategori	1 hafta-1 ay	1-6 ay	6-12 ay	1 yıldan fazla
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	1	7	15	20
	Yeterli düzeyde biliyor	5	4	8	13
	Temel düzeyde biliyor	2	5	7	26
	Bilgisi yok	0	0	3	5
	Kategori	1 hafta-1 ay	1-6 ay	6-12 ay	1 yıldan fazla
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	5	9	19	42
	Yeterli düzeyde biliyor	1	2	10	13
	Temel düzeyde biliyor	2	4	3	2
	Bilgisi yok	0	1	1	7
	Kategori	1 hafta-1 ay	1-6 ay	6-12 ay	1 yıldan fazla
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	1	3	9	13
	Yeterli düzeyde biliyor	3	1	2	2
	Temel düzeyde biliyor	0	1	3	8
	Bilgisi yok	4	11	19	41
	Kategori	1 hafta-1 ay	1-6 ay	6-12 ay	1 yıldan fazla

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; pıhtı önler ilacı kullanma süreleri ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 4.078, p=0.945), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 3.406, p=0.963), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 4.450, p=0.133), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 12.531, p=0.121) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 9.733, p=0.297) ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.5.5 Başka İlaç Kullanma ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Başka İlaç Kullanma	
		Evet	Hayır
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	55	13
	Yeterli düzeyde biliyor	31	5
	Temel düzeyde biliyor	13	2
	Bilgisi yok	2	0
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	36	12
	Yeterli düzeyde biliyor	39	2
	Temel düzeyde biliyor	17	6
	Bilgisi yok	9	0
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	32	11
	Yeterli düzeyde biliyor	24	6
	Temel düzeyde biliyor	37	3
	Bilgisi yok	8	0
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	64	11
	Yeterli düzeyde biliyor	21	5
	Temel düzeyde biliyor	9	2
	Bilgisi yok	7	2
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	18	8
	Yeterli düzeyde biliyor	7	1
	Temel düzeyde biliyor	10	2
	Bilgisi yok	66	9

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; başka ilaç kullanma durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 0.715, p=0.846), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 6.199, p = 0.087), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 1.080, p = 0.801) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 4.746, p = 0.152) ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Gerçekleştirilen Ki-Kare testi, başka ilaç kullanma durumu ile burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişkinin istatistiki olarak anlamlı olduğunu göstermektedir [Fisher's Exact Test = 9.746, p <.05].

Tablo 4.5.6 Pıhtı Önler İlaç Etkisini Arttıran İlaç Kullanma Durumu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Pıhtı Önler İlaç Etkisini Arttıran İlaç Kullanma Durumu	
		Evet	Hayır
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	16	52
	Yeterli düzeyde biliyor	16	20
	Temel düzeyde biliyor	7	7
	Bilgisi yok	0	2
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	8	39
	Yeterli düzeyde biliyor	16	25
	Temel düzeyde biliyor	9	14
	Bilgisi yok	6	3
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	5	37
	Yeterli düzeyde biliyor	8	22
	Temel düzeyde biliyor	20	20
	Bilgisi yok	6	2
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	26	48
	Yeterli düzeyde biliyor	4	22
	Temel düzeyde biliyor	5	6
	Bilgisi yok	4	5
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	2	23
	Yeterli düzeyde biliyor	2	6
	Temel düzeyde biliyor	3	9
	Bilgisi yok	32	43

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucu; pıhtı önler ilaç etkisini arttıran ilaç kullanma durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 7.362, $p < 0.05$), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 11.215, $p < 0.05$), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 20.708, $p < 0.05$) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 11.492, $p < 0.05$) ilk yardım bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Gerçekleştirilen Ki-Kare testi, pıhtı önler ilaç etkisini arttıran ilaç kullanma durumu ile ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi arasında ilişki olmadığını göstermektedir [Fisher's Exact Test = 5.45, $p = 0.134$].

Tablo 4.5.7 Tedaviye Ek Kullanılan İlaç Sayısı ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Tedaviye Ek Kullanılan İlaç Sayısı			
		İlaç kullanmıyor	1-2 ilaç	3-4 ilaç	5 ve daha fazla ilaç
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	14	19	25	10
	Yeterli düzeyde biliyor	6	8	17	5
	Temel düzeyde biliyor	1	6	1	6
	Bilgisi yok	0	2	0	0
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	12	11	20	4
	Yeterli düzeyde biliyor	1	14	16	10
	Temel düzeyde biliyor	7	5	6	5
	Bilgisi yok	1	5	1	2
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	9	13	16	4
	Yeterli düzeyde biliyor	7	9	11	3
	Temel düzeyde biliyor	4	9	15	12
	Bilgisi yok	1	4	1	1
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	12	18	29	15
	Yeterli düzeyde biliyor	4	8	11	3
	Temel düzeyde biliyor	3	4	3	1
	Bilgisi yok	2	5	0	2
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	7	6	9	3
	Yeterli düzeyde biliyor	1	5	1	1
	Temel düzeyde biliyor	2	0	10	0
	Bilgisi yok	11	24	23	17

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucu; tedaviye ek kullanılan ilaç sayısı ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 15.228, $p < 0.05$), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 20.902, $p < 0.05$), ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 19.910, $p < 0.05$) ilk yardım bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; tedaviye ek kullanılan ilaç sayısı ile kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 11.513, $p = 0.214$) ve ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 10.173, $p = 0.301$) ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.5.8 Varfarinin Bazı İlaçlarla Etkileşime Girmesini Bilme Durumu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Varfarinin Bazı İlaçlarla Etkileşime Girmesini Bilme Durumu	
		Evet	Hayır
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	13	55
	Yeterli düzeyde biliyor	3	33
	Temel düzeyde biliyor	1	14
	Bilgisi yok	0	2
	Kategori	Evet	Hayır
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	7	41
	Yeterli düzeyde biliyor	6	35
	Temel düzeyde biliyor	2	21
	Bilgisi yok	2	7
	Kategori	Evet	Hayır
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	7	36
	Yeterli düzeyde biliyor	6	24
	Temel düzeyde biliyor	4	36
	Bilgisi yok	0	8
	Kategori	Evet	Hayır
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	10	65
	Yeterli düzeyde biliyor	2	24
	Temel düzeyde biliyor	2	9
	Bilgisi yok	3	6
	Kategori	Evet	Hayır
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	10	65
	Yeterli düzeyde biliyor	2	24
	Temel düzeyde biliyor	2	9
	Bilgisi yok	3	6
	Kategori	Evet	Hayır

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; varfarinin bazı ilaçlarla etkileşime girmesini bilme durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.792, p = 0.459), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.372, p = 0.478), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 1.295, p = 0.802) ve ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 3.812, p = 0.225) ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Gerçekleştirilen Ki-Kare testi, varfarinin bazı ilaçlarla etkileşime girmesini bilme durumu ile dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir, [Fisher's Exact Test = 8.616, p<0.023].

Tablo 4.5.9 Düzenli INR Testi Yaptırma Durumu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Düzenli INR Testi Yaptırma Durumu	
		Evet	Hayır
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	64	4
	Yeterli düzeyde biliyor	33	3
	Temel düzeyde biliyor	13	2
	Bilgisi yok	1	1
	Kategori	Evet	Hayır
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	44	4
	Yeterli düzeyde biliyor	40	1
	Temel düzeyde biliyor	21	2
	Bilgisi yok	6	3
	Kategori	Evet	Hayır
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	39	4
	Yeterli düzeyde biliyor	28	2
	Temel düzeyde biliyor	38	2
	Bilgisi yok	6	2
	Kategori	Evet	Hayır
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	69	6
	Yeterli düzeyde biliyor	24	2
	Temel düzeyde biliyor	11	0
	Bilgisi yok	7	2
	Kategori	Evet	Hayır
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	23	3
	Yeterli düzeyde biliyor	8	0
	Temel düzeyde biliyor	12	0
	Bilgisi yok	68	7
	Kategori	Evet	Hayır

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; düzenli INR testi yaptırma durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 5.098, $p = 0.122$), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 3.453, $p = 0.315$), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.817, $p = 0.350$) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 1.279, $p = 0.755$) ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Gerçekleştirilen Ki-Kare testi, düzenli INR testi yaptırma durumu ile burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir, [Fisher's Exact Test = 7.333, $p < 0.05$].

Tablo 4.5.10 En Son INR Sonucu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	En son INR Sonucu			
		Kategori	2.0 ve altı	2.1 – 3.0
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	10	41	17
	Yeterli düzeyde biliyor	6	19	11
	Temel düzeyde biliyor	1	9	5
	Bilgisi yok	0	0	2
	Kategori	2.0 ve altı	2.1 – 3.0	3.1 – 4.0
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	6	27	15
	Yeterli düzeyde biliyor	5	23	13
	Temel düzeyde biliyor	5	14	4
	Bilgisi yok	1	5	3
	Kategori	2.0 ve altı	2.1 – 3.0	3.1 – 4.0
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	3	26	14
	Yeterli düzeyde biliyor	5	18	7
	Temel düzeyde biliyor	7	22	11
	Bilgisi yok	2	3	3
	Kategori	2.0 ve altı	2.1 – 3.0	3.1 – 4.0
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	11	42	22
	Yeterli düzeyde biliyor	3	13	10
	Temel düzeyde biliyor	2	9	0
	Bilgisi yok	1	5	3
	Kategori	2.0 ve altı	2.1 – 3.0	3.1 – 4.0
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	1	16	9
	Yeterli düzeyde biliyor	1	5	2
	Temel düzeyde biliyor	0	7	5
	Bilgisi yok	15	41	19
	Kategori	2.0 ve altı	2.1 – 3.0	3.1 – 4.0

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; en son INR durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 5.161, p = 0.507), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.780, p = 0.856), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 4.773, p = 0.570), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 6.693, p = 0.319) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 6.724, p = 0.314) ilk yardım bilgi düzeyi arasında ilişkinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.5.11 INR Sonucunun Terapötik Aralıkta Olma Durumu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	INR Sonucunun Terapötik Aralıkta Olma Durumu	
		Evet	Hayır
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	38	30
	Yeterli düzeyde biliyor	20	16
	Temel düzeyde biliyor	12	3
	Bilgisi yok	0	2
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	25	23
	Yeterli düzeyde biliyor	26	15
	Temel düzeyde biliyor	14	9
	Bilgisi yok	5	4
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	24	19
	Yeterli düzeyde biliyor	19	11
	Temel düzeyde biliyor	24	16
	Bilgisi yok	3	5
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	40	35
	Yeterli düzeyde biliyor	16	10
	Temel düzeyde biliyor	9	2
	Bilgisi yok	5	4
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	15	11
	Yeterli düzeyde biliyor	5	3
	Temel düzeyde biliyor	6	6
	Bilgisi yok	44	31

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; INR sonucunun terapötik aralıkta olma durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 5.506, $p = 0.107$), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 1.344, $p = 0.740$), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 1.876, $p = 0.597$), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 3.339, $p = 0.352$) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 0.505, $p = 0.9.44$) ilk yardım bilgi düzeyi arasında ilişkinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.5.12 Varfarin Kullanımından İtibaren Kanama Yaşama Durumu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Varfarin Kullanımından İtibaren Kanama Yaşama Durumu	
		Evet	Hayır
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	12	56
	Yeterli düzeyde biliyor	11	25
	Temel düzeyde biliyor	4	11
	Bilgisi yok	1	1
	Kategori	Evet	Hayır
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	7	41
	Yeterli düzeyde biliyor	10	31
	Temel düzeyde biliyor	6	17
	Bilgisi yok	5	4
	Kategori	Evet	Hayır
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	7	36
	Yeterli düzeyde biliyor	5	25
	Temel düzeyde biliyor	12	28
	Bilgisi yok	4	4
	Kategori	Evet	Hayır
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	20	55
	Yeterli düzeyde biliyor	3	23
	Temel düzeyde biliyor	1	10
	Bilgisi yok	4	5
	Kategori	Evet	Hayır
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	2	24
	Yeterli düzeyde biliyor	2	6
	Temel düzeyde biliyor	2	10
	Bilgisi yok	22	53
	Kategori	Evet	Hayır

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; varfarin kullanımından itibaren kanama yaşama durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 3.775, p = 0.250), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 6.925, p = 0.066), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 5.838, p = 0.107), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 5.643, p = 0.115) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 5.536, p = 0.119) ilk yardım bilgi düzeyi arasında ilişkinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.5.13 Tedavi Boyunca Vücutta Morarma Yaşama Durumu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Tedavi Boyunca Vücutta Morarma Yaşama Durumu	
		Evet	Hayır
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	33	35
	Yeterli düzeyde biliyor	16	20
	Temel düzeyde biliyor	5	10
	Bilgisi yok	2	0
	Kategori	Evet	Hayır
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	26	22
	Yeterli düzeyde biliyor	17	24
	Temel düzeyde biliyor	7	16
	Bilgisi yok	6	3
	Kategori	Evet	Hayır
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	26	22
	Yeterli düzeyde biliyor	17	24
	Temel düzeyde biliyor	7	16
	Bilgisi yok	6	3
	Kategori	Evet	Hayır
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	40	35
	Yeterli düzeyde biliyor	7	19
	Temel düzeyde biliyor	3	8
	Bilgisi yok	6	3
	Kategori	Evet	Hayır
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	14	12
	Yeterli düzeyde biliyor	3	5
	Temel düzeyde biliyor	4	8
	Bilgisi yok	35	40
	Kategori	Evet	Hayır

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; varfarin kullanımından itibaren kanama yaşama durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 3.108, $p = 0.375$), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 5.314, $p = 0.150$), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 1.62, $p = 0.674$) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 1.65, $p = 0.667$) ilk yardım bilgi düzeyi arasında ilişkinin olmadığını göstermektedir. Gerçekleştirilen Ki-Kare testi, tedavi boyunca vücutta morarma yaşama durumu ile ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir, [Fisher's Exact Test = 8.379, $p < 0.05$].

Tablo 4.5.14 Pıhtı Önler İlaç Hakkında Bilgi Alma Durumu ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Pıhtı Önler İlaç Hakkında Bilgi Alma Durumu	
		Evet	Hayır
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	66	2
	Yeterli düzeyde biliyor	35	1
	Temel düzeyde biliyor	14	1
	Bilgisi yok	2	0
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	47	1
	Yeterli düzeyde biliyor	38	3
	Temel düzeyde biliyor	23	0
	Bilgisi yok	9	0
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	42	1
	Yeterli düzeyde biliyor	28	2
	Temel düzeyde biliyor	39	1
	Bilgisi yok	8	0
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	73	2
	Yeterli düzeyde biliyor	24	2
	Temel düzeyde biliyor	11	0
	Bilgisi yok	9	0
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	25	1
	Yeterli düzeyde biliyor	8	0
	Temel düzeyde biliyor	12	0
	Bilgisi yok	72	389

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; pıhtı önler ilaç hakkında bilgi alma durumu ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.272, p = 0.619), burun kanamalarında (Fisher's Exact Test = 2.313, p = 0.576), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 1.54, p = 0.754), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 1.926, p = 0.650) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 0.625, p = 1.000) ilk yardım bilgi düzeyi arasında ilişkinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.5.15 Pıhtı Önler İlacın Yan Etkilerini Bilme Düzeyi ile İlk Yardım Bilgi Düzeyleri Arasındaki Çapraz Tablo

	Kategori	Pıhtı Önler İlacın Yan Etkilerini Bilme Düzeyi			
		Üst düzeyde biliyor	Yeterli düzeyde biliyor	Temel düzeyde biliyor	Bilgisi yok
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	Üst düzeyde biliyor	12	12	23	21
	Yeterli düzeyde biliyor	3	8	11	14
	Temel düzeyde biliyor	2	2	4	7
	Bilgisi yok	0	0	1	1
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	11	14	14	9
	Yeterli düzeyde biliyor	5	6	12	18
	Temel düzeyde biliyor	1	2	11	9
	Bilgisi yok	0	0	2	7
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	9	10	16	8
	Yeterli düzeyde biliyor	3	7	8	12
	Temel düzeyde biliyor	5	5	12	18
	Bilgisi yok	0	0	3	5
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	8	15	29	23
	Yeterli düzeyde biliyor	6	4	6	10
	Temel düzeyde biliyor	2	3	3	3
	Bilgisi yok	1	0	1	7
Dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi (Ki-Kare testi)	Üst düzeyde biliyor	5	7	6	8
	Yeterli düzeyde biliyor	1	2	3	2
	Temel düzeyde biliyor	1	3	3	5
	Bilgisi yok	10	10	27	28

Gerçekleştirilen Ki-Kare testi sonucuna göre; pıhtı önler ilacın yan etkilerini bilme düzeyi ile varis kanamalarında (Fisher's Exact Test = 4.415, $p = 0.925$), kulak kanamalarında (Fisher's Exact Test = 12.514, $p = 0.157$), ağız kanamalarında (Fisher's Exact Test = 11.663, $p = 0.189$) ve dış kanamalarda (Fisher's Exact Test = 1.279, $p = 0.755$) ilk yardım bilgi düzeyi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Gerçekleştirilen Ki-Kare testi, pıhtı önler ilacın yan etkilerini bilme düzeyi ile burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir, [Fisher's Exact Test = 20.6, $p < 0.05$].

4.6 Antikoagülan Kullanan Hastaların Kanama Riskinin Hasta Memnuniyeti ve İlk Yardım Bilgi Düzeyi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Tablo 4.6.1 HAS BLED Kanama Riski Skoru ile DAMÖ Ölçek Puanı, Alt Boyutları ve İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin İlişkisi

	HAS BLED Kanama Riski Skoru	
	r	p
DAMÖ toplam puan	0,001	0,989
DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu	-0,100	0,273
DAMÖ yükler ve zorluklar alt boyutu	0,001	0,987
DAMÖ olumlu etkiler alt boyutu	0,153	0,093
Varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	0,078	0,396
Burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	-0,013	0,891
Kulak kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	0,133	0,147
Ağız kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi	-0,024	0,793
Dış kanamalarda	0,171	0,061

HAS BLED Kanama Riski Skoru ile DAMÖ ölçek puanı, alt boyutları ve ilk yardım bilgi düzeylerinin ilişkisi Tablo 4.6.1’de verilmiştir. Buna göre HAS BLED Kanama Riski Skoru ile diğer değişkenler arasından istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Dünya nüfusunun %8,5 (617 milyon)'ini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır. “An Aging World: 2015” raporuna göre toplam yaşlı nüfusun 2050 yılında 1,6 milyar kişiye ulaşacağı öngörülmektedir (He ve ark., 2016). Yaşlı nüfusun artışıyla birlikte toplum içinde kalp damar hastalıklarının görülme sıklığı da aynı oranda artacaktır (Şahin, 2017). 2015 yılında 40 milyon kişi kronik hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmiştir, bu mortalite %17,7'lik kısmını kalp damar hastalıkları oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusla birlikte görülme sıklığı artan kronik hastalıklar, hastalık yükünde artışa neden olmaktadır (Durna ve ark., 2018).

Kalp damar hastalıklarının tedavisinde eski kuşak olması ve ucuz olması nedeniyle en çok tercih edilen ilaç varfarindir. Varfarin, başlıca düzenli INR monitörizasyonu, ilaç-gıda/ilâç-ilâç etkileşimi ve yan etkileri açısından bir takım kısıtlılık ve zorluklara neden olmaktadır. En önemli yan etkisi ise kanamadır (Çolak ve ark., 2016). Yapılan çalışmalarda varfarin yan etkisine bağlı %6,6 oranında mortalite görülürken bu oran uygunsuz doz nedeniyle meydana gelen kanama sonucu %5,5'i bulmaktadır (Acar ve ark., 2012; Eroğlu ve ark., 2011). İlacın yan etkilerinden hastaları korumak hemşirenin görev ve sorumluluklarındandır. Varfarin tedavisi boyunca hastalara eğitim verilmeli ve destek olunmalıdır (Dağcı ve ark., 2015). Hemşireler tarafından varfarin tedavisi hakkında bilgi verilmesinin INR değerinin terapötik aralıkta tutulmasına katkı sağladığı bildirilmiştir (Dağcı ve ark., 2015; Demirel ve ark., 2018).

Kapsamlı doküman analizi sonucunda, literatürde daha önce oral antikoagülan kullanan hastaların ilk yardım bilgileri ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırıldığı, bu ilacı kullanan hastaların antikoagülan memnuniyetlerinin HAS-BLED kanama riski skoru ve sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği yine DAMÖ puanlarının sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu bölümde kısmi olarak araştırma sonuçlarıyla benzerlik gösteren çalışmalar tartışılacaktır.

5.1 Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılanların %47,9'unu 40-64 yaş, %45,5'ini 65 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Varfarin kullanan hastalarda yapılan çalışmalardaki yaş grupları, bizim çalışmamızdaki yaş grupları ile benzerlik göstermektedir (Alışır ve ark., 2013; Ávila ve ark., 2011; Carvalho ve ark., 2013; Mercan, 2011; Özcan ve ark., 2013; Tang ve ark., 2003; Wang ve ark., 2014; Yahaya ve ark., 2009; Yaka ve ark., 2011; Yıldırım ve ark., 2014).

Araştırmaya katılan kişilerin %52,9'unu kadın, %47,1'ini erkek hastalar oluşturmaktadır, bu sonuç diğer birçok çalışmayla benzerdir (Almeida ve ark., 2011; Alışır ve ark., 2013; Carvalho ve ark., 2013; Dağcı ve ark., 2015; Demirel ve ark., 2018; Mercan ve ark., 2011; Özcan ve ark., 2013; Yaylacı ve ark., 2014). Bu durum kardiyovasküler hastalıkların 55 yaş ve üzeri kadınlarda (Güleç, 2009) daha fazla görüldüğünü dolayısıyla varfarin kullanımının kadınlarda daha fazla olduğunu destekler niteliktedir. Ev hanımı olanlar %36,4, emekli olanlar %33,9'luk kısmı oluşturmaktadır (Ávila ve ark., 2011; Dağcı ve ark., 2015; Dantas ve ark., 2004). Bu oranın yüksek bulunmasının nedeni, çalışmaya katılan kadın hastaların çoğunluğunun ev hanımı olması ve ileri yaş nedeniyle erkek hastaların emeklilik yaşı kapsamında olması şeklinde yorumlanabilir.

Varfarin kullanan hastaların %72,7'lik kısmı evli (Almeida ve ark., 2011; Carvalho ve ark., 2013), %28,9'u ilkokul mezunu (Almeida ve ark., 2011; Carvalho ve ark., 2013; Dağcı ve ark., 2015; Demirel ve ark., 2018; Mayet, 2016) ve %24,8'i ise okur-yazardır. Evlilerin bekarlara oranla daha büyük bir kısmı oluşturması çalışmaya katılan ileri yaş hasta grubunun evlenme yaşının daha düşük olması şeklinde yorumlanabilir. İlkokul mezunu ve okur-yazar sayısının fazla olması araştırma yapılan hastanenin hizmet verdiği hasta popülasyonunun eğitim düzeyinin düşük olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda menapoz oranı %60,9 olarak bulunmuştur. Bu oran, ileri yaş kadınların çalışmaya katılmasıyla ilişkilidir. Çalışmaya katılanların %62,8'i çekirdek aile yapısına sahiptir (Dağcı ve ark., 2015). Şehirde yaşayanların sayısı %61,2'dir. Bu durum şehirde yaşayanlarda çekirdek aile yapısının daha fazla görülmesi şeklinde yorumlanabilir. Sigara kullanmayanlar %59,5 (Dağcı ve ark., 2015; Demirel ve ark., 2018; Mayet, 2016), alkol kullanmayanlar ise

%82,5'lik kısmı oluşturmaktadır (Dağcı ve ark., 2015), bu oranların yüksek olması kadın cinsiyetin çoğunlukta olmasıyla ilişkili olabilir. Sigara kullanan %24'lük kısım 11-19 (%40,6) ve 20-39 (%40,6) adet/gün sigara tüketmektedir.

5.2 Kliniğe Ait Değişkenlerin Dağılımının Tartışılması

Hastaların %76,7'sinin eşlik eden kronik hastalığı vardır (Carvalho ve ark 2013; Dağcı ve ark., 2015; Demirel ve ark., 2018; Mercan ve ark., 2011; Özcan ve ark 2013; Köksal ve ark., 2015; Yıldırım ve ark., 2014). Eşlik eden hastalıklardan en çok HT (%62) (Dağcı ve ark., 2015; Eroğlu ve ark., 2012, Özcan ve ark., 2013; Yıldırım ve ark., 2014), ikinci olarak DM (%32,2) görülmektedir (Dağcı ve ark.,2015; Demirel ve ark., 2018; Özcan ve ark., 2013; Yıldırım ve ark., 2014). HT'un ve 21.yüzyılın salgını olarak adlandırılan DM'ün yüksek oranlarda bulunması toplumumuzda sık karşılaşılmışından ve KVH risk faktörleri arasında yer almasından kaynaklanmaktadır.

Hastaların %52,9'u 1 yıldan fazladır varfarin kullanmaktadır, ilacı kullanma nedeni %47,1 ile AF (Ávila ve ark., 2011; Rose ve ark., 2009; Samsa ve ark., 2004; Yahaya ve ark., 2009; Yaylacı ve ark., 2014), ikinci olarak %33,1 ile inmedir (Acar ve ark., 2012). Yaşla birlikte bu hastalıkların prevalansı artış göstermektedir (Kültürsay, 2013; Varlı ve ark., 2015). AF, son zamanlarda önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır, AF'si olanların AF'si olmayanlara oranla iskemik inme geçirme riski 5-6 kat artış göstermektedir. Hastaların %83,5'i varfarin harici ilaç kullanmaktadır (Almeida ve ark., 2011; Dağcı ve Ören 2015; Korkmaz ve ark., 2015; Mercan ve ark., 2011). Varfarinin etkisini artıran ilaç kullanımı %32,5'tir (Almeida ve ark., 2011; Yıldırım ve ark., 2014). Hastaların %35,8'i tedaviye ek 3-4 ilaç kullanmaktadır (Yıldırım ve ark., 2014). Yaşın ilerlemesiyle kronik hastalıklarda meydana gelen artış birden fazla ilaç kullanımına neden olmaktadır. Varfarinin ilaçlarla etkileşimi sorgulandığında hastaların %85,1'inin bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir (Mercan ve ark., 2011). İlaç etkileşimini bilenler (%14,9) ise en çok asetil salisilik asit içeren ilaçlar (%14,9) cevabını vermiştir. Ourkie ve arkadaşları (2007)'nin yaptığı çalışmada kanama nedenlerinin %42'sini ilaç etkileşimleri oluşturmaktadır. Düzenli INR testi yaptıranların oranı %91,7'dir (Eroğlu ve ark., 2012). INR aralığı 2,1-3,0 olan hastaların oranı %57'dir (Acar ve ark., 2012).

Varfarin kullanımından itibaren kanama yaşamayan kişi oranı %76,9'dur. Kanama yaşayan %23,1'lik kısım en çok diş eti (%33,3), üst gis kanama (%33,3) (Alay ve ark., 2011; Eroğlu ve ark., 2012) ve burun kanaması (%29,6) yaşamıştır (Özcan ve ark., 2013). Acar ve arkadaşları (2012)'nin yaptığı çalışmaya göre en sık hemattüri, hematemez ve melena şeklinde kanamayla sağlık kuruluşuna başvuru yapılmıştır. Alay ve arkadaşları (2011)'nin yaptığı diğer bir çalışmada ise %45'i majör kanama, %55'i minör kanama ile acile başvurmuş ve %3,3'ü ölümlle sonuçlanmıştır. Tedavi boyunca vücudunda morarma şikâyeti yaşayanların oranı %46,3'tür (Yıldırım ve ark., 2014).

Varfarin kullanan hastaların tamamına yakını (%96,7) ilaç hakkında bilgi almıştır. Bilgi alanların %94,2'si bilgiyi hekimden aldığını (Demirel ve ark., 2018; Köksal ve ark., 2015), %29,8'i ise hemşire tarafından bilgilendirme yapıldığını belirtmiştir. Varfarin hemşiresinin olmaması, ilacın genellikle taburculuk sonrası polikliniklerde başlanması ve sürveyansın polikliniklerde yapılması bilginin doktordan alınmasına neden olmaktadır. Araştırmaların büyük çoğunluğu hastaların varfarin hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğunu ve INR kontrolüyle varfarin bilgisi arasında olumlu bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte hastaların yaşadıkları kanama durumlarının antikoagölan kliniği ile azaltılabildiği düşünülmektedir (Çelik, 2015). Çelik (2015), varfarin kullanan hastaların hasta eğitimi ve takibinde klinik eczacının rolünü araştırdığı çalışmasında deneysel yöntem kullanmıştır. İlaç kullanım sürecine eczacının dâhil edildiği çalışmada, ilaç kullanımında verilen eğitimin, yaşam kalitesine katkısı araştırılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre varfarin alma süreci içerisinde eczacıların eğitim vermesi sayesinde hastaların yaşam kalitesi, tedaviden duydukları memnuniyet, bilinç seviyeleri, tedavinin terapötik sonuçları ve komplikasyon olma riskinin düşürülmesinde olumlu etkiye sahip olduğu görülmüştür. Araştırmamızın varfarinin yan etkileri ve yönetimi hakkında hastaları bilgilendirme alt amacı göz önünde bulundurulduğunda, Çelik'in (2015) çalışmasıyla benzer kanıda olunduğu söylenebilir. Bu çalışmada da hemşirelerin varfarin konusunda hastalara bilgilendirmeler yapmaları gerektiği sonucuna varılmıştır. Bajorek ve arkadaşları (2006)'nin yaptığı çalışmada hemşireler, hastaların kanama durumlarında müdahale ile ilgili bilgi düzeyinde yetersiz olduklarını farketmişler ancak yeterli bilgiye sahip olmadıkları için çekimser

kalmışlardır. Diğer bir çalışmada varfarin tedavisiyle ilgili multidisipliner karar alınırken hemşirenin karar alma esnasında ekibe katılmadığı görülmüştür (Ferguson ve ark., 2016). Johnson ve ark (2012)'nin yaptığı çalışmada hemşirelik danışmanlığı ve ilaca uyum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Hastaların varfarin yan etkisini bilme durumu değerlendirildiğinde %35,5'in bilgisinin olmadığı, %32,2'nin ise bilgisinin temel düzeyde olduğu saptanmıştır. Köksal ve arkadaşları (2015)'nin yaptığı çalışmada çalışmaya katılanlar; %72,2 oranında idrar veya dışkıdan kan gelmesi, %75,3'lük kısmı ise durdurulamayan kanama gibi yan etkilerin görülmesi halinde hastaneye başvurulması gerektiği şeklinde cevap vermişlerdir. Bizim çalışmamızda bu oranın düşük bulunmasının nedeni, çalışmaya katılan bireylerin düşük eğitim seviyesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Varfarinin, kanama gibi önemli yan etkisinin yönetimi için yan etkilerinin kavranması ve özümsemesi büyük önem arz etmektedir.

Köksal ve ark (2015)'nin araştırmalarında oral antikoagülan ilaç kullanan hastaların antikoagülan tedavisiyle ilgili neleri bildikleri ve neler yaptıklarını kardiyoloji servisindeki hastalarla yaptıkları çalışmayla ortaya koymuşlardır. Yüz yüze görüşmeyle verilerin toplandığı bu çalışmada, katılanların %52,6'sı kadın, %48,5'i 61 ve üzeri yaş aralığında, %41,2'si ilköğretim mezunu ve %73,2'sinin de evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %43,3'ü 7 yılı aşkın süredir OAK kullanmakta, %85,6'sı her gün OAK kullanmakta ve %48,5'i de ilaçla ilgili bilgi almaktadır. Katılanların %8,5'i hemşirelerden, %78,5'i ise doktorlardan bilgi aldığını söylemişlerdir. Hastaların %63,9'u ise laboratuvar testlerini düzenli olarak yaptırmaktadırlar. Hastaların %52,6'sı kullandığı dozu, %55,7'si ise OAK'ı neden kullandığını bilmemektedir. Yine hastaların %79,4'u OAK'ın diğer ilaçlarla, %71,1'i ise besinlerle etkileşim durumunu bilmediğini söylemiştir. Çalışmamızda tedavi boyunca dikkat edilmesi gereken besinler hakkında bilgi verilen hastalar çalışmaya katılanların %59'unu oluşturmaktadır. Besinlerin etkileri sorgulandığında hastaların, %48,4'ü pıhtı önler ilaç etkisini azaltan besinleri ve %72,1'i pıhtı önler ilaç etkisini artıran besinleri üst düzey biliyor olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda hastaların bilgi düzeylerinin yüksek olmasının nedeni hastaların besin grupları hakkında bilgilendirilmiş olması ile ilişkili olabilir.

Bireylerin DAMÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $88,20 \pm 13,70$ 'tir. Yıldırım ve arkadaşları (2014)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında DAMÖ toplam puanı $85,0 \pm 25,1$ olarak bulunmuştur. Brezilya'da yapılan çalışmada ise DAMÖ toplam puanı $67,1 \pm 18,2$ şeklindedir (Almeida ve ark., 2011). Carvalho ve ark (2013)'nin yaptığı çalışmada DAMÖ 45 (SD = 14, %95 güven aralığı = [42, 48]) olarak bulunmuştur, bu çalışma memnuniyet düzeyi yüksek bir çalışmadır. Çalışmamızda Yıldırım ve ark (2014)'nin çalışmasına benzer olarak DAMÖ toplam puanının yüksek olması antikoagülan memnuniyetinin Brezilya'da yaşayanlara oranla daha düşük olduğunu göstermektedir. Kısıtlılık alt boyutundan elde edilen ortalama puan $35,58 \pm 7,23$ olarak bulunmuştur. Yıldırım ve ark (2014)'nin çalışmasıyla benzerlik ($31,7 \pm 12,3$) göstermektedir. Kanama ve morarma yaşama ihtimali fiziksel aktivitelerde ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa neden olmaktadır. Çalışmamızın yükler ve zorluklar alt boyutu ortalama puanı $28,19 \pm 7,16$ 'dır, bu sonuç Yıldırım ve ark (2014)'nin çalışmasıyla benzerlik ($31,1 \pm 13,2$) göstermektedir. Her iki çalışma sonucuna bakılarak ilaca özgü sorumluluklar yük ve zorluklara neden olmaktadır diyebiliriz. Olumlu etkiler alt boyutunun ortalama puanı ise $24,31 \pm 3,37$ 'dir. Çalışmamızla benzer olarak Almeida ve ark (2011) olumlu etkiler alt boyutu ortalama puanını $22,6 \pm 1,7$, Yıldırım ve ark (2014) ise $22,6 \pm 1,7$ olarak bulmuştur. Çalışmamıza katılan bireyler varfarine bağlı yaşanan deneyimi olumsuz şekilde algılamaktadır. Bunun nedeni ilaca bağlı yan etki yaşama, fiziksel aktivitelerde kısıtlılık ve ilacın beraberinde getirdiği sorumluluklar olduğu düşünülebilir.

5.3 Hastaların Antikoagülan Tedavi Memnuniyeti Puanlarına Etki Eden Değişkenlerin Tartışılması

Mert ve ark (2016)'nin yapmış oldukları çalışmalarında yaşlı hastaların oral antikoagülan kullanım memnuniyetlerini araştırmışlardır. En az 30 gündür oral antikoagülan kullanan 65 yaş ve üzerindeki hastalar üzerinde yapılan çalışmada DAMÖ ölçeği ile yüz yüze etkileşimle veriler toplanmıştır. Bu çalışmada da çalışmamıza benzer olarak Student t-testi, Korelasyon testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Hastaların antikoagülan kullanımına dair memnuniyetlerinin düşük olmadığı, tedaviye karşı tutumlarının olumlu olduğu ve yaşlı olmalarının, tedavi hakkında yeterli eğitim almalarının, kanama yaşama durumlarının ve kontrollere

gitmede zorluk yaşamalarının yaşam kalitesini ve memnuniyetlerini etkilediği açığa çıkmıştır. Çalışmanın nihayetinde de sağlık çalışanlarının kanama sorunu yaşayan, kontrole gitmede zorluk çeken hastaların ihtiyaçlarına ilişkin eğitim ve danışmanlık almaları gerektiği sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra araştırmaya göre yaşlı hastaların INR takiplerinin, ev INR takip cihazıyla izlenebileceğine vurgu yapılmış ve bu sayede kanama sorununun azaltılabileceği vurgulanmıştır. Araştırmamızın sonucunda da 64 yaş üstündeki yaşlı hastaların DAMÖ'nün olumlu etkiler alt grubundan aldıkları puanların diğer yaş grubunda olan hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu noktada araştırmamızın sonuçları, Mert ve ark (2016) yaptığı araştırmayla ve Almeida ve ark (2011)'nin çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Yıldırım ve ark (2014)'nin çalışmasında yaşla birlikte kısıtlılık, yük ve zorluklar da azalma görülmektedir. Yaş ve bilgi düzeyi ters orantılıdır. Olumlu etkiler alt boyutu, ilaç hakkında bilgi ile ilgili problemleri içermektedir, bu problemlerde en çok 65 yaş ve üzerinde görülmektedir.

Medeni duruma göre DAMÖ toplam puan açısından sadece bekar ve ayrılanlar arasında farklılık bulunurken bekarların puanı ayrılanlara göre daha yüksektir. Bekarların kısıtlılıklar alt boyutu ayrılanlar ve diğer gruplara göre daha yüksektir. DAMÖ toplam puan ve alt boyutları yaşanan yere ve eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum yaşanan yere ve eğitim düzeyine göre bütün bireylerin tedaviye ilişkin memnuniyet durumlarının benzer olduğunu göstermektedir. Emeklilerin kısıtlılıklar alt boyut puanı çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur. Naderiravesh ve arkadaşları (2015), çalışanların yoğun iş temposu nedeniyle tedaviye uyumunun daha zor olduğunu, çalışmayan kesimin kendi tedavi ve takibini yönetmek için yeterli zamana sahip olduğunu belirtmektedir.

Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz sorusuna verilen yanıtlara göre ölçek puanları karşılaştırıldığında yükler ve zorluklar alt boyutu açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Eşi ve çocukları ile kalanların yükler ve zorluklar alt boyutu- ölçek puanı diğer cevabını verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılanların büyük bir kısmını kadın cinsiyet ve ev hanımları oluşturmaktadır. Toplumumuzun kültürel özelliklerine bakacak olursak ev işi yapmak, çocuk bakmak (Aktaş, 2013; Özçatal, 2011) ve yetiştirmek, doğurganlık, eşine ve çocuklarına destek olmak ve eşine bakmak

kadının görevi olarak görülmektedir (Aktaş, 2013). Yük ve zorluklar alt boyutu puan ortalamasının eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda yüksek olmasının nedeni bireyin aile içinde rol ve sorumluluklarının fazla olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yıldırım ve arkadaşları (2014)'nın çalışmasında yükler ve zorluklar alt boyutu yalnız yaşayanlarda daha yüksektir. Bunun nedeni, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların destek sistemlerinin olması şeklinde yorumlanmıştır.

DAMÖ toplam puan ve alt boyutları ile kronik hastalık durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Yıldırım ve arkadaşları (2014)'nın çalışmasında kronik hastalıkların varlığı ile yükler ve zorluklar alt boyutu açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamızda DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu; sürekli kullanılan ilaç durumu ve tedaviye ek başka ilaç kullanma açısından istatistiki olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($p < 0.05$). Tedaviye ek ilaçların kullanımı bireylerin, ilaç saatine uyum ve diğer ilaç-besin, ilaç-ilaç etkileşimi, tedaviden kaynaklanan yan etkilerin oluşumuna bağlı sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve kronik hastalıkların profilaksi ve tedavisinin kontrolü için yaşam şeklinde değişikliklere ve kısıtlılıklara neden olabilmektedir. Ancak DAMÖ toplam puan ve diğer alt boyutlar için sürekli kullanılan ilaç durumu, toplam kullanılan ilaç sayısı (Yıldırım ve ark., 2014) ve ilaç etkisini arttıran ilaç kullanma durumu açısından istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). Yapılan çalışmalar, kronik hastalıklar nedeniyle kullanılan ilaç sayısındaki artışın INR sonucunun terapötik aralıkta olmasını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (El Ghousain ve ark., 2014; Hassan ve ark., 2013). Yıldırım ve arkadaşları (2014)'nın çalışmasında tedaviye yeni başlayanların daha uzun süre tedavi görenlere oranla olumlu etkiler puanı daha yüksek bulunmuştur, bizim çalışmamızda pıhtı önler ilaç kullanma süresi ile DAMÖ ve alt boyutları arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Çolak ve diğerleri (2016) çalışmalarında varfarin kullanan bir evde bakım hastasının izlenimini yapmışlardır. 76 yaşındaki kadın bir hastanın katılımıyla gerçekleştirilen çalışmaya göre hasta kolesistektomi operasyonu sonrası serebrovasküler hastalık geçirmiş, sağ ayağında kuvvet kaybı meydana gelmiştir. Kanama riskiyle acil servise kaldırılan hastanın ilk etapta INR'si 6,6 iken varfarinin kesilmesi sonucunda bu değer 2,96'ya düşürülmüştür. Çalışmanın sonucuna göre aile hekimleri tarafından, evde bakım gören hastaların kullandıkları ilaçlar, ilaçların neyle

etkileşime girerek olumsuz sonuçlara neden olacağı noktasında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Örnek olay yönteminin kullanıldığı araştırmanın sonucundan, varfarinin bilinçsiz kullanımının kötü sonuçlara yol açabileceği ortaya çıkmıştır. Araştırmamızın amacı düşünüldüğünde, kalp damar hastalıklarında en sık kullanılan varfarin hakkındaki bilinç düzeyinin ve memnuniyetin ölçülmeye çalışıldığı açıktır. Çolak ve diğerlerinin (2016) araştırmasına benzer olarak araştırmamızda, varfarin kullanımı hakkındaki bilinçsizlik neticesinde kötü sonuçlar doğabileceği ve hastalara mutlaka eğitim verilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır.

Çoban (2017); oral antikoagülan kullanan hastaların antikoagülan tedavisinden memnuniyetlerini araştırdığı çalışmasında sosyodemografik değişkenlere dair bilgiler de toplamıştır. Buna göre araştırmaya katılan hastaların %50'den fazlası erkek, %34'ü ilköğretim mezunu, %50'si çalışan, %80'i evli ve yaş ortalaması 55,97 olarak bulunmuştur. Hastaların DAMÖ'den aldıkları puanlara bakıldığında, tüm alt boyutlarda farklı ortalamaların olduğu görülmüştür. Buna göre kısıtlılıklar alt boyutundan 3,67, yükler ve zorluklar alt boyutundan 3,77 ve olumlu etkiler alt boyutundan da 4,43 ortalama puan elde edilmiştir. Olumlu etkiler boyutu en yüksek, kısıtlılıklar alt boyutu en düşük ortalamaya sahiptir. DAMÖ toplam puan ortalaması ise 3,89'dur. Araştırmacı elde ettiği bu bulgular neticesinde antikoagülan kullanan kalp hastalarının memnuniyetleri noktasında hemşirelerin bilinçlendirilmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Araştırmamızın sonuçlarına göre de hemşirelerin bilinçlendirilmeleri maksadıyla çeşitli eğitimler düzenlenmesinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır.

Uçar (2017) çalışmasında DAMÖ kullanarak veri toplamış ve katılımcıların demografik bilgilerini de elde etmiştir. Buna göre çalışmaya katılım gösteren hastaların yaş ortalaması 59.44, kadın yüzdesi %66.1, %59,9'u ilköğretim mezunu ve %82,8'i de evlidir. DAMÖ kısıtlılıklar alt boyutu ortalaması %25,27, yükler ve zorluklar alt boyutu ortalaması %22,01, olumlu etkiler alt boyutu ortalaması %14,4 ve toplam puan ortalaması %61,71 olarak bulunmuştur. Bunun yanı sıra katılanların INR kontrolüyle antikoagülan memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Araştırmamızda ise INR yaptırma durumuyla DAMÖ arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Uçar'ın (2017) çalışmasına göre eğitim seviyesi, cinsiyet, yaşanan bölge, birlikte yaşanan kişiler, maddi durum, yan etki yaşama durumu,

varfarin kullanma nedeni, varfarinin etkisini artıran ilaç kullanımı ve kullanım süresinin DAMÖ toplam ve alt boyut puanlarına anlamlı düzeyde etkilidir. Araştırmamızda ise sürekli kullanılan ilaç durumu, başka ilaç kullanma durumu, varfarin kullanımından itibaren kanama yaşama, pıhtı önler ilaç hakkında bilgi alma durumu ve pıhtı önler ilacın yan etkilerini bilme düzeyiyle, DAMÖ toplam ve/veya alt boyutları puanları arasında anlamlı fark oluşmuştur. Uçar (2017) bu çalışmada sonuç olarak sağlık çalışanları tarafından multidisipliner antikoagülasyon yönetim takımının oluşturulması ve bu ekibin hastalara eğitim vererek izlem yapmaları gerektiğinden bahsederken hemşirelerin böyle bir çalışmada önder tayin edilmesi gerektiğine vurgu yapmıştır.

5.4 Açık Yaralanmalarda İlk Yardım Bilgi Düzeyinin Tartışılması

Sosyo-demografik değişkenlere göre dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi yaş grubu “>64” olanların üst düzey bilme oranı diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük olanların bilgisiz olma oranı eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşla birlikte öğrenim güçlüğü görülmekte ve eğitim seviyesi düşmektedir, ilk yardımla ilgili yetersiz bilgi ve becerinin bu kesimde görülmesi beklenen bir sonuçtur. Meslek durumuna göre incelendiğinde çalışanların bilgisinin olmama oranı diğer meslek gruplarına göre daha düşüktür. Bunun nedeni dış kanama riskinin diğer gruplara göre daha yüksek olması şeklinde yorumlanabilir.

Şehirde yaşayanların varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin üst düzey olma oranı daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu açısından incelendiğinde okur-yazar olanlar ile meslek/lise mezunu olanlar arasından anlamlı fark bulunurken meslek/lise mezunu olanların varis kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin üst düzey olma oranı daha yüksek bulunmuştur. Şehirde yaşayanların çalışan oranı diğer kesimlere oranla daha fazladır. Bireylerin, meslek hastalıklarından birisi olan ve çoğu kişiyi etkileyen varis hakkında bilgi sahibi olmasının nedeni görülme sıklığı ile alakalı diyebiliriz.

Sosyo-demografik değişkenlere göre burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyi yaş grubu “>64” olanların üst düzey bilme oranı diğer yaş gruplarına göre daha

düşük bulunmuştur. Şehirde yaşayanların burun kanamalarında ilk yardım bilgi düzeyinin üst düzey olma oranı diğer yerlerde yaşayanlara göre daha yüksektir. Kulak ve burun kanamalarında eğitim durumu açısından incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olanlarda üst düzey bilme oranı düşük iken eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Meslek açısından karşılaştırıldığında çalışanların üst düzey bilme oranı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Nayir ve ark (2011)'nin yaptığı çalışmaya göre yaş arttıkça ilk yardım bilgi düzeyi azalmaktadır. Çalışanların bilgi düzeyinin çalışmayanlara oranla daha fazla olmasının nedeni çalışanların kanamalı durumlara maruziyetinin fazla olması şeklinde yorumlanabilir.

Köksal ve ark (2015)'nin çalışmalarında hastaların %67'si INR düzeyini bilmediğini, %87,6'sının ve %72,2'si de idrar veya dışkıdan kan gelmesi durumuyla karşılaştığında ne yapacaklarını bilmedikleri için sağlık çalışanlarına danıştığını söylemişlerdir. Araştırmamızda ise genel olarak şehirde yaşayanların, lise mezunu olanların ve çalışanların kanama durumlarında ilk yardım bilgi düzeyinin üst düzeyde olduğu bulunmuştur.

İnce'nin (2005) yapmış olduğu "Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Kullandıkları İlaça İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi" adlı çalışmasında antikoagülan kullanan hastaların ilaç hakkındaki bilgi seviyelerinin, hastaların demografik özellikleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak 96 hasta katılım göstermiştir. Araştırmada hastaların bilgi düzeylerini ölçer mahiyette yapılandırılmış sorular kullanılmıştır. Araştırmada toplanan verilerin analizi sonucunda, hastaların bilgi düzeyleriyle ilgili puan ortalamalarının yetersiz olduğu görülmüştür. Hastaların yaş, cinsiyet, kilo, meslek grupları, eğitim seviyesi, birlikte yaşadığı kişiler, sigara-alkol kullanması, kalp rahatsızlığı dışında başka bir hastalığının olup olmaması, tedavi hakkında bilgilerin kimden temin edildiği gibi değişkenlerin, bilgi düzeyini az miktarda etkilediği ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte bilgi almayla medeni durum, ilaç kullanım süresi ve bilgi düzeyi arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak oral antikoagülan kullanmakta olan hastaların sık sık takip edilmesinin, kendilerine ve ailelerine konuyla ilgili eğitimler verilmesinin ve kardiyoloji birimlerinde hizmet veren hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarıyla desteklenmesinin çok faydalı

olacağı kanaatine varılmıştır. Araştırmamızda ise hastaların kullandıkları ilaçlar, yan etkileri ve kullandıkları başka ilaçlarla kullanımının doğru olup olmadığına dair bilgilerinin çok yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Örneğin varfarinin diğer ilaçlarla etkileşimi hakkında hastaların %85,1'inin bilgisinin olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte araştırmamızda sosyo-demografik değişkenlerle kanama tiplerinde ilk yardım bilgileri arasında fark testleri yapılmıştır. Test sonuçlarına göre hastaların bilgi düzeyleri genel olarak yaş (64 yaşın altındakilerin lehine), eğitim seviyesi (eğitim seviyesi yüksek olanların lehine), yaşanan yer (şehirde yaşayanların lehine) ve çalışma durumu (çalışanların lehine) değişkenleri noktasında anlamlı farklılık göstermiştir. Bununla birlikte hemşirelere ilaç kullanımı noktasında hastaları bilgilendirmeleri için eğitim verilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

Alay ve ark (2011), antikoagülan tedavisinde kanamayla karşılaşan hastaların durumlarını değerlendirmişlerdir. Retrospektif olarak tasarlanan çalışmaya toplamda 60 hasta (27'si bayan, 33'ü erkek) dâhil edilmiştir. Katılanların demografik bilgilerinin de alındığı çalışmada varfarin kullanım süresi, kullanım dozu, takip sıklığı, birlikte kullanılan ilaçlar, verilen tedavi, kanama lokalizasyonu, kan replasman adedi, kanamanın kontrol altına alınma süresi ve hastanın geldiğindeki aPTT, INR, PT değerleri de kullanılmıştır. Ortalama varfarin kullanma süresi 21,8 ay, ortalama INR takip süresi 37,7 gündür. Varfarin kullanım dozunun ortalaması 5,1 mg/gündür. Kanamaların 27'si majör, 32'si ise minör kanamadır. 2 hasta ise fatal kanama nedeniyle ex olmuştur. İstatistiksel olarak Hg, Htc, INR değerleri ile kanama tipi arasında anlamlı fark vardır. Hastaların %75'i varfarinin etkisini artıran ilaç kullanmaktadırlar. Ex olan hastalar da bu ilaçları kullanan gruptandırlar. Dolayısıyla hastalar varfarin kullanımını konusunda bilinçsizdirler ve kanamalarına müdahale edemediklerinden hastaneye başvurmuşlardır. Araştırmamızda ise INR testi yaptırma durumu, en son INR sonucu ve INR sonucunun terapötik aralıkta olma durumuyla hastaların kanamalardaki ilk yardım bilgileri arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Bu testlerde sadece INR testi yaptırma durumuyla burun kanamasında ilk yardım bilgisi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır.

HAS BLED Kanama Riski Skoru ile DAMÖ ölçek puanı, alt boyutları ve ilk yardım bilgi düzeylerinin ilişkisi araştırıldığında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji klinik/poliklinik ve kardiyoloji klinik/poliklinik'lerinde oral antikoagülan kullanan hastaların antikoagülan memnuniyeti ve açık yaralanmalarda ilk yardım bilgi düzeyinin tespiti amacıyla planlanmış olan çalışmamızdan elde edilen bulguların incelenmesiyle ulaşılan sonuçlar; araştırmaya katılan kişilerin büyük çoğunluğunu 40-64 yaş ve 65 yaş üzeri kişiler, kadın cinsiyet, ev hanımı, emekliler, ilkökul mezunu, şehirde yaşayanlar, evliler ve çekirdek aile yapısına sahip bireyler oluşturmaktadır. Hastaların, mevcut hastalığına eşlik eden kronik hastalıklarından en çok görülen HT ve DM'tür. Hastalar en çok 1 yıldan fazladır varfarin tedavisi görmektedir, varfarin tedavisi görme nedeni sırasıyla AF ve inmedir. Varfarine ek ilaç kullanan hastalar çoğunluktadır, kullanılan ilaç sayısı ortalama 3-4'tür ve varfarin etkisini artıran ilaç kullanımı söz konusudur. İlaç hakkında bilgi en çok hekimden alınmıştır. Hastaların varfarin ilaç etkileşimi ve yan etkisi ile ilgili bilgisi sorgulandığında konuyla ilgili bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Sosyodemografik veriler ve DAMÖ arasındaki ilişki sorgulandığında yaş, meslek ve yaşanan kişiler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur, ancak diğer değişkenlerle anlamlı ilişki bulunamamıştır. DAMÖ alt boyut puanlarıyla sürekli kullanılan ilaç durumları, başka ilaç kullanma durumu, pıhtı önler ilaç hakkında bilgi alma durumu ve pıhtı önler ilacın yan etkilerini bilme düzeyi arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Sosyo-demografik değişkenlere göre dış kanamalarda ilk yardım bilgi düzeyi cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer ve ailede birlikte yaşadığı kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken yaş grupları, meslek ve eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur. HAS BLED Kanama Riski Skoru ile DAMÖ ölçek puanı, alt boyutları ve ilk yardım bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

Oral antikoagülan tromboembolik ve iskemik olayların profilaksi ve tedavisinde büyük önemi olan ilaç grubudur. Yarar sağlamanın yanı sıra ciddi komplikasyonları nedeniyle kullanımı ehemmiyet istemektedir. Varfarin memnuniyeti sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesinde ve tedaviye uyum da önem arz etmektedir. Bu doğrultuda oral antikoagülan klinikleri kurularak hemşire önderliğinde multidisipliner ekip anlayışıyla varfarin eğitimi, takibi ve izlemi yapılmalıdır ya da bu görev ve sorumlulukların aile sağlığı merkezi hemşireleri tarafından yürütülmesinin de büyük yarar sağlayabileceği düşünülmekte ve görev tanımları arasında yer alması

önerilmektedir. Hemşirelerin belirli aralıklarla varfarin ile ilgili eğitim programlarına dahil edilmesi ve hasta eğitiminde etkin rol alması sağlanmalıdır. Eğitim durumu düşük, ileri yaş, yan etki yaşayan ve varfarin etkisini artıran ilaç kullanım öyküsü olan bireyler daha sık izlenmeli ve eğitim programlarına alınmalıdır. İleri yaş hastaların çoğunlukta olması nedeniyle açık yaralanma durumlarında ilk yardım uygulamalarıyla ilgili sözel eğitimin yanında yazılı, görsel ve işitsel eğitim materyalleri ile eğitim desteklenmelidir. Antikoagülan memnuniyeti ve kanama riski açısından daha büyük örneklerde araştırmanın yapılması uygundur.



6. KAYNAKLAR

Abacı A (2011) Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol, 39(4), 1-5.

Acar A, Hasbahçeci M, Başak F ve ark (2012) Warfarin doz aşımına bağlı oluşan kanamalar. Dicle Tıp Dergisi, 39(2), 223-226.

Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H ve ark (2007) Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 15(59), 61-67.

Aktaş G. (2013) Feminist söylemler bağlamında kadın kimliği: Erkek egemen bir toplumda kadın olmak. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 30(1).

Alay M, Demir C, Atmaca M ve ark (2011) Oral antikoagulan tedavi seyrinde kanama komplikasyonu ile gelen hastaların değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi, 18(1), 9-14.

Aladağ İ (2013) Epistaksis (Burun Kanaması). Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 5(4), 180-189.

Alışır MF, Keçebaş M, Beşli F ve ark (2013) Varfarin kullanan hastalarda etkin INR düzeyi oranları ve etiyoloji ile olan ilişkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 33(3), 868-873.

Almeida QG, de ACB Noblat L, Passos LCS et al (2011) Quality of life analysis of patients in chronic use of oral anticoagulant: an observational study. Health and quality of life outcomes, 9(1), 91.

Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A (2016) Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3), 181-189.

Altunbas G, Ercan S, Davutoglu V ve ark (2013) Overview of Warfarin Treatment and Answers to Questions/Varfarin Tedavisine Genel Bakis ve Sorulara Cevaplar. Journal of Academic Emergency Medicine, 12(1), 38.

Aslan IK, Acarel EE, Anaç HU ve ark (2002) İskemik Strok Vakalarında Oral Antikoagulan Kullanım Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. Düşünen Adam;15(3): 187-192.

Aşiret GD, Özdemir L (2012) Antikoagulan ilaçların güvenli kullanımında hemşirenin sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 19(2), 58-68.

Ávila CW, Aliti GB, Feijó MKF et al (2011) Pharmacological adherence to oral anticoagulant and factors that influence the international normalized ratio stability. Revista latino-americana de enfermagem, 19(1), 18-25.

Aydın ŞÖ (2013) Yoğun Bakımda Karşılaşılan Kanama Bozuklukları. XXXIX. Ulusal Hematoloji Kongresi, <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/679/yogun-bakimda-karsilasilan-kanama-bozukluklari-seniz-ongoren-aydin.pdf>.

Bajorek BV, Krass I, Ogle SJ et al (2006) Warfarin use in the elderly: the nurses' perspective. *Australian Journal of Advanced Nursing*.

Başar I, Aydemir EH (1999) Cutaneous adverse effects of cardiovascular drugs. *Cerrahpaşa J Med*; 30 (4): 286-29.

Beyth RJ, Landefeld CS (1995) Anticoagulants in older patients. A safety perspective. *Drugs Aging*; 6(1):45-54.

Biskupiak J, Ghate SR, Jiao T et al (2013) Cost implications of formulary decisions on oral anticoagulants in nonvalvular atrial fibrillation. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 19(9), 789-798.

Bora Başara B, Dirimeşe V, Özkan E ve ark (2006) Hastalık Yükü ve Yaralanmalar. Editör: ÜNÜVER N., MOLLAHALİLOĞLU S., YARDIM N., Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004, 1.Basım, Aydoğdu Ofset, Ankara, s:17-19.

Carvalho ARDS, Ciol MA, Tiu F et al (2013) Oral Anticoagulation: the impact of the therapy in health-related quality of life at six-month follow-up. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(SPE), 105-112.

Cheah GM, Martens KH (2003) Coumadin knowledge deficits: do recently hospitalized patients know how to safely manage the medication?. *Home Healthcare Now*, 21(2), 94-100.

Coumadin® Tablets (Warfarin Sodium Tablets, USP) Crystalline Coumadin® For Injection (Warfarin Sodium for Injection, USP). Approval: 1954. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/009218s108lbl.pdf. Erişim Tarihi: 01.11.19.

Çelik S (2015) Varfarin Kullanan Hastaların Hasta Eğitimi ve Takibinde Klinik Eczacının Rolü. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Çoban Gİ (2017) Oral antikoagülan kullanan kalp hastalarının antikoagülan tedaviden memnuniyet düzeyleri. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. <http://hdl.handle.net/123456789/3687>. Erişim Tarihi:10.01.2020.

Çolak M, Gökdemir Ö, Bulut Ü ve ark (2016) Evde bakım hastasının izlemi: Varfarin kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 89-94.

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

Dağıstan A, Gözüm S (2016) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetimi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6).

Dantas GC, Thompson BV, Manson JA et al (2004) Patients' perspectives on taking warfarin: qualitative study in family practice. *BMC family practice*, 5(1), 15.

Dawson NL, Klipa D, O'Brien AK et al (2011) Oral anticoagulation in the hospital: analysis of patients at risk. *Journal of thrombosis and thrombolysis*, 31(1), 22-26.

Demirel E, Uzun Ş (2018) Varfarin Kullanan Bireylerde Etkin INR (Uluslararası Normalizasyon Oranı) Değerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 9(19), 58-68.

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

Durna Z, Oğuz G (2018) Kronik Hastalıklar ve Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 4(2), 1-10.

Dülek H, Tuzcular Vural Z, Gönenç I (2019) Kardiyovasküler Hastalıklara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Kardiyovasküler Risk Skorlamalarının Karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 46(3), 449-459.

Dülek H, Vural ZT, Gönenç I (2018) Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *e-ISSN: 2148-550X Cilt*, 9(2), 53-58.

Ekim M, Ekim H (2018) Derin ven trombozlu hastaların takibinde biyokimyasal parametrelerin ve beslenmenin önemi Importance of Nutrition and Biochemical Parameters in Patients With Deep Venous Thrombosis. *Bozok Tıp Dergisi*, 8 (1), 38-44.

El Ghousain HE, Thomas M, Varghese SJ et al (2014) Long term oral anticoagulant therapy with warfarin: experience with local patient population in kuwait. *Indian Journal of Hematology and Blood Transfusion*, 30(2), 111-119.

Erdem R, Rahman S, Levent A ve ark (2008) Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (31), 95-110.

Erdinç M, Kelle İ (2017) Antikoagülan İlaçların Etkinliğini Değiştiren Etkileşimler. *Türkiye Klinikleri Pharmacology-Special Topics*, 5(3), 170-178.

Ergör G (2013) Giriş. Editör: ÜNAL B., ERGÖR E., Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Anıl Matbaa, Ankara, s:3-4.

Eroğlu M, Çınar O, Çevik E ve ark (2011) Varfarin tedavisine bağlı komplikasyonlar nedeniyle Acil servisten Yoğun Bakıma yatırılan olguların analizi. *Turk J Emerg Med*, 11, 9-12.

Eroğlu S, Denizbaşı AA, Özpolat Ç ve ark (2012) Varfarin kullanım öyküsü olan hastalarda, INR değerleriyle komplikasyon gelişim risk ilişkisinin ortaya konması. *Marmara Medical Journal*, 25(3), 138-142.

Ferguson C, Inglis SC, Newton PJ et al (2016) Education and practice gaps on atrial fibrillation and anticoagulation: a survey of cardiovascular nurses. BMC medical education, 16(1), 9.

Gögen S (2011) Avrupa Birliği ve Türkiye'nin kalp sağlığı politikaları. Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol 2011;39(3):248-253 doi: 10.5543/tkda.2011.01214.

Güleç S (2009) Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. Türk Kardiyol Dern. Arş, 37, 3-5.

Hassan S, Naboush A, Radbel J et al (2013) Telephone-based anticoagulation management in the homebound setting: a retrospective observational study. International journal of general medicine, 6, 869.

Haznedaroğlu İC (2005) Antikoagülan Tedavi: Genel Bakış. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi; 12 (Ek 2): 4-10.

He W, Goodkind D, Kowal PR (2016) An aging world: 2015. https://www.researchgate.net/profile/Paul_Kowal2/publication/317400495_An_Aging_World/links/5c7fefca458515831f8b0033/An-Aging-World.pdf. Erişim Tarihi:20.12.2019.

Hull RD, Garcia DA, Vazquez SR (2019) Patient education: Warfarin (Coumadin) (Beyond the Basics). <https://www.uptodate.com/contents/warfarin-coumadin-beyond-the-basics/print>. Erişim Tarihi: 20.12.2019.

İnan F, Kurt Z, Kubilay İ (2011) Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı. <http://www.ilkyardim.org.tr/dokumanlar/Saglik-Bakanligi-Ilk-Yardim.pdf>. Erişim Tarihi: 21.12.2019.

İnce H (2005) Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Kullandıkları İlaça İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Afyon.

Jin J (2018) Risk assessment for cardiovascular disease with nontraditional risk factors. Jama, 320(3), 316-316.

Johnson C, Lane H, Barber PA et al (2012) Medication compliance in ischaemic stroke patients. Internal medicine journal, 42(4), e47-e52.

Kara H, Bayır A, Ak A ve ark (2015) Kontrolsüz Warfarin Kullanımına Bağlı Ciltte Kanama: Olgu sunumu. Medical Journal of Bakirkoy, 11(4).

Kepez A, Erdoğan O (2013) Anticoagulation for non-valvular atrial fibrillation: new anticoagulant agents. Anatol J Cardiol, 13, 379-84.

Koldaş ZL (2017) Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir?. Turk Kardiyol Dern Ars, 45(5), 1-4.

Köksal AT, Avşar G (2015) Oral Antikoagülan İlaç Kullanan Hastalar Antikoagülan Tedavi İle İlgili Ne Biliyor ve Ne Yapıyor?: Bir Kardiyoloji Servisindeki Hastaların Değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bil Derg, Cilt:4 Sayı:3. DOI:10.5505/bsbd.2015.61587.

Kültürsay H (2013) Atriyum fibrilasyonu, epidemiyoloji ve inme ile ilişkisi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 41(Supp: 4), 1-6.

Lancaster TR, Singer DE, Sheehan MA et al (1991) The impact of long-term warfarin therapy on quality of life: evidence from a randomized trial. Archives of internal medicine, 151(10), 1944-1949.

Leiria TL, Lopes RD, Williams JB et al (2011) Antithrombotic therapies in patients with prosthetic heart valves: guidelines translated for the clinician. Journal of thrombosis and thrombolysis, 31(4), 514-522.

Mayet AY (2016) Patient adherence to warfarin therapy and its impact on anticoagulation control. Saudi pharmaceutical journal, 24(1), 29-34.

Mercan S, Enç N (2011) Warfarin kullanan bireylerin eğitim gereksinimleri. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2(2), 12-17.

Mert H, Küçükçüçlü Ö, Sezgin D ve ark (2016) Yaşlı Hastaların Oral Antikoagülan Kullanım Memnuniyet Durumlarının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri, 2(1). 43-50.

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

Nayir T, Uskun E, Türkoğlu H ve ark (2011) Isparta il merkezinde görevli öğretmenlerin ilkyardım bilgi düzeyleri ve tutumları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 18(4), 123-127.

Odén A, Fahlén M (2002) Oral anticoagulation and risk of death: a medical record linkage study. Bmj, 325(7372), 1073-1075.

Quirke W, Cahill MR, Perera K et al (2007) Warfarin prevalence, indications for use and haemorrhagic events.

Öngen Z (2017) Yaşlı hastalarda antikoagülan tedavi ve yeni oral antikoagülan ilaçların kullanımı. Turk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 45(5), 86-88.

Önsüz M, Topuzoğlu A, Cöbek U ve ark (2008) İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. Marmara Medical Journal, 21(1), 33-49.

Özcan T, Altıok M, Babalıklı F (2013) Warfarin kullanan hastalara ilaca ilişkin verilen grup eğitiminin bilgi düzeylerine etkisi/The effect of group education about drug usage in the patient's on warfarin therapy. Anadolu Kardiyoloji Dergisi: AKD, 13(3), 292.

Özcanlı D (2006) Antitrombotik Tedavi ve Hemşirelik Fonksiyonları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 10(1), 36-41.

Özçatal EÖ (2011) Ataerkillik, toplumsal cinsiyet ve kadının çalışma yaşamına katılımı. Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi, 1(1), 21-39.

Palareti G, Leali N, Coccheri S, Poggi M, Manotti C, D'Angelo A, Devoto G (1996). Bleeding complications of oral anticoagulant treatment: an inception-cohort, prospective collaborative study (ISCOAT). *The Lancet*, 348(9025), 423-428.

Petitti DB, Strom BL, Melmon KL (1989) Prothrombin time ratio and other factors associated with bleeding in patients treated with warfarin. *Journal of clinical epidemiology*, 42(8), 759-764.

Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu (2015) Antikoagulan Tedavi. <https://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=1875&menu=269&menu=269>. Erişim Tarihi: 18.11.2019.

Rose AJ, Ozonoff A, Berlowitz DR et al (2009) Varfarin doz yönetimi INR kontrolünü etkiler. *Tromboz ve Hemostaz Dergisi*, 7 (1), 94-101.

Rosendaal FR (1996) The Scylla and Charybdis of oral anticoagulant treatment. *N Engl J Med*. 1996 Aug 22;335(8):587-9. DOI:10.1056/NEJM199608223350810

Saatçi E (2016) Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 7(1), 1-4.

Salman E, Erdoğan K, Sağlam MF ve ark (2015) Mekanik kalp kapaklı hastalarda antikoagulan kullanımı ve warfarin direnci. *Ankara Medical Journal*, 15(2).

Samancı Tekin Ç, Kara F (2016) Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 3(1), 219-229.

Samsa G, Matchar DB, Dolor RJ et al (2004) A new instrument for measuring anticoagulation-related quality of life: development and preliminary validation. *Health and quality of life outcomes*, 2(1), 22.

Sezer Balcı A, Kolaç N, Şahinkaya D ve ark (2018) Ofis Çalışanlarında Kardiyovasküler Hastalık Riski ve Bilgi Düzeyi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 9(18), 1-6.

Şahin M (2017) Yaşlı hastalarda antitrombositler tedavi-fark var mı?. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 45(5), 89-92.

Şendir M (2014) Antikoagulan Tedavi Uygulanan Nöroşirurji Hastalarında Bakım. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16 (62), 129-135. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/fnjn/issue/9016/112400>.

Şeyh A, Kumar ND, Kelley E et al (2017) The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. *Bulletin of the World Health Organization*; 95:546-546A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198002>.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2015) Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastalıkları-onleme-ve-kontrol-programı.pdf>. Erişim Tarihi: 20.12.2019.

Tang EOY, Lai CS, Lee KK et al (2003) Relationship between patients’ warfarin knowledge and anticoagulation control. *Annals of Pharmacotherapy*, 37(1), 34-39.

THD (Türk Hematoloji Derneği) (2010) Kumadin Kullanım Rehberi. http://www.thd.org.tr/thd_halk/print.asp?sayfa=kkkr. Erişim Tarihi: 20.12.2019.

TÜİK (2019) Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>. Erişim Tarihi:02.11.2019.

TKD (Türk Kardiyoloji Derneği) (2012) Pıhtıöner İlaç (Coumadin) Kullanan Hastalar İçin Kılavuz. http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/Coumadin_kilavuz.pdf. Erişim Tarihi: 17.12.2019.

Tölüce D, Bostanoğlu H (2016) Pıhtı Önerleyici Tedavi: Hemşirelik Yaklaşımları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(4).

Uçar A (2017) Varfarin Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Yönelik Memnuniyet Algıları (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ünal B (2013) Kalp ve Damar Hastalıkları. Editör: ÜNAL B., ERGÖR E., Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013, Anıl Matbaa, Ankara, ss:192.

Varlı M, Aras S (2015) Antiagregan ve Antikoagölan Tedavi. Türkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics, 1(1), 29-39.

Wang Y, Kong MC, Lee LH et al (2014) Knowledge, satisfaction, and concerns regarding warfarin therapy and their association with warfarin adherence and anticoagulation control. Thrombosis research, 133(4), 550-554.

Wigle P, Hein B, Bloomfield HE et al (2013) Updated guidelines on outpatient anticoagulation. American family physician, 87(8).

Wong PYH, Schulman S, Woodworth S et al (2013) Supplemental patient education for patients taking oral anticoagulants: systematic review and meta-analysis. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 11(3), 491-502.

WHO (World Health Organization) (2018) Top 10 causes of death, 2016. https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/. Erişim Tarihi:02.11.2019.

WHO (World Health Organization) (2019) Cardiovascular Diseases. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_2. Erişim Tarihi:10.12.2019.

Yahaya A, Hassali MA, Awaisu A et al (2009) Factors associated with warfarin therapy knowledge and anticoagulation control among patients attending a warfarin clinic in Malaysia. J Clin Diagn Res, 3(4), 1663-1670.

Yaka E, Pekdemir M, Yılmaz S ve ark (2011) Acil servis hastalarında oral antikoagölan tedavi bilgi düzeylerinin araştırılması. Tr J Emerg Med, 11(4), 155-160.

Yaylacı S, Ösken A, Aydın E ve ark (2014) İç hastalıkları polikliniğine başvuran varfarin kullanan hastalar ve etkin INR'ye ulaşma oranları. Kocaeli Tıp Dergisi, 3(3), 18-21.

Yengil E, Çevik C (2013) Burun Kanamasına Birinci Basamakta Yaklaşım Approach to Nazal Bleeding in Primary Care. http://www.smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Burun%20kanamalar%C4%B11473854720.pdf. Erişim Tarihi: 22.12.2019.

Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M (2016) Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(4), 54-66.

Yıldırım JG (2015) Oral Antikoagülan (Vafarin) Tedavisi Alan Hastaların Öz Yönetimine Etkisi (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

Yıldırım JG, Temel AB (2014) Duke antikoagülan memnuniyet ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 22(4), 761-72.

Yıldız H (2015) Kanamalarda İlk Yardım. Editör: YILDIZ H., ÇATAL., E., İlk Yardım, 13. baskı, Lisans Yayıncılık, İstanbul, s:84-95.

7. SİMGELER ve KISALTMALAR

DALY: Disability-Adjusted Life Year, Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

SVH: Serebrovasküler Hastalıklar

DM: Diyabetes Mellitus

HT: Hipertansiyon

AF: Atrial Fibrilasyon

DVT: Derin Ven Trombozu

KDH: Kalp Damar Hastalıkları

OAT: Oral Antikoagülan Tedavi

INR: Uluslararası Düzeltme Oranı

WHO: World Health Organization

aPTT: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı

PT: Protrombin Zamanı

Hg: Hemoglobin

Htc: Hematokrit

8. EKLER

EK 1: Etik Kurul İzni

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI

OTURUM TARİHİ
05 Şubat 2019

OTURUM SAYISI
2019-02

KARAR NO 12: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Büşra ÇAKMAK'ın "Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Antikoagülan Memnuniyeti ve Açık Yaralanmalarda İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti" başlıklı araştırma kapsamında uygulanacak anket sorularının değerlendirilmesine geçildi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Büşra ÇAKMAK'ın "Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Antikoagülan Memnuniyeti ve Açık Yaralanmalarda İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti" başlıklı tez çalışması kapsamında uygulayacağı anket sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucaya ait olmak üzere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.



Prof. Dr. Bahattin HAKYEMEZ
Üye

Prof. Dr. Mustafa OĞAN
Üye

Prof. Dr. İlker ERCAN
Üye

Prof. Dr. Berrin TUNCA
Üye

Prof. Dr. Ülgen GÜNAY
Üye

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU
Üye

EK 2: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Büşra ÇAKMAK'ın
Tez Çalışması Hk.

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(Görürle Kampüsü 16059 Nilüfer / Bursa)

İlgi : a) 04/04/2019 tarihli ve 71211201-13317 sayılı yazı.
b) 17/05/2019 tarihli ve 79341859-799-12857 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi **Büşra ÇAKMAK**'ın, Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR'in danışmanlığında yürütülen "Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Antikoagülan Memnuniyeti ve Açık Yaralanmalarında İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti" konulu tez çalışmasını Kurumunuza bağlı Şişli Hamidiye Etfal EAH, Nöroloji Kliniği / Polikliniği ve Kardiyoloji Kliniği / Polikliniği'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Şişli Hamidiye Etfal EAH'nin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş ve Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. Konunun çalışmada adı geçen öğrenciniz, **Büşra ÇAKMAK**'a tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

EKLER:
1- Hastane Görüş Yazısı
(1 Sayfa)

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIYDUR
21.05.2019

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Sevdiğim Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlık Geliştirme Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: sarmusak@sağlik.gov.tr İnternet: www.istanbul-saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK
FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Elektronik imzalı belge için adres: <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5891a79e-5b03-4a79-8c68-096c8d1f1f10 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2 (devamı): Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Büşra ÇAKMAK'ın
Tez Çalışması Hk.

HAMİDİYE ETEFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 04/04/2019 tarihli ve 71211201-13317 sayılı yazı.
b) 17/05/2019 tarihli ve 79341859-799-12857 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi **Büşra ÇAKMAK**'ın, Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR'in danışmanlığında yürütülen "**Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Antikoagülan Memeunitesi ve Açık Yaralanmalarda İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti**" konulu tez çalışması, ilgi b) sayılı yazınızda geçen uygun görüşünüze istinaden, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsağlik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Elektronik elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ca2b45ce-5066-430c-801a-a6a902eaa395 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre görevli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3: Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Ölçek İzni



Büşra Çakmak <busracak161@gmail.com>

duke antikoagülan memnuniyet ölçek izni

Jülide Gülizar YILDIRIM <julidegulizaryildirim@hotmail.com>
Alic: Büşra Çakmak <busracak161@gmail.com>

29 Kasım 2018 09:01

Sayın Büşra Çakmak,

Çalışmamız doğrultusunda gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz. Duke antikoagülan memnuniyet ölçeği (DAMÖ) kullanılarak yürütülecek yeni bir çalışmayı yapmanızdan onur ve sevinç duyuyorum.

Ülkemizde metaanaliz çalışmalarının olmaması ve yaygınlaştırılabilmesi amacıyla bu konuda yürütülecek daha büyük ölçekli çalışmalara ihtiyaç duymaktayız. Bu nedenle; daha büyük bir veri tabanı oluşturmayı hedeflemekteyiz. Bu amaçla sizin ekteki formu doldurduktan sonra her bir sayfasının ıslak imzalı şeklini tarayarak ya da akıllı telefonlar ile fotoğrafını çekerek elektronik posta yolu ile tarafıma iletmenizi rica ederim. İzin formunun tarafıma ulaşması halinde; ölçeğin size her türlü ortamda kolayca kullanabileceğiniz versiyonunu (e-posta, anket gibi) göndereceğim (Ölçek için ön araştırma soruları word ve pdf formatı, DAMÖ ve veri tabanı).

Yurt dışında yürütülen çalışmalarda olduğu gibi, DAMÖ çalışmasının gelecek meta analiz çalışmaları için geniş bir veri tabanı oluşturabileceği düşünüldüğünden sizin herhangi bir dergide yayınlamadığınız ve izninizin olmadığı hiç bir veri kullanılmayacaktır.

Geride bildirimlerinizi ve görüşlerinizi iletebilerseniz sevinirim
Çalışmalarınızda başarılar dilerim
Saygılarımla

Jülide Gülizar YILDIRIM BScN, RA, PhD, Ass. Prof.

Izmir Katip Celebi University
Faculty of Health Sciences
Public Health Nursing Department
Cigli-Izmir/Turkey

WORK PHONE: +90(232) 329 35 35 (4719)
MOBILE PHONE: +9 0505 964 24 98

E-MAIL: julidegulizaryildirim@hotmail.com
jgyildirim@gmail.com

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=418544595&view=pt&asarch=ol&permmsgid=msg-F%3A1618450723313627212&inpl=msg-F%3A1618450...> 1/2

EK 4: Anketler

1. TANIMLAYICI VERİLER

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3.Medeni durumu: 1. Evli 2. Bekâr 3. Diğer (Ayrılmış, Dul)

4.Yaşamakta olduğunuz yer: 1.Şehir 2.İlçe 3.Köy

5. Eğitim düzeyiniz:

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu

5. Meslek/ Lise mezunu 6. Önlisans mezunu 7.Lisans 8.Yüksek Lisans 9.Doktora

6. Mesleğiniz?

1. Ev kadını 2. Emekli 3. Çalışan (işçi, memur, serbet meslek)

7.Kadınlar için gebelik var mı? 1.Evet 2.Hayır 3.Menapoz

8.Cevap "evet" ise doktor bilgisi dahilinde mi? 1.Evet 2.Hayır

9.Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız 2. Eşim ve Çocuklarımla 3. Diğer

10.Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktı...

11. Cevabınız "evet" ise günde ne kadar sigara içiyorsunuz?

1. 1-10 2. 11-19 3. 20-39 4. 40 ve üzeri

12.Alkol kullanma alışkanlığınız var mı?

1.Evet Miktarı (...kadeh/ nadiren.....kadeh/günde.....kadeh/haftada.... kadeh/ay ...kadeh/yıl)
2.Hayır 3.Çok nadir

13. Kronik rahatsızlığınız var mı? 1.Evet 2.Hayır

14.Cevabınız "evet" ise (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1.Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon) 2.Diyabet (Şeker Hastalığı) 3. Böbrek rahatsızlığı
4.Kolesterol 5.Diğer...

15.Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı? 1.Evet 2.Hayır

16. Kullandığınız pıhtı önler ilacın adı nedir?

1. Coumadin 2. Orfarin 3. Diğer...

17. Pıhtı önler ilaç kullanma nedeniniz nedir?

1. Atrial Fibrilasyon (Kalp Ritim Bozukluğu) 2. Kalp Kapak Hastalıkları

3.Pulmoner Emboli (Akciğerde Damar Tıkanıklığı) 4.İnme 5. Derin Ven Trombozu (Vende Pıhtı Oluşması) 6.Diğer...

EK 4 (devamı): Anketler

18. Ne kadar süredir pıhtı önler (Coumadin/ Orfarin) ilaç kullanıyorsunuz?

Bugün başladım 1 hafta-1 ay 1-6 ay 6-12 ay 1 yıldan fazla

19. Hastalığınızın tedavisi için pıhtı önler ilaç dışında kullandığınız başka ilaç var mı?

1.Evet (Cevabınız evetse 20. soruya geçin) 2.Hayır

20. Kullandığınız diğer ilacın/ilaçların adı nedir?

21. Pıhtı önler ilacın hangi ilaçlarla etkileşime girdiğini biliyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

22. Cevabınız "evet" ise ilaç isimleri nelerdir?

Yazınız.....

23. Düzenli olarak kan testi (INR testi) yaptırıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır

24. En son kan testi (INR testi) sonucunuz nedir? Yazınız.....

25. Pıhtı önler ilaç (Coumadin) kullanmaya başladığınızdan beri kanama problemi yaşadınız mı?

1.Evet 2.Hayır

26. Cevabınız "evet" ise ne tür bir kanama yaşadınız?

Yazınız.....

27. Tedavi boyunca vücudunuzun çeşitli yerlerinde morarmalar oluyor mu?

1.Evet 2.Hayır

28. Pıhtı önler ilaç hakkında bilgi verildi mi? 1.Evet 2.Hayır

29. Pıhtı önler ilaç hakkındaki bilgiyi kimden aldınız?

1. Doktor 2. Hemşire 3. Diğer (eczacı vs.)

30. Pıhtı önler ilaç tedavisi sırasında aşağıdakilerden hangisi ya da hangilerinin görülmesi durumunda sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Kusma ile birlikte, tükürükte, idrar veya dışkıda kan görülmesi, siyah renkte dışkılama

Şiddetli veya kendiliğinden dişeti kanamaları oluşması

Olağandışı baş ağrıları

Adet kanamalarında olağan dışı artma görülmesi

Vücudunuzun herhangi bir yerinde çarpma olmaksızın morluklar gelişmesi

Ciltte kaşıntı ve döküntü

*0 Puan Üst Düzeyde Biliyor/ 1 Puan Yeterli Düzeyde Biliyor/ 2 Puan Temel Düzeyde Biliyor/ 3 Puan Bilgisi Yok

EK 4 (devamı): Anketler

31. Pıhtı önler tedaviniz boyunca dikkat etmeniz gereken besinler hakkında size bilgi verildi mi?

1.Evet 2.Hayır

32. Aşağıdaki tabloda uygun yerlere "+" işareti koyunuz.

Aşağıdaki besinler pıhtı-önler ilacın etkisini azaltır	Evet	Hayır
Brokoli, marul, yeşil lahanaya, ıspanak gibi yeşil yapraklı sebzeler,		
Bezelye, karaciğer, yumurtanın sarısı,		
Buğday kepeği ve yulaf gibi tahıllar,		
Kaşar peyniri, soya ve zeytinyağı		

*0 Puan Üst Düzeyde Biliyor/1 Puan Yeterli Düzeyde Biliyor/ 2 Puan Temel Düzeyde Biliyor/ 3 Puan Bilgisi Yok

Aşağıdaki besinler pıhtı-önler ilacın etkisini artırır	Evet	Hayır
Kırmızıbiber, zerdeçal, keten tohumu,		
Atkestanesi, aslankuyruğu		
Papatya, sarımsak		
Yeşil çay, zencefil		

*0 Puan Üst Düzeyde Biliyor/1 Puan Yeterli Düzeyde Biliyor/ 2 Puan Temel Düzeyde Biliyor/ 3 Puan Bilgisi Yok

II. AÇIK YARALANMALARDA İLK YARDIM

Aşağıdaki uygulamaların yanındaki kutucukları uygun şekilde (Evet/ Hayır) işaretleyiniz.

VARİS KANAMALARINDA İLK YARDIM	EVET ₀	HAYIR ₁
Hasta ya da yaralı sırt üstü yatırılır.		
Kanayan bölge (bacak/kol vb) yukarı kaldırılır		
Kanayan bölgeye direkt baskı uygulanır.		
Kanama durmazsa veya fazla miktarda kanama meydana gelmişse en yakın sağlık kuruluşuna ulaşması sağlanır.		

*0 Puan Üst Düzeyde Biliyor/1 Puan Yeterli Düzeyde Biliyor/ 2 Puan Temel Düzeyde Biliyor/ 3 Puan Bilgisi Yok

BURUN KANAMALARI	EVET ₀	HAYIR ₁
Hasta sakinleştirilir ve oturması sağlanır.		
Burun kanamalarında burun yerine ağızdan soluk alıp vermesi söylenir.		
Burun kanamalarında baş ve gövde hafifçe öne doğru eğilerek, burun kanatları iki parmakla 5 dakika boyunca sıkılır.		
Burun kanamalarında üst dudak ile diş etleri arasına rulo hale getirilmiş gazlı bez yerleştirilebilir ve alın bölgesine soğuk uygulama yapılabilir.		
5 dakikadan uzun süren burun kanamalarında doktora haber verilmelidir.		

*0 Puan Üst Düzeyde Biliyor/1 Puan Yeterli Düzeyde Biliyor/ 2 Puan Temel Düzeyde Biliyor/ 3 Puan Bilgisi Yok

EK 4 (devamı): Anketler

KULAK KANAMALARI	EVET ₀	HAYIR ₁
Kulağa herhangi bir delici cisim batmışsa herhangi bir müdahalede bulunulmaz, su ile temas ettirilmez, tıbbi yardım istenir.		
Kulak kanamalarında hasta sakinleştirilir, hareket ettirmeden, sırt üstü ya da kanayan kulak üzerine yan yatırılır.		
Kulak, temiz bir bezle basınç yapılmadan kapatılır, tampon yapılmaz.		
Kulak kanamaları beyin kanamasının habercisi olabilir, hastanın hastaneye nakli sağlanmalıdır.		

*0 Puan Üst Düzeyde Biliyor/1 Puan Yeterli Düzeyde Biliyor/ 2 Puan Temel Düzeyde Biliyor/ 3 Puan Bilgisi Yok

AĞIZ KANAMALARI	EVET ₀	HAYIR ₁
Dudak ve dil yaralanmalarında kanayan bölgeye gazlı bezle direkt basınç uygulanır.		
Kuru bir havluya sarılı buz paketi ile dudak veya dile soğuk uygulama yapılabilir.		
Diş kayıpları sonucu oluşan kanamalarda kanayan yere gazlı bezle tampon yapılarak basınç uygulanması amacıyla gazlı bezin ısırılması sağlanır.		
Ağız içi kanamalarında soğuk suyla gargara yapılabilir.		

*0 Puan Üst Düzeyde Biliyor/1 Puan Yeterli Düzeyde Biliyor/ 2 Puan Temel Düzeyde Biliyor/ 3 Puan Bilgisi Yok

DIŞ KANAMALARDA İLK YARDIM	EVET ₀	HAYIR ₁
Yaraya batan bir cisim varsa çıkartılmaz, hareket etmemesi için sabitlenir.		
Yaraya temiz bir bez ile bası uygulanır, gerekirse sarı bezi ile sarılır.		
Kanama durmazsa ilk konulan tampon yerinden kaldırılmadan ikinci tampon birinci tamponun üzerine konarak baskıya devam edilir.		
Kanamalarda kanayan bölge kalp seviyesinden yukarı kaldırılmalıdır.		
Baş bölgesindeki kanamalarda şakak ve tek taraflı bası uygulamak şartıyla boyun atardamarına bası uygulanır.		
Göğüs duvarı ve koltuk altı kanamalarında köprücük kemiği üzerindeki atardamara bası uygulanır.		
Kolda meydana gelen kanamalar da kolun üst bölümündeki atardamarına bası uygulanır.		
Bacaktaki kanamalarda, kasıktaki atardamara bası uygulanır.		

*0 Puan Üst Düzeyde Biliyor/1 Puan Yeterli Düzeyde Biliyor/ 2 Puan Temel Düzeyde Biliyor/ 3 Puan Bilgisi Yok

EK 4 (devamı): Anketler

III. Antikoagülasyon (Pıhtı önleme) Tedavisine Yönelik Hasta Memnuniyeti

Pıhtı önler tedavinize (warfarin/coumadin) 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; sevahat 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 aldığımızda, morarma veya kanama olasılığı günlük yaşamınızı ne düzeyde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla
-----	--------	-------	---------------	-------------	-----	-----------

EK 4 (devamı): Anketler

B. Pıhtı önler tedavisi için diğer bazı alışkanlıkların da değiştirilmesi anlamına gelmektedir.

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

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla
-----	--------	-------	---------------	-------------	-----	-----------

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

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla
-----	--------	-------	---------------	-------------	-----	-----------

8. Pıhtı önler tedavisi için 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 tedavisi için günlük yaşamınızı ne derece etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla
-----	--------	-------	---------------	-------------	-----	-----------

C. Pıhtı önler tedavisi için 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 diyetle 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 tedavisi için günlük sorumluluklarınızı yapmanızı ne düzeyde zorlaştırmaktadır?

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla
-----	--------	-------	---------------	-------------	-----	-----------

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

Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla
-----	--------	-------	---------------	-------------	-----	-----------

EK 4 (devamı): Anketler

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 ezizetli/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/vük 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
-----	--------	-------	---------------	-------------	-----	-----------

EK 4 (devamı): Anketler

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
-----	--------	-------	---------------	-------------	-----	-----------

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

EK 4 (devamı): Anketler

HAS-BLED KANAMA RİSKİ SKORU

Geçmiş hastalık öykünüzde aşağıdaki sorunlardan birini yaşadınız mı?

HAS-BLED kanama riski skorlamasındaki klinik durumlar	Evet/Hayır		Puan
Hipertansiyonunuz var mı? (160 mmHg sistolik kan basıncına sahip olma)	<input type="checkbox"/> Evet :	<input type="checkbox"/> Hayır :	
Böbrek hastalığınız var mı? (Diyaliz, transplant, serum kreatinin değerinin >200 mmol /L olması)	<input type="checkbox"/> Evet :	<input type="checkbox"/> Hayır :	
Karaciğer hastalığınız var mı? (siroz)	<input type="checkbox"/> Evet :	<input type="checkbox"/> Hayır :	
Daha önce felç (inme) geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet :	<input type="checkbox"/> Hayır :	
INR değerlerinizde düzensizlik oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet :	<input type="checkbox"/> Hayır :	
65 yaş ve üzeri mi ?	<input type="checkbox"/> Evet :	<input type="checkbox"/> Hayır :	
Kanamaya yatkınlık gösteren ilaç kullanımınız var mı? (Aspirin, klopidogrel, NSAID'ler vs) Varsa kullanılan ilaçların isimleri...	<input type="checkbox"/> Evet :	<input type="checkbox"/> Hayır :	
Alkol kullanıyor musunuz? Cevap evetse sıklığı...	<input type="checkbox"/> Evet :	<input type="checkbox"/> Hayır :	
Toplam Puan			

EK 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma yüksek lisans tez çalışması olarak planlanan bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Oral Antikoagülan Kullanan Hastaların Antikoagülan Memnuniyeti ve Açık Yaralanmalarda İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Tespiti"dir. Bu araştırmanın amacı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran oral antikoagülan kullanan hastaların antikoagülan memnuniyeti ve açık yaralanmalarda ilk yardım bilgi düzeylerinin tespit edilmesidir.

Bu araştırmada size hastanede yaptırdığınız laboratuvar testleri dışında herhangi bir dışardan uygulama yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer alma süreniz sadece çalışmanın başında anket uygulanması olup araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısını 15 Mayıs-20 Temmuz tarihleri arasında hastaneye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler oluşturacaktır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk veya rahatsızlık söz konusu değildir; ancak sizin için saptanan bilgi eksikliğiyle ilgili konularda gerekli eğitsel çalışmalar yapılması söz konusu olabilir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilecek ürünlerden daha sonra planlanacak çalışmalarda da faydalanılacaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için no.lu telefondan Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ÇAKMAK'a başvurabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Telefon no:

Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

Görevi:

Tarih:

İmza:

9.TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteğini ve bilgisini esirgemeyen, her konuda bana mentorluk yapan saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR' e tez sürecim boyunca gösterdiği sabır ve ilgi için minnetlerimi sunuyorum. Eğitimim boyunca benden bilgi ve ilgisini esirgemeyen yüksek lisans hocalarıma, tez çalışmamda araştırma istatistikleri konusunda yardımcı olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Güven ÖZKAYA hocama, veri toplama aşamasında bana yardımcı olan Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji kliniği çalışanlarına, çalışmamda benden her türlü desteğini esirgemeyen arkadaşlarım ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10.ÖZGEÇMİŞ

1994 yılında Trabzon'da doğmuştur. Lise eğitimini Bursa Gemlik Umurbey Celal Bayar Sağlık Meslek Lisesi'nde 2011-2012 yılında birincilikle bitirmiştir. Lisans eğitimini Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda 2016 yılında tamamlamıştır. 2017 yılından itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmaya devam etmektedir.

