

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**VARFARİN TEDAVİSİ ALAN İNMELİ HASTALARA VERİLEN
EĞİTİMİN HASTALARIN MEMNUNİYET ALGILARI VE
KAYGI DURUMLARINA ETKİSİ**

FADİME AYNAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Selda ARSLAN

KONYA – 2019

ONAY SAYFASI

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Fadime AYNAL tarafından savunulan bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç. Dr. Güler Balcı Alparıslan İmza: 

Danışman : Dr. Öğr. Ü. Selda Arslan İmza: 

Üye : Dr. Öğr. Ü. Pınar Zorba Bahçeli İmza: 

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hasan Hüseyin DÖNMEZ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Lisans ve Uzmanlık eğitimimde en büyük emeği olan, meslek hayatım boyunca yol gösterici olacak bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen saygıdeğer hocam, Dr. Öğr. Ü. Selda ARSLAN' a

Tez hazırlama sürecimde moral, motivasyon ve bilimsel destek anlamında yardımlarını esirgemeyen hocam Mustafa Kılıç ve arkadaşlarım Aliye DOĞAN, Ayyüce Tuba KULAKSIZ, Gülcihan YEL' e

Berber çalışmaktan mutlu olduğum ve veri toplama sürecinde desteklerini esirgemeyen, nöroloji servisinde çalışan hemşire arkadaşlarıma ve hekimlere,

Destekleriyle buraya kadar gelmemde en büyük payı olan aileme, hayatıma girdiği andan itibaren en büyük destekçim, sevgili eşim Gökhan AYNAL' a

Sonsuz saygı, sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Fadime AYNAL

Konya/2019

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	v
ÖZET.....	vi
SUMMARY	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. İnme.....	4
1.2. Atriyal Fibrilasyon	6
1.3. Antikoagülan Tedavi	7
1.4. Varfarin	7
1.5. Varfarin Etki Mekanizması	7
1.6. Varfarinin Farmakokinetik ve Farmakodinamik Özellikleri.....	7
1.7. Varfarin Besin Etkileşimi	8
1.8. Varfarin İlaç Etkileşimi	9
1.9. Varfarin Yan Etkisi	9
1.10. Varfarin Tedavi Dozu.....	10
1.11. Varfarin Tedavisinde Monitörizasyon.....	11
1.12. Varfarin Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları	12
1.13. Hasta Memnuniyeti	14
1.14. Kaygı	16
2. YÖNTEM.....	18
2.1. Araştırmanın Türü	18
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman, Yer ve Özellikleri.....	18
2.3. Araştırma Evreni	18
2.4. Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçim Yöntemi	29
2.5. Veri Toplama Araçları.....	20
2.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	20
2.5.2. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği	20
2.5.3. Sürekli Kaygı Envanteri.....	21
2.5.4. Uygulama Araçları (Eğitim Materyali).....	21

2.5.5. Varfarin Kullanımına İlişkin Bilgi Formu	21
2.6. Veri Toplama Tekniği (Uygulama)	22
2.7. Araştırmanın Değişkenleri	26
2.8. Verilerin Analizi	26
2.9. Araştırmanın Etik Boyutu	27
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
2.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri	27
3. BULGULAR	28
3.1. Müdahale ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	28
3.2. TTR Oranının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.....	30
3.3. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Dağılımı.....	30
3.4. Müdahale Grubundaki Hastaların Varfarin Kullanım Özellikleri Dağılımı...	31
4. TARTIŞMA	33
4.1.TTR Oranının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımının Tartışılması	33
4.2. Müdahale ve Kontrol Grubunun Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Puanının Tartışılması.....	36
4.3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Sürekli Kaygı Envanteri Puanının Tartışılması.....	40
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
6. KAYNAKLAR	43
7. EKLER.....	49
EK-A Tanıtıcı Özellikler Formu.....	49
EK- B Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği	51
EK-C Sürekli Kaygı Envanteri Formu.....	54
EK-D Varfarin Kullanımına İlişkin Bilgi Formu.....	55
EK-E Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	56
EK-F Ölçek İzni.....	57
EK-G Etik Kurul İzni.....	61
EK-H Kurum İzni.....	62
8. ÖZGEÇMİŞ.....	63

SİMGELER VE KISALTMALAR

AF : Atriyal Fibrilasyon

AHA : American Heart Association

DMAH : Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin

DAMÖ : Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EKG : Elektrokardiyografi

INR :International Normalized Ration (Uluslararası Normalleştirilmiş Oran)

OAK : Oral Antikoagülan

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

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

YOAK : Yeni Nesil Oral Antikoagülan

ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Varfarin Tedavisi Alan İnmeli Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Memnuniyet Algıları ve Kaygı Durumlarına Etkisi

Fadime AYNAL

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA – 2019

Bu araştırma varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin hastaların memnuniyet algıları, kaygı durumlarına etkisinin incelenmesi amacıyla ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımlı olarak yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü 23 müdahale, 23 kontrol grubu olmak üzere 46 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Formu, Duke Antikoagulan Memnuniyet Ölçeği ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Araştırmada müdahale grubuna hastaneden taburcu olmadan önce araştırmacı tarafından eğitim verilmiş bir ay sonra araştırmacı tarafından eğitimler tekrarlanmış, kontrol grubuna ise standart bakım uygulanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için etik kurul izni, kurum izni ve hastalardan onam alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS 24 programı kullanılarak; sayı yüzde olarak özetlenmiş; sürekli değişkenlerin normal dağılım analizi yapılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun verilerinin karşılaştırılmasında kategorik değişkenlerde ki-kare, sürekli değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun grup içi karşılaştırmalarında bağımlı gruplarda t testi yapılmıştır.

Yaş ortalaması müdahale grubunda $62,7 \pm 10,7$ olup, kontrol grubu $67,7 \pm 10,8$ ve sosyodemografik özellikler bakımından benzer dağılıma sahip oldukları saptanmıştır. Çalışmada grupların Duke Antikoagulan Memnuniyet Ölçeği son test puanları karşılaştırıldığında olumlu etkiler alt boyutu ve ölçek toplam puanında müdahale grubunun anlamlı bir şekilde kontrol grubuna göre düşük bir puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Sürekli kaygı envanterinde ise çalışmanın ön test ve son test puan ortalamaları benzer olduğu belirlenmiştir. Hastaların TTR değerine sahip olma durumları değerlendirildiğinde müdahale grubundaki hastaların %69,9'sı kontrol grubundaki hastaların ise %21,7'si %60 ve daha üzerinde TTR oranına sahip olup iki grup arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p < 0,05$).

Varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin hastaların TTR oranını iyileştirdiği, memnuniyet algısını arttırdığı ancak kaygı durumunu etkilemediği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda multidisipliner ekip ile görsel eğitim metaryelinin oluşturularak eğitimin standartizasyonunun sağlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Eğitim; inme; kaygı; memnuniyet; varfarin

SUMMARY

T.C.

REPUBLIC of TURKEY

SELCUK UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Effect of Training Provided to Stroke Patients Treated with Varfarin on Their Perception of Satisfaction and Anxiety State

Fadime AYNAL

Department of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2019

This study was conducted to examine the effect of training provided to stroke patients treated with Varfarin on their perception of satisfaction, anxiety state. It is a quasi-experimental study with a pretest and posttest, and intervention and control groups. The sample size was calculated as 46 people: 23 in the intervention group and 23 in the control group. The study data were collected using an introductory information form, the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale and the State-Trait Anxiety Inventory. The researcher trained the intervention group before they were discharged from the hospital, and the training was repeated by the researcher one month later. The control group was provided with standard care. To conduct the study, permissions were obtained from the ethics committee and the institution, and consent was obtained from the patients. The study data were analyzed using SPSS 24 software. The data analysis used numbers and percentages, and tested for normal distribution of continuous variables. The data of the intervention and control groups were compared using the chi-square test for categorical variables and the independent-samples t-test for continuous variables. Intra-group comparisons of the intervention and control groups were conducted using the dependent-samples t-test.

The mean age of the intervention group was 62.7 ± 10.7 , and the mean age of the control group was 67.7 ± 10.8 . The sociodemographic characteristics of the two groups were similar. The posttest scores of the groups on the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale were compared, and the mean score on the positive subscale and the total scale score of the experimental group were found to be significantly lower than those of the control group. The pretest and posttest mean scores of the experimental and control groups on the State-Trait Anxiety Inventory were similar. The study assessed the patients' TTR value and found that % 69.9 of the patients in the intervention group and % 21.7 of the patients in the control group had a TTR value of % 60 or higher. This difference was statistically significant.

This study found that the training provided to the stroke patients who received Warfarin treatment improved their TTRs, increased their perception of satisfaction and did not affect their anxiety state. These results suggest that privatized anticoagulation clinics should be established, multidisciplinary anticoagulation management teams should be created, and patients should be provided with periodical training and follow-up practices.

Keywords: Anxiety; strokes; satisfaction; training; warfarin

1. GİRİŞ

İnme; beyinde meydana gelen kanama veya beyin damarlarındaki tıkanıklık sonucu beyine giden kan akımının kesilmesi ile beyin fonksiyonlarında meydana gelen ani bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Kumar ve ark 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inmeyi hızlı gelişen serebral işlevlerin fokal veya global bozukluğuna bağlı klinik bulgular olup, bu bulguların 24 saat veya daha uzun sürmesi veya ölümle sonuçlanması olarak açıklamaktadır (DSÖ 2014). İnmenin epidemiyolojisi incelendiğinde; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2015 yılı verilerine göre dünyada kardiyovasküler hastalıklardan 17,7 milyon insan hayatını kaybetmiştir. Bunların 6,7 milyonu ise inmeden dolayıdır. 2020 yılında ise 61 milyon insanın inmeden dolayı hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (WHO 2015). Amerikan Kalp Birliği (AHA) verilerine göre 2015 yılında, inmeye bağlı ölümler dünya genelinde toplam ölümlerin %1,8' ini oluşturmaktadır (AHA 2018). Ülkemizde inme insidansı 177/100.000 ve prevalansı 254/100.000 olarak bildirilmektedir. Her yıl yaklaşık 132.000 yeni inme olgusu görülmekte ve halen 191.000 kişi inme ve komplikasyonları ile yaşamını sürdürmektedir (Arsava 2017).

İnme tipleri iskemik ve kanama olarak ayrılmakta olup tüm inmelerin %80' i iskemik, % 20'si kanama tipidir (AHA 2018). İskemik inmenin alt tipi olan kardiyembolik inmelerin en az yarısı Atriyal Fibrilasyona (AF) bağlı olmaktadır (AHA 2014). AF yaygın ve ciddi bir kardiyak ritim bozukluğu olup, yüksek hızlı atriyal elektriksel aktivite ile karakterize supraventriküler bir aritmidir (Kumar ve ark 2009). AF'li hastalarda ilk ve tekrarlayıcı inmenin önlenmesinde antikoagülan tedavi etkili olmaktadır (Camm ve ark 2010). Oral antikoagülanlardan olan varfarin ise genel kabul gören tedavidir (Uzuner ve ark 2015). Türk popülasyonunda AF' li hastaların %53'ü varfarin tedavisi almaktadır (Ertaş ve ark 2013). K vitamini antagonisti olan varfarin; pıhtılaşma faktörleri II, VII, IX ve X'i azaltarak ve antikoagülan proteinler olan protein C ve S'yi inhibe ederek antikoagülan etki oluşturmaktadır (Türk Hematoloji Derneği 2010). Varfarin tedavisinin inme öyküsü olan hastalarda ikincil korumada inme insidansını %68 oranında azalttığı görülmüştür (Uludüz ve Duman 2014).

Atriyal Fibrilasyonlu hastalarda varfarinin uzun süre kullanılması gerekmektedir (Salman ve ark 2015). Varfarinin terapötik aralığının dar olması sebebiyle doz eksikliğine bağlı emboli veya doz aşımına bağlı kanama gibi sorunlarla karşılaşmamak için hastalar yakından izlenmelidir. İlaç etkinliğini değerlendirmede

DSÖ tarafından kabul gören Uluslararası Normleştirilmiş Oran- International Normalized Ration (INR) değeri kullanılmaktadır. AF'li hastalarda hedef INR değerinin 2-3 arasında olması önerilmektedir (Uzuner ve ark 2015). Varfarin tedavisinde önemli olan zamana karşı hedef INR değerinin ne kadar korunabildiğidir. Bu oran Time in Therapeutic Range (TTR) ile ifade edilmektedir. TTR oranı: Etkin INR düzeyi sayısı/ toplam kontrol sayısı \times 100 ile formülize edilip hastanın kontroller arasında ne kadar süre etkin INR değerinde kaldığını göstermektedir (Cove ve Hylek 2013). TTR oranı %75' in üzerinde olan hastalarda ideal, %60- 75 arası olan hastalarda ise orta dereceli antikoagülasyon kontrolünü ifade etmektedir (Matalqah ve ark 2013). Türkiye' de yapılan çalışmalarda TTR oranının hedeflenen düzeyde olmadığı saptanmıştır (Kılıç ve ark 2017, Ertaş ve ark 2013). Yapılan çalışmalar yüksek TTR oranı ile inme riskinin, hemoraji ve mortalite oranlarının düştüğünü göstermektedir (Wallentin ve ark 2010, Rose ve ark 2011, Vestergaard ve ark 2017).

Varfarin kontrolünü; kişinin metabolizması, kullandığı ilaçlar, beslenme alışkanlıkları ve başka bir hastalığın varlığı gibi birçok faktör etkileyebilmektedir (Türk Hematoloji Derneği 2010). Varfarin ve ilaç etkileşimleri (Elewa ve ark 2014, Köksal ve Avşar 2015), kanama riski (Acar ve ark 2012), diyet ve alkol kullanımına getirilen kısıtlamalar (Wang ve ark 2014), sürekli takip gerektirmesi (Elewa ve ark 2014) hastalarda yaşam tarzı değişikliklerine sebep olmaktadır (Şendir 2008). Hastalarda hastaneye gitmekten kaçınma, hastane randevularına uyumsuzluk, laboratuvarlar arası farklı sonuçlar, sevdiği besinleri besin-ilaç etkileşimi sebebiyle istediği oranda tüketememe, birincil hastalığın yol açtığı fiziksel ve psikososyal sorunlar görülmektedir (Yıldırım ve Temel 2014). Bu durum da hastaların memnuniyetini etkilemekte ve varfarin kullanımına yönelik kaygıya sebep olabilmektedir. (Yıldırım ve ark 2014, Wang ve ark 2014). Varfarin kullanımına yönelik en yaygın endişeler; varfarin ilaç etkileşimleri, varfarin dozunu atlamak ve varfarinin yan etkileridir (Wang ve ark 2014). Yapılan bir kalitatif çalışmada görüşülen kişilerin bir kısmı varfarin kullanmanın günlük yaşamlarını etkilediğini, kliniğe düzenli ziyaretler, diyet ve alkol kullanımına getirilen kısıtlamalar, kanama ve potansiyel ilaç etkileşimleri ile ilgili kaygıları olduğunu ifade etmişlerdir (Dantas ve ark 2004).

Hastaların antikoagülan tedaviye ilişkin memnuniyet algısı belirlenerek, eğitim yoluyla bilgi ve becerileri geliştirilip (Köksal ve Avşar 2015) antikoagülan tedaviye yönelik kaygıları azaltılabilir (Clarkesmith ve ark 2017). Yapılan çalışmalarda hastaların antikoagülan tedaviye ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadıkları (Mercan ve Enç 2011, Cancino ve ark 2014, Köksal ve Avşar 2015, Ching ve ark 2016) tedaviye ilişkin eğitim alanlarda ise bilgi düzeyinin arttığı (Özcan ve ark 2013, Chenot ve ark 2014, Vormfelde ve ark 2014, Köksal ve Avşar 2015, Doğu ve Acaroğlu 2016) ve bilgi düzeyi yüksek olan hastalarda memnuniyet (Bishop ve ark 2015, Mert ve ark 2016) ve TTR oranının (Yıldırım ve Temel 2014, Wang ve ark 2014) arttığı görülmüştür. Bilgi düzeyi ve TTR oranı yüksek olan hastalarda kaygı düzeyinin düştüğü saptanmıştır (Clarkesmith ve ark 2017, Hendriks ve ark 2013). Varfarine ilişkin verilen eğitimler hastaların ilaca uyum ve öz yönetimlerini artırarak (Heneghan ve ark 2012, Johnson ve ark 2012) varfarinin güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlar (Şendir 2008). Varfarin kullanımına yönelik bilgi düzeyi ve öz yönetimin artması; kanama ve emboli gibi komplikasyonları azaltmaktadır (Wallentin ve ark 2010, Rose ve ark 2011, Vestergaard ve ark 2017). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada yeni antikoagülan tedaviye başlayan hastalara taburcu olduktan sonra 3 ay eğitim verilmiş ve bilgi düzeyi, memnuniyet ve hedef INR değerinin arttığı görülmüştür (Moss ve ark 2014). Clartemisht ve ark (2013)' nın yaptığı çalışmada; DVD, eğitim kitapçığı, kendi kendine izleme günlüğü kullanılarak hastalar 1, 2, 6 ve 12. ayda takip edilmiş ve müdahale grubundaki hastaların bilgi düzeyi ve TTR oranının arttığı görülmüştür.

Hastalara eğitim verilmesi gereken konular; ilacın dozu, alınma saatleri, etki mekanizması, laboratuvar kontrolleri ve önemi, yan etkileri, ilacı kullanırken dikkat edilmesi gereken noktalar, varfarinin etkisini azaltan ve arttıran ilaçlar, yüksek, orta ve düşük dozda K vitamini içeren besinlerdir (Türk Hematoloji Derneği 2010, Aşiret ve Özdemir 2012, Türk Kardiyoloji Derneği 2012). Vormfelde ve ark (2014) 'nın yaptığı çalışmada müdahale grubundaki hastalara hemşireler tarafından eğitim verilmiş, eğitimden sonra bilgi düzeylerinin arttığı kanama korkusunun %47' den % 25'e tromboz korkusunun ise %50' den %26' ya düştüğü görülmüş ayrıca INR hedef aralığı %65 iken altı ay sonra % 71 olduğu görülmüştür. Özcan ve ark (2013)' nın yaptığı çalışmada ise hastaların varfarin kullanımına ilişkin bilgi puan ortalamasının eğitim öncesi $4,7 \pm 2,8$ eğitim sonrası ise $8, 1 \pm 1, 2$ olduğu bildirilmiştir.

Varfarin tedavisine başlayan hastalara yeterli eğitimin verilmediği (Mercan ve Enç 2011, Cancino ve ark 2014, Köksal ve Avşar 2015, Ching ve ark 2016) verilen eğitimlerin düzenli aralıklarla tekrar edilmediği (Clarkesmith ve ark 2013) ve hastaların varfarin tedavisine ilişkin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu (Wang ve ark 2014) tespit edilmiştir. Uluslararası literatürde varfarin tedavisi alan hastalara verilen eğitimin memnuniyet algılarına (Clarkesmith ve ark 2013, Hendriks ve ark 2013, Moss ve ark 2014, Bishop ve ark 2015) ve kaygı düzeylerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmış olup (Baumgartner ve ark 2018, Clarkesmith ve ark 2017, Hendriks ve ark 2013) ülkemizde sadece memnuniyet algılarının (Yıldırım ve Temel 2014, Mert ve ark 2016) ve kaygı durumlarının (Türker ve ark 2017, Balcı ve ark 2016) araştırıldığı fakat eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamıştır. Varfarin tedavisi alan hastalara bakım veren hemşireler, hastaların tedaviye yönelik bilgilerini artırarak, ilacın güvenli bir biçimde kullanılmasını ve beklenen terapötik etkinin gerçekleşmesini sağlayacaktır (Şendir 2008). Bu araştırmanın amacı varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin memnuniyet algıları ve kaygı durumlarına etkisinin incelenmesidir.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁:Eğitim alan müdahale grubundaki hastaların Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği puanı kontrol grubuna göre farklıdır.

H₂:Eğitim alan müdahale grubundaki hastaların Sürekli Kaygı Durumu Envanteri puanı kontrol grubuna göre farklıdır.

1. 1. İnme

İnme, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “serebral fonksiyonların bozulması sonucu fokal veya global düzeyde klinik belirtilerin hızla ortaya çıktığı, 24 saat veya daha uzun süren bulgular ile karakterize, ortaya çıkışında vasküler nedenlerin rol oynadığı ve ölüme yol açabilen klinik sendrom” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ 2013). Gelişmiş ülkelerde majör ölüm nedenlerinden biri olan inme; beyin damarlarındaki ani tıkanıklık ya da beyinde meydana gelen kanama sonucu beyin dokusunda hasara neden olan hastalık grubudur. Patojenik mekanizmaları; tromboetik tıkanma, embolik tıkanma ve damar yırtılmasıdır (Kumar ve ark 2009).

İnmenin epidemiyolojisi incelendiğinde; 2015 yılı verilerine göre dünyada kardiyovasküler hastalıklardan 17,7 milyon insan hayatını kaybetmiştir. Bunların 6,7 milyonu ise inmeden dolayıdır. 2020 yılında ise 61milyon insanın inmeden dolayı hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir. Dünyada her yıl 2,5 milyon erkek,3 milyon kadın inme geçirmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde her 3 dakika 1 kişi inmeden dolayı hayatını kaybetmektedir (WHO 2015). 2015 yılında, inmeye bağlı ölümler dünya genelinde toplam ölümlerin %1,8' ini oluşturmaktadır (AHA 2018). Son 40 yılda, düşük ve orta gelirli ülkelerde inme insidansı iki kattan fazla artmış ve yüksek gelirli ülkelerde inme insidansı, % 42 oranında azalmıştır (WHO 2015). Ülkemizde inme insidansı 177/100.000 ve prevalansı 254/100.000 olarak bildirilmektedir. Her yıl yaklaşık 132.000 yeni inme olgusu görülmekte ve halen 191.000 kişi inme ve komplikasyonları ile yaşamı sürdürmektedir (Arsava 2017).

İnme tipleri iskemik ve kanama olarak ayrıldığında; tüm inmelerin % 80' ini iskemiden, % 20'si ise kanamadan kaynaklanmaktadır (AHA 2018). Türkiye' de inme alt tiplerinin dağılımına bakıldığında Türk Çok Merkezli Strok çalışmasında % 29 kanama, %71 iskemi olarak bildirilmiştir (Özdemir ve ark 2000). İnmede nedene yönelik olarak en yaygın kullanılan sistem, TOAST sınıflamasıdır.

TOAST sınıflaması 5 kategoriye sahiptir:

1. Büyük arter ateroskleroza
2. Kardiyembolizm
3. Küçük damar oklüzyonu
4. Bilinen bir başka sebepten kaynaklanan inme
5. Sebebi bilinmeyen inme

Kardiyembolizm tüm iskemik inmeler içinde %20-30'unu oluşturmaktadır. Kardiyak nedenlere bağlı inmelerin, diğer nedenlere bağlı iskemik inmelere göre nüks etme oranı daha fazladır ve klinik tablosu daha ağır seyretmektedir. Kardiyemboli nedenlerinde yaşa bağlı olarak farklılıklar görülür. AF daha ileri yaşlarda sık görülürken, genç yaşlarda kardiyak defektler, çocuklarda ise daha çok konjenital kalp hastalıkları ön plandadır. AF, ventriküler trombus oluşumuna yol

açan hastalıklar, arkus aorta ateromu, akut miyokard infarktı, kalp kapağı hastalıkları gibi pek çok etyoloji kardiyembolik inmeye sebep olmaktadır. Kardiyembolik inmelerin %45'inin sorumlusu olarak AF' dir. (İnce 2018, Kamel ve Healey 2017).

1. 2. Atriyal Fibrilasyon (AF)

İskemik inmenin alt tipi olan kardiyembolik inmelerin en az yarısı AF' ye bağlı olmaktadır (Meschia ve ark 2014). AF yaygın ve ciddi bir kardiyak ritim bozukluğu olup yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde prevalansı %1,5-2 olup ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasındaki verilere göre prevalansı %1,25'tir (Uyarel ve ark 2008, Camm ve ark 2010). AF kaynaklı inmede, hastanede yatış süresidaha uzun olup, ilk 30 günde daha yüksek mortalite, daha az taburculuk ve daha fazla morbidite gözlenir (Baş ve ark 2013). Yaşlanmayla AF sıklığının artışı AF nedenli inme gelişme riskini arttırmaktadır. 50-59 yaş aralığında AF, inme olguların %1,5' undan sorumluyken 80-89 yaşda 15 kat artarak %23,5 inme vakasından sorumludur (Uyarel ve ark 2008).

Atriyal Fibrilasyon organize olmayan, yüksek hızlı atriyal elektriksel aktivite ile karakterize supraventriküler bir aritmidir. Elektrokardiyogramda P dalgaları yerine, hızlı, düzensiz, değişik şekil ve büyüklükte fibrilasyon dalgaları görülür. Atrioventriküler düğümün iletim fonksiyonuna bağlı olarak ventrikül hızı değişici ve düzensizdir (Kumar ve ark 2009). Atriyumlar hızla ve düzensiz attığından, kan atriyumlardan aynı şekilde hızlı akamaz. Bu ise kanın pıhtılaşma olasılığını artırır. Pıhtılaşan kan dolaşıma katılıp beyine ulaşarak inmeye neden olur. AF' de tanı; elektrokardiyogram (EKG) ve ritim holter monitörü ile koyulmaktadır (Durna ve Akın 2013). AF' li hastalarda ilk ve tekrarlatıcı inmenin önlenmesinde antikoagülasyon tedavisinin çok etkili olduğunu; antitrombolitik tedavinin ise çok etkin olmadığı bilinmektedir (İltuş ve Karadakovan 2017).

Komplikasyon gelişmeden önce AF' nin erken tanılanmasında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Her 65 yaş üstü bireyde nabız değerlendirmesi yapılmalı; düzensiz nabız saptanan hastalar ise EKG ile değerlendirilmelidir. Yaşamsal bulguların takibinin hemşireler tarafından yapılıyor olması AF' nin erken tanılanmasında hemşirelerin rolünü ortaya koymaktadır (İltuş ve Karadakovan 2017). Ayrıca AF hakkında bilgi, ilaçların etki mekanizması ve komplikasyonları, hastalıkla

ilişkili tromboembolitik komplikasyonlar ve acil durum belirtileri hakkında hastalara eğitim verilmelidir.

1. 3. Antikoagölan İlaçlar

Yeni nesil oral antikoagölan (YOAK) ilaçların etkinliklerinin hızlı başlaması, besinlerle etkileşime girmemesi, monitörizasyon gerektirmemesi gibi avantajları bulunsa da, kanama veya acil cerrahi durumlarda kullanılmak üzere antidotlarının olmaması, kısa yarı ömürleri nedeniyle bir-iki doz atlandığında etkilerinin kaybolması, izlem metotlarının bulunmaması; obezite, yaşlılık, renal yetersizlik, kanser gibi özel durumlarda doz ayarlaması ve yönetim algoritmalarına sahip olmamalarından dolayı çok fazla tercih edilmemektedir (Altunbaş ve ark 2013, Tekin 2015). Oral antikoagölanlardan olan varfarin tedavisi genel kabul gören tedavidir (Uzuner ve ark 2015). Türk popülasyonunda AF'li hastaların %53'ü varfarin tedavisi almaktadır (Ertaş ve ark 2013).

1. 4. Varfarin

Dünyada en sık kullanılan oral antikoagölan ilaç varfarindir (AHA 2018). Ulusal Travma Bilgi Bankasının verilerine göre varfarin kullanımı tüm yaş gruplarındaki hastalarda 2002' de % 2,3 iken 2006' da % 4,65 yaş ve üzeri hasta grubunda ise 2002' de % 7,3 iken 2006 yılında % 12,8 olduğu belirlenmiştir (Dosset ve ark 2011). AF' li hastalarda varfarinin uzun süre kullanılması gerekmektedir (Salman ve ark 2015). İnme riskinin önlenmesinde varfarinin üstünlüğüne rağmen, düzenli laboratuvar takibi gerektirmesi, terapötik aralığın dar olması, öngörülemez ve değişken olabilen farmakolojik yanıtı, antitrombotik etkisinin geç başlaması, ilaç ve yiyeceklerle etkileşimi, genetik geçişli varfarin direnci gibi sınırlılıkları vardır. Varfarin tedavisi primer korumada inmeyi %59, öncesinde inme öyküsü olan hastalarda ikincil korumada inme insidansını % 68 oranında azalttığı görülmüştür (Uludüz ve Duman 2014).

1. 5. Varfarin Etki Mekanizması

Dikumarol adlı bir doğal antikoagölan maddenin sentetik türevi olan varfarin; Karaciğerde K vitaminine bağlı olarak üretilen pıhtılaşma faktörlerinin (protrombin, faktör VII, faktör IX ve faktör X) sentezlerini inhibe ederek kanın pıhtılaşmasını

geciktirici etki gösterir (Türk Toraks Derneği 2016, Altunbaş ve ark 2013). Varfarin bir yandan prokoagülanların (FII, VII, IX, X) baskılanması ile antikoagülan etki oluşturur, diğer yandan koagülasyonun doğal inhibitörleri olan protein C ve S'nin sentezini önleyerek potansiyel bir trombojenik etki ile biyokimyasal bir paradoksa neden olur. Klinik antikoagülan etkileri doğal pıhtılaşma faktörleri kandan temizleninceye kadar gecikir. Bu nedenle özellikle ilk 24 saat içinde hiperkoagülabilité oluşturarak trombüsün büyümesine neden olabilir. Maksimal antikoagülan etki ilaç verildikten 36-72 saat sonra ortaya çıkar. Varfarinin etki süresi 2-6 gün, yarılanma ömrü 37-40 saattir (Altunbaş ve ark 2013).

1. 6. Varfarinin Farmakokinetik ve Farmakodinamik Özellikleri

İlaç oral yoldan alındıktan sonra mide-barsak kanalından tama yakın oranda absorbe olarak, 2-7 saatte maksimum etkiyeulaşır. Oral antikoagülan ilaçların farmakokinetiğinin hastalar arasında fazla değişkenlik göstermesi nedeni ile ilaca karşı hastaların verdiği yanıtlar büyük değişkenlik gösterebilmektedir. (Türk Toraks Derneği 2016, Mercan ve Enç 2011). Antikoagülan etkisi tedavi kesildikten 4-5 gün sonraya kadar tam olarak ortadan kalkmaz. İlaç karaciğerde ve böbreklerde metabolize olmakta, oluşan ürünler ise idrar ve dışkı yoluyla atılmaktadır (Türk Toraks Derneği 2016).

1. 7. Varfarin Besin Etkileşimi

Yüksek doz K vitamini içerenlergıdalar arasında; lahanası, ıspanak, maydonoz, semizotu, kıvırcık, marul, leblebi, yeşil çay, pazı, brokoli, brüksel lahanası, şalgam, karaciğer, balık yağı, soya, yaban mersini ve sarımsak bulunmaktadır. Kuşkonmaz, karnabahar, bezelye, kahve, avakado, peynir orta dozda K vitamini içermektedir. Kırmızı et, tavuk, süt, ekmek, tereyağı, yumurta, havuç, kereviz, yeşil fasülye, soğan, domates, mısır, patates, biber, yer fıstığı, elma, portakal, çilek, bal kabağı ise düşük doz K vitamini içeren gıdalardandır. K vitamini içeren multivitamin preperatları, yüksek dozda E ve C vitamini, ginko biloba, co-enzim q ve ginseng gibi bitkisel ürünler de varfarinin etkisini değiştirebilmektedir. K vitamininden zengin besinler varfarinin etkinliğini azaltmaktadır (Türk Hematoloji Derneği 2010, Türk Kardiyoloji Derneği 2012).

1. 8. Varfarin- İlaç Etkileşimi

Varfarin etkinliğini arttıranlar: alkol, aspirin, klopidogrel, heparin, direk trombin inhibitörleri, E vitamini; levotiroksin; amiodarone, diltiazem, verapamil, propranolol, propafenon, kinin, allopurinol, kapesitabin, flukanazol, itrakonazol, ketokonazol ve mikonazol Antifungalleri; serotonin geri alım inhibitörü antidepresan ilaçlar (fluksetin, sertralin), Trisiklik antidepresanlar, fenitoin, valproat; simetidin, ranitidin, omeprazol; klofibrat, makrolidler, penisilin g, sefalosporinler, amoksisilin, tetrasiklin, kloramfenikol, florokinolonlar, metronidazol, izoniazid gibi Antibiyotikler; Simvastatin; kortizon, prednizon; asetaminofen, aminosalisilik asit, diklofenak, Piroksikam vb nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, tamoksifen, disülfiram ve daha birçok ilaç varfarin etkisini arttırmaktadır (Hines ve ark 2011, Olson 2015).

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

1. 9. Varfarin Yan Etkisi

Kanama: Varfarin tedavisinin en sık görülen yan etkisi kanamadır (Türk Kardiyoloji Derneği 2012). INR değeri 4' ü aştığı zaman kanama: 1,5' in altına düştüğünde emboli riski artmaktadır. Bu riskler varfarin kullanımının ilk aylarında en yüksek orana sahiptir (Johnson ve Cavallari, 2013). Garcia ve ark (2010)'nın yaptığı çalışmada INR aralığının 5-9 değerleri arasında olduğunda kanama riskinin %0,96, INR değerlerinin 9' un üzerinde olduğu durumlarda ise %9,5 olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Varfarin tedavisi başladıktan sonraki 90 gün içerisinde kanama riski en yüksek düzeydedir (Lip ve Lane 2013). Varfarin kullanımında kanama riskini arttıran başlıca faktörler; yaşlılık, hipertansiyon (Chiong ve Cheung 2013) alkolizm, uzun süre antikoagülan kullanımı, varfarin dışı ilaç kullanımı, aktif malignitesi olan hastalar, anemi, kanama öyküsü olması ve yüksek doz varfarin almaktır (Altunbaş ve ark 2013).

Mor başparmak sendromu: Aterosklerotik hastalarda varfarinle ortaya çıkan ateroembolik olaylara bağlı iskemik ayak, livedo retikularis, gangren, abdominal ağrı veya renal infarktlar oluşmasıdır. Böbrekler, pankreas, dalak ve karaciğer gibi visseral organlar etkilenebilir (Cakebread ve ark 2014).

Cilt nekrozu: Ender rastlanan bir komplikasyondur. Özellikle heparinsiz tedaviye başlanan hastalarda, tedavinin ilk 3-8 günü içinde gelişir ve yüzeysel küçük damarların trombozu neden olur. Protein C veya S eksikliği olanlarda gelişme ihtimali daha yüksektir (Türk Hematoloji Derneği 2010).

Ayrıca, soğuk algınlığı trombositopeni, alopesi, diyare, gastrointestinal sistemde gaz, eozonofili, ciltte sararma, tatta değişim, yorgunluk, osteoporoz, bulantı, kusma, karın krampları, ürtiker, anoreksi, hipersensitive, dermatit, nefropati, agranülositoz, ateş, lökopeni ve hepatit" gibi komplikasyonları da vardır (Şendir 2008, Türk Hematoloji Derneği 2010, Türk Kardiyoloji Derneği 2012).

1. 10. Varfarin Tedavi Dozu

Varfarin pıhtılaşma faktörleri, protein C ve S'yi baskıladığı için standart heparin veya düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile antikoagülasyon tedavisine başlanır. Varfarin, INR en az 2 gün terapötik aralıkta olana kadar heparin ya da DMAH' la birlikte verilmelidir. Varfarin tedavisinin başlangıcında varfarine bağlı deri nekrozu gelişebilir. Varfarinin başlangıç dozu, ortalama 5 mg/gün olmalıdır. Tiroid fonksiyon bozukluğu, karaciğer hastalığı, plazma albumini düşük hastalar, 75 yaş üzeri ve başlangıç INR düzeyi yüksek olan hastalarda başlangıç dozu daha düşük tutulmalıdır. Doz ayarlaması haftalık toplam dozun %5-20 oranında arttırılması ya da azaltılması ile olur. Varfarin ile yükleme dozu gerekmemektedir. Birinci gün 5 mg, ikinci gün 5 mg ve INR ölçümü yapıp, üçüncü gün 5 mg verilir. Varfarin tedavisinin ortalama 4-5. gününde INR 2' ye ulaşmaktadır (Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2015). Haftalık 105 mg üzerinde varfarin kullanımına rağmen istenilen etkin INR düzeyine ulaşılamıyorsa varfarin direncinden bahsedilir. Varfarin direnci tespitinde genetik çalışmalar yapılmalıdır. Hastada etkin INR düzeyine rağmen tromboembolitik komplikasyonlar görülüyorsa varfarin yetersizliği söz konusudur (Türk Kardiyoloji Derneği 2012, Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2015).

1. 11. Varfarin Tedavisinde Monitörizasyon

INR değerinin birimi yoktur. Normal sağlıklı bir insanda INR değeri 1 olarak kabul edilir. Hedef INR değeri AF hastalarında 2-3 arasında tutulmalıdır (Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2015). TTR oranı düşük olan hastalarda hemorajik ve tromboembolik komplikasyon riski olduğu bilinmektedir (Cancino ve ark 2014). Yapılan çalışmalar yüksek TTR oranı ile inme, hemoraji, tromboz ve mortalite oranları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Wallentin ve ark 2010, Rose ve ark 2011, Vestergaard ve ark 2017). INR değerinin hastalığa özgü hedef sınırın altında olması tromboembolitik olaylara sebep olurken hedef sınırın üzerinde olması ise gastrointestinal kanama, intraserebral ve diğer majör kanama olaylarına sebep olmaktadır (Tülüce ve Bostanoğlu 2016). INR stabil ve terapötik olana kadar ilk hafta üç kez, ikinci hafta iki kez, dört hafta haftalık, iki ay iki haftada bir ve stabil olduktan sonra her ay izlenmelidir (Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu 2015).

Antibiyotik kullanımı gerektiren enfeksiyon varlığı, hastaneye yatış, sigara kullanımı, daha önceden antikoagülan kullanımı, karaciğer ve böbrek yetmezliği gibi durumlarda INR değeri kolayca değişebilir (Kocabay 2018). Ayrıca genetik faktörler, yaşlılık (Kepez ve Erdoğan 2013) ve aşırı kiloda INR değerinde dalgalanmalara neden olmaktadır. İlaç uyum eksikliği, hatalı doz, laboratuvar hatasında INR değerini değiştiren diğer faktörlerdendir (Tülüce ve Bostanoğlu 2016). Yaşlı hastaların tedavi uyumsuzluğu, uzak yerlerde ikamet edenlerde INR monitorizasyon zorluğu, tekrarlayan düşmeler, kognitif bozulma, gastrointestinal kanama hikayesi, hipertansiyon, serebral kanama, çoklu ilaç kullanımı ve ilaç etkileşimleri gibi nedenlerden dolayı INR monitörizasyonun sık olması gerekmektedir.

Antikoagülan tedavinin etkinliğini değerlendirmede yalnızca INR değerine bakılması yeterli olmayıp zaman içerisinde etkin düzeyde ne kadar kaldığının da değerlendirilmesi gerekmektedir. TTR oranı (etkin INR düzeyi sayısı/toplam kontrol sayısı x 100) hesaplanarak bu değerlendirme yapılabilmekte, %75'in üzeri en iyi, %60-%75 arası orta dereceli antikoagülan kontrolü ifade etmektedir (Cove ve Hylek 2013, Matalqah ve ark 2013).

1. 12. Varfarin Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları

- Hastalara Fizik muayene ve beden kütle indeksi takibi yapılmalıdır. Yaşamsal bulgulardan kan basıncı yüksekliği kanama ve inmeye yol açabileceğinden hastaların kan basıncının haftalık olarak izlenmesi gerektiği hasta ve ailesine açıklanmalıdır.

- Antikoagülan ilacın doğru dozda kullanılmasının önemi konusunda bilgi verilmelidir. Varfarin; oral yolla, günde tek doz halinde ve mümkünse her gün aynı saatte alınmalıdır. Besinlerle etkileşimi olduğu için yemekle birlikte alınmamalıdır. Aç veya tok alınabilir. Daha çok öğleden sonra saat 16:00 civarında alınması önerilmektedir.

- Alınması gereken doz unutulur ve aynı gün gece saat 24:00'e kadar hatırlanırsa, günlük dozun aynen alınması gerektiği ve normal kullanım şekliyle devam edilmesi önerilir, eğer günlük doz alınmamış ise bir sonraki gün asla iki günlük doz alınmamalı, normal kullanım şekline devam edilmelidir.

- Yanlış doz ilaç alındığında ve/veya iki gün ve daha fazla ilaç alımı unutulduğunda kayıtedilmesi gerektiği ve hekim/hemşireye bildirimini önerilmelidir.

- Hastaya tıbbi kontrolleri ve laboratuvar incelemelerini (aPTT, INR) düzenli takip etmesinin önemi vurgulanır. INR testi için aynı laboratuvar kullanılmalıdır.

- Uzamış burun kanamaları(10 dakikadan uzun), kusma ile birlikte kan görülmesi, tükürük, idrar ve dışkı da kan, siyah renli dışkılama, şiddetli ya da kendiliğinden diş eti kanamaları, olağan dışı baş ağrıları, adet kanamalarında olağan dışı artma görülmesi, vücutta çarpma olmaksızın morluklar gelişmesi durumunda hastaneye başvurması gerektiği açıklanmalıdır.

- İshal, kusma, 24 saatten uzun süren iştahsızlık, 38 dereceden yüksek ateş enfeksiyon belirtisi olabilir. Hastalık durumlarında INR değerinde dalgalanmalar görülebileceğinden INR takibi yaptırması gerektiği açıklanmalıdır.

- Araç içi- dışı trafik kazaları, kesici- delici alet yaralanmaları, darp yüksekten düşme, şiddetli kafa çarpması gibi durumlar iç ve dış kanamaya neden olabilir. Bu durumlarda derhal hastaneye başvurması gerektiği açıklanmalıdır.

- Aktivite ve istirahat arasındaki dengenin sağlanması ve aktivite sınırlamalarının amacı açıklanmalı, uygun egzersiz/aktivite planı belirlenmelidir.

- Varfarin plasentadan bebeğe geçer ve gelişmekte olan fetüste anomaliye sebep olabilir. Bu yüzden gebelik planlayan kadınlar gebelikten önce, gebelik şüphesi olanlar ise en kısa zamanda bir gebelik testi yaptırıp hekim/hemşireye haber vermelidir.

- Varfarin besin etkileşimleri konusunda bilgi verilmelidir. Beslenme şeklini 7 gün aşan sürelerde INR testi yaptırması gerektiği açıklanmalıdır.

- Varfarin ilaç etkileşimleri konusunda bilgi verilmelidir. Bitkisel ilaçlar dahil yeni bir ilaç kullanmaya başladıysa ya da kullanılan bir ilacı bıraktıysa hekim/hemşire haber vermesi gerektiği açıklanmalıdır.

- Hastaların varfarin kullandığına dair bir kart taşıması, hastanın kendini ifade edemediği herhangi bir kaza veya yaralanmada müdahale edeni yönlendireceği için böyle bir belgeyi taşımasının gerekliliği hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır.

- Evde kendi kendine INR izlemi yapabileceği, eğer INR ölçüm cihazı kullanıyorsa cihaz kalibrasyonlarının yaptırması gerektiği açıklanmalıdır.

- Hastalar kendi ilaç dozlarını ve INR değerini kaydetmeli, hastalara kendi kendine tedavi rejimini yönetmeleri öğretilmelidir. Doz unutulmasının önüne geçmek için hastalar her aldıkları tableten sonra tarih atarak kayıt tutması önerilmelidir.

- Hastaya herhangi bir yeri kesilirse temiz ve kuru bir bez ile bu bölge en az 5 dakika basınç uygulaması gerektiği açıklanmalıdır.

- Sert darbeler kolaylıkla diş eti kanamasına sebep olmaktadır. Bu yüzden yumuşak kıllı bir fırça kullanılmalı diş ipi kullanımında da nazik olması gerektiği hastaya açıklanmalıdır.

- Varfarin gibi ilaçlar kanamaya neden olabileceği için diş tedavisi yaptırmadan önce diş hekimine haber vermesi gerektiği açıklanmalıdır. Cerrahi işlemde 3-5 gün öncesinde ilacın kesilmesi gerekmektedir. Varfarin kullanan hastalarda invaziv girişim öncesi hastanın hekim ve hemşirelere ilaç kullandığını mutlaka bildirmesi gerekmektedir.

- Traş olurken jilet yerine elektrikli traş makinesi kullanması, tırnak keserken dikkat edilmesi gerektiği, ayak yaralanmalarından korunmak için yalın ayak gezilmemesi, uygun ayakkabı ve terlik tercih edilmesi gerektiği açıklanmalıdır.

- Tütün yüksek miktarda K vitamini içermektedir ve sigara kullanımı teröpatik INR seviyesine ulaşmayı zorlaştırıp varfarin tedavisinde başarısızlığa neden olabilmektedir. Sigara kullanımının ilacın etkinliğini azaltabileceği konusunda bilgi verilmelidir.
- Uzun süreli yolculuklarda venöz tromboz oluşma riskini 2-4 kat artmaktadır. Altı-sekiz saatten uzun süren yolculuklarda hastalara 1-2 saatte bir ayağa kalkması ve yürünmesi, baskı oluşturmayan rahat giysilerin tercih edilmesi, oturma pozisyonunun sık değiştirilmesi, sıvı kaybının önlenmesi ve bu amaçla tercihen alkol içermeyen sıvıların içilmesi önerilmelidir.
- Hasta ve yakınlarına acil durumlar ya da sormak istediği konular için ulaşabileceği hekim ya da hemşirenin ismi ve telefon numaraları mutlaka verilmelidir. Hastalar taburcu edilirken eğitim verilmelidir. Polikliniklerde takip edilen hastalar için de eğitim programları düzenlenerek hastaların eğitim gereksinimleri saptanmalı ve uygulanması takip edilmelidir (Şendir 2008, Aşiret veÖzdemir 2012, Türk Kardiyoloji Derneği 2012, Mercan ve Enç 2011, Köksal ve Avşar 2015).

1. 13. Hasta Memnuniyeti

Sağlık kurumlarında kalitenin göstergesi olan hasta memnuniyeti, hastaların beklentilerinin ve isteklerinin en iyi şekilde karşılanmasını ifade eder (Kılıç ve Topuz 2016). Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten bekledikleri yararlarla, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlüklerle, hizmetten beklediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyokültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam biçimine, önyargılarına) uygunluğuna bağlı birçok bileşenden oluşmaktadır (Erdem ve ark 2008). Alınan tedavinin hasta tarafından yararına algılanan her bileşeni tedaviden memnuniyeti ifade edecektir.

İnmeli hastalar genel popülasyona kıyasla daha kötü bir yaşam kalitesine sahiptir. Bunun nedenleri, inmeye bağlı fiziksel yetersizlikler ve buna eşlik eden kronik hastalıklar, bir başka kişinin yardımına ihtiyaç duyma gibi nedenlerle hastaların kontrole gitme ile ilgili güçlük yaşamalarıdır. İnmeli hastaların INR kontrolleri için hastaneye gitmeleri diğer hastalara göre daha zordur. Yaşam kalitesindeki bu azalma varfarin tedavisine uyumu etkileyerek tedaviden

memnuniyeti etkileyecektir (Çoban ve ark 2018).Tedavi memnuniyetinin değerlendirilmesi; tedavi yöntemleri, tedaviye uyum, hastaların yaşadığı sorunlar ve hastaların algısı hakkında bilgi verebilir. Samsa ve ark (2004)' ı antikoagülasyon tedavisi alan hastaların memnuniyetini, hastaların yaşadığı “olumsuz (kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar)” ve “olumlu etkiler” boyutunda değerlendirmiştir. Varfarin kullanımının yaşam kalitesini düşürebilecek birçok özelliği vardır. Bu özellikler de hasta memnuniyetini etkilemektedir. Bu özellikler arasında düzenli kan testi yaptırmak, düzenli hastaneye gelme gerekliliği, morarma ve/veya kanama endişesi, komplikasyon korkusu, tedaviden beklentiler, gıda- ilaç- varfarin etkileşimi, fiziksel aktivite performansında değişiklik, sürekli ilaç kullanımı ve sağlık çalışanları ile iletişim halinde olma sayılabilir (Samsa ve ark 2004, Shah ve Robinson 2011). Bunun yanında olumlu etkileri de vardır. Hastalar etkin tedavi ile kendilerini güvence altında hissetmekte ve destek sağlayıcılar ile daha fazla iletişim sağlamaktadır (Samsa ve ark 2004, Carvalho ve ark 2013).

Hastaların diyet kısıtlamaları, sık hastane ziyaretleri ve tedavi maliyetinin yüksek olması memnuniyetlerini etkilemektedir (Elewa ve ark 2014). Bu yüzden hastalar INR ölçüm cihazını kullanması teşvik edilmelidir. Böylece tedaviye daha iyi uyum, tedavi memnuniyetinin artırılması ve zamandan tasarruf edilmesi sağlanır (Türk Kardiyoloji Derneği2015).Ülkemizde yapılan çalışmalarhastaların varfarin kullanımında memnuniyetinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Mert ve ark 2016, Yıldırım ve Temel 2014). Uluslararası çalışmalarda ise memnuniyet algısının daha yüksek olduğu görülmüştür (Elewa ve ark 2014, Barcellona ve ark 2017, Almeida ve ark 2011). Yurt dışında antikoagülan kliniklerinin yaygınlaşmış olması, evde kendi kendine INR ölçümünün yaygın olarak yapılıyor olması ve INR yönetiminin uygulanması ve telefon, web tabanlı hasta izleminin daha fazla yapılıyor olmasından dolayı hastaların memnuniyet algılarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Hastalara verilen eğitimler memnuniyet algılarını arttıracaktır (Bishop ve ark 2015, Mert ve ark 2016). Eğitimler hastaların ihtiyaçlarına göre belirlenmelidir. Varfarin eğitiminde yazılı bilgiler, görsel-işitsel kaynaklar, video, kamu televizyonu gibi görsel-işitsel medya kaynakları kullanılabilir.

1. 14. Kaygı

Kaygı iç ve dış dünyadan kaynaklanan kişinin bir uyararla karşı karşıya kaldığında yaşadığı, bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren bir uyarılmışlık durumudur (Işık 2006). Kişinin genel anlamda yaşadığı kaygının sürekliliğini ölçmek için Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970’te Sürekli Kaygı Ölçeği geliştirilmiştir. Normal olan durumlar hastalar tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanmaktadır. Bunun sonucunda oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusu sürekli kaygıdır.

AF hastalarının kaygı düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir (Thrall ve ark 2007). Hastanın psikolojik ve duygusal faktörleri ilaç uyumunun belirlenmesinde önemli rol oynar (Ross ve ark 2004). Varfarin tedavisi hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Düzenli kan testi yaptırmak, düzenli hastaneye gelme gerekliliği, morarma ve/veya kanama endişesi, komplikasyon korkusu, besin- ilaç- varfarin etkileşimi, fiziksel aktivite performansında değişiklik, sürekli ilaç kullanımı, sürekli sağlık çalışanları ile iletişim halinde olma ve tedaviden beklentiler hastaların yaşam kalitesini azaltmaktadır (Samsa ve 2004, Shah ve Robinson 2011). Etkili bir INR düzeyi elde etmenin zorlukları da hastaların duygusal durumu üzerinde etkili olabilir. Ayrıca kanama ve emboli riski hastaların kaygı düzeyini artırabilir (Çoban ve ark 2018). Yapılan çalışmalarda hastaların kendilerini ifade etme sürecinde güven eksikliği duydukları, varfarin kullanmanın günlük yaşamlarını etkilediğini ve kliniğe düzenli ziyaretler, diyet ve alkol kullanımına getirilen kısıtlamalar, kanama ve potansiyel ilaç etkileşimleri ile ilgili kısıtlamalardan dolayı kaygı düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Yıldırım ve Temel 2014, Dantas ve ark 2004). Bu değişimler hastalarda stresör bir etki yaratan ve hasta açısından yaşamkalitesini azaltan bir unsur olarak algılanmaktadır (Yıldırım ve Temel 2014). İnme riski taşıyan hastalar kanama riski endişesini, pıhtı atma endişesine göre daha az yaşadıkları bildirilmiştir (Almeida ve ark 2011). Yapılan çalışmalarda uzun süreli varfarin kullanan hastalarda anksiyete düzeyinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Baumgartner ve ark 2018, Fumagalli ve ark 2014). Eğitim müdahalesinin kaygı düzeyine etkisini inceleyen çok az çalışma mevcuttur (Clarksmitth ve ark 2017). Varfarin kullanım süresi arttıkça hastaların kaygı düzeyinin arttığı ve eğitim

müdahalelerin yetersiz kaldığı yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır (Clarkesmith ve ark 2013, Hendriks ve ark 2013).



2. YÖNTEM

2. 1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımlı olarak yapılmıştır.

2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman, Yer ve Özellikleri

Veriler araştırmacı tarafından 15 Kasım 2018-15 Nisan 2019 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Nöroloji Servisi ve Polikliniğinden toplanmıştır. Nöroloji Servisinde 22 hemşire, 5 hekim, 9 personel çalışmaktadır. Nöroloji Servisi, Nöroloji 1 ve Nöroloji 2 olmak üzere ikiye ayrılmakta olup toplam 56 yatak bulunmaktadır. Polikliniklerde 3 hekim hizmet vermektedir. Her ay 1 hekim EEG- EMG biriminde, 1 hekim Nöroloji Yoğun Bakımda, 1 hekim Sigorta Devlet Hastanesinde görev almaktadır. Poliklinikte ise hemşire ve tıbbi sekreterler çalışmaktadır.

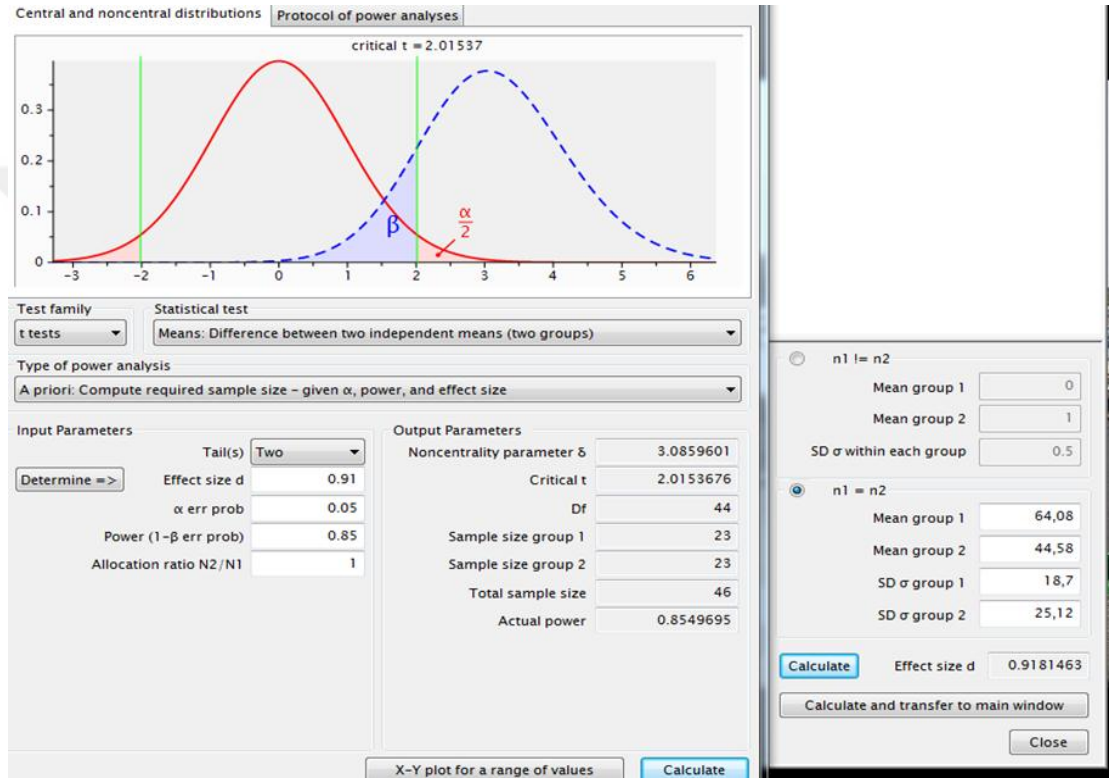
İnme sonrası nöroloji servisine yatışı yapılan hastalar; inmenin nedenini araştırmak için EKG kaydı ile kardiyoloji polikliniğine sevk edilir. Hastalara 24 saatlik ritim holter takılır. Ritim holter sonucunda AF tanısı alan hastalara varfarin tedavisi başlanır. Varfarin tedavisi başlanan hastalara hekim ve servis hemşiresi tarafından ilacın dozu, kanama komplikasyonu ve kontrole gelme zamanı ile ilgili bilgi verilmekte, ayrıntılı eğitim verilmemektedir. Nöroloji servisinde antikoagülan tedaviye yönelik “Coumadin kullanım rehberi” adında broşür mevcuttur fakat eğitimlerde aktif olarak kullanılmamaktadır. Hastalar INR değeri istendik seviyeye gelinceye ve genel durumu düzelineye kadar serviste yatmaya devam etmektedir. Taburcu olan hastalar 15- 30 gün sonra poliklinik kontrolüne gelerek her ay düzenli INR takibi yaptırmaya başlamaktadır.

2. 3. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi Nöroloji Servisinde yatan ve taburculuk sonrası Nöroloji Polikliniğine kontrole gelen hastalar oluşturmuştur. Hastane istatistikleri incelendiğinde polikliniğe başvuran hasta sayıları ile bakılan INR sayılarına ulaşılabilmektedir. Fakat hangi hastaların varfarin kullandığına dair bir veri elde edilemeyeceğinden sayı verilememiştir.

2. 4. Örneklem Büyüklüğü ve Örneklem Seçim Yöntemi

Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır. Eğitim verilerek INR değeri takip edilen bir çalışmanın sonuçları doğrultusunda (Amiri 2017); 0,91 etki büyüklüğü, 0,05 anlamlılık düzeyi ve %85 güç ile 23 müdahale ve 23 kontrol grubu olmak üzere 46 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya alınan ilk hasta hemşire tarafından kontrol grubuna atanmış, daha sonraki hastalar bir müdahale bir kontrol olacak şekilde sırayla gruplara atanmıştır.



Şekil 1. G*Power örneklem hesabı

Araştırmaya alınma ölçütleri:

- Varfarin tedavisi almaya başlayan yeni inmeli hasta olması
- Yeni AF tanısı olması

Araştırmaya alınmama ölçütleri:

- Görme ve işitme kaybı olması
- Psikiyatrik sorunu olması
- Başka bir sebebe bağlı inme geçirmesi
- İletişim problemi bulunması

2. 5. Veri Toplama Araçları

2. 5. 1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmada araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan tanıtıcı özellikler formu (Ek-A) kullanılmıştır (Yıldırım ve Temel 2014, Köksal ve Avşar 2015, Doğu ve Acaroğlu 2016) Tanıtıcı özellikler formu hastaların sosyodemografik özellikleri ve sağlık, hastalık, tedavi ile ilgili özellikleri tanımlamak amacıyla iki bölümden oluşturulmuştur. Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, kiminle yaşadığı) ve sağlık, hastalık, tedavi özelliklerinden (sigara ve alkol kullanım durumu, varfarin kullanma süresi, varfarin kullanım dozu, varfarin ile ilgili eğitim alma durumu, varfarin ile ilgili yan etki yaşama durumu, ek hastalık varlığı, varfarin harici başka ilaç kullanma durumu, TTR oranı) oluşmaktadır.

2. 5. 2. Duke Antikogulan Memnuniyet Ölçeği

Samsa ve ark'ları tarafından 2004 yılında geliştirilen ölçek (Ek-B), yirmi beş madde içeren, üç faktörlü (kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar, olumlu etkiler) yapıdadır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1=hiç, 2=çok az, 3=biraz, 4=orta derecede, 5=biraz fazla, 6=çok ve 7=çok fazla şeklinde bir derecelemeyle ölçülür. Ölçekte 17, 18, 19, 21, 23 ve 24. Sorular ters kodlanmaktadır. **Faktör 1 kısıtlılıklar alt boyutu** morarma ve kanamaların hastaların gerçekleştirdiği aktivitelere etkisini belirlemeye yönelik 10 soruyu (1-9 ve 20. madde) içermektedir. Kısıtlılıklar alt boyutundan alınacak en düşük puan 10, en yüksek puan ise 70'tir. **Faktör 2 Yükler ve zorluklar alt boyutu** ise; hasta bireyin OAK tedaviye yönelik sorumluluklarıyla ilgili sorunları belirlemeye yönelik 9 sorudan (10-16, 22 ve 24. madde) oluşur. Bu boyuttan alınacak en düşük puan 9, en yüksek puan ise 63'tür. **Faktör 3 Olumlu etkiler alt boyutu** ise OAK tedaviye ilişkin hasta bireyin bilgileri ve hissettikleriyle ilgili sorunları belirlemeye yönelik 6 soruyu (17-19, 21, 23 ve 25. madde) içermektedir. Bu boyuttan alınacak en düşük puan ise 6, en yüksek puan ise 42' dir. Yüksek puanlar yaşam kalitesinin ve antikoagulan ilaç kullanımından memnuniyetin daha kötü olduğunu dolayısıyla sorunların daha fazla yaşandığını göstermektedir. Antikoagulan tedavi gören hastaların yaşam kalitesini ve memnuniyetinin sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesine fırsat veren

araç yedili likert tiptedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88 bulunmuştur. Ölçek Yıldırım ve Temel (2014) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Test-tekrar test güvenirliği 0,80'dir. Ölçeğin Türkçe formunun kapsam geçerlik indeksi 0,99, Cronbach alfa katsayısı 0,89 dur (Yıldırım ve Temel 2014).

2. 5. 3. Sürekli Kaygı Envanteri

Sürekli Kaygı Envanteri Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970'te geliştirilmiştir. Sürekli Kaygı Envanteri kişinin genel anlamda yaşadığı kaygının sürekliliğini ölçer. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay ve 20 sorudan oluşan 4'lülükert tipi bir envanterdir (Ek- C). Sürekli Kaygı Envanteri'nin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre "hemen hiçbir zaman", "bazen", "çoğu zaman" ve "hemen her zaman" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Envanterde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren "ters" ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Sürekli Kaygı Envanteri'nde 7 tane (1, 6, 7, 10, 13, 16 ve 19. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Ölçekten elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişmektedir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Puanlama iki şekilde yapılabilir. Elle puanlamada; doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Bilgisayarla puanlamadan ise büyük örneklem gruplarında, ölçeklerin puanlanması ve maddelerin istatistiksel olarak değerlendirilebilmesi için bilgisayar programlarından yararlanılabilir. Öner ve Ayhan Le Compte tarafından 1985'te Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Güvenirliği: test tekrar test güvenirliği yöntemiyle 0,71 ile 0,86 bulunmuştur. İç tutarlılık ve test homojenliği 0,94 ile 0,96 arasında bulunmuştur. Envanterin Türkçe uyarlamasında

alfa korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayıları 0,83-0,87 arasında bulunmuştur(Öner 1985).

2. 5. 4. Uygulama Araçları (Eğitim Materyali)

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından hazırlanan “Pıhtıönler ilaç (Coumadin) Kullanan Hastalar için Kılavuz” kullanılmıştır. Bu kılavuzda;

- Pıhtı önler ilaç nedir
- Pıhtı önler ilacın yan etkileri nelerdir
- Varfarin ilaç etkileşimleri
- Varfarin besin etkileşimleri
- Varfarin direnci
- Kendi kendine INR ölçümü
- Varfarin kullanırken özen gösterilmesi gereken noktalar
- Varfarin ve egzersiz
- Varfarin ve diş bakımı
- Varfarinde izleminin önemi
- Acil durumlarda yapılması gerekenler başlıklar yer almaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği 2012).

2. 5. 5. Varfarin Kullanımına İlişkin Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından Türk Kardiyoloji Derneği tarafından hazırlanan “Pıhtıönler ilaç (Coumadin) Kullanan Hastalar için Kılavuz” u doğrultusunda hazırlanmıştır (Ek- D). Toplam 13 adet soru içermektedir. Müdahale grubundaki hastalar 1 ay sonra poliklinik kontrolüne geldiğinde varfarin kullanımına ilişkin bilgi formu uygulanmış ardından bilgi formuna göre eğitim tekrarlanmıştır.

2. 6. Veri Toplama Tekniği (Uygulama)

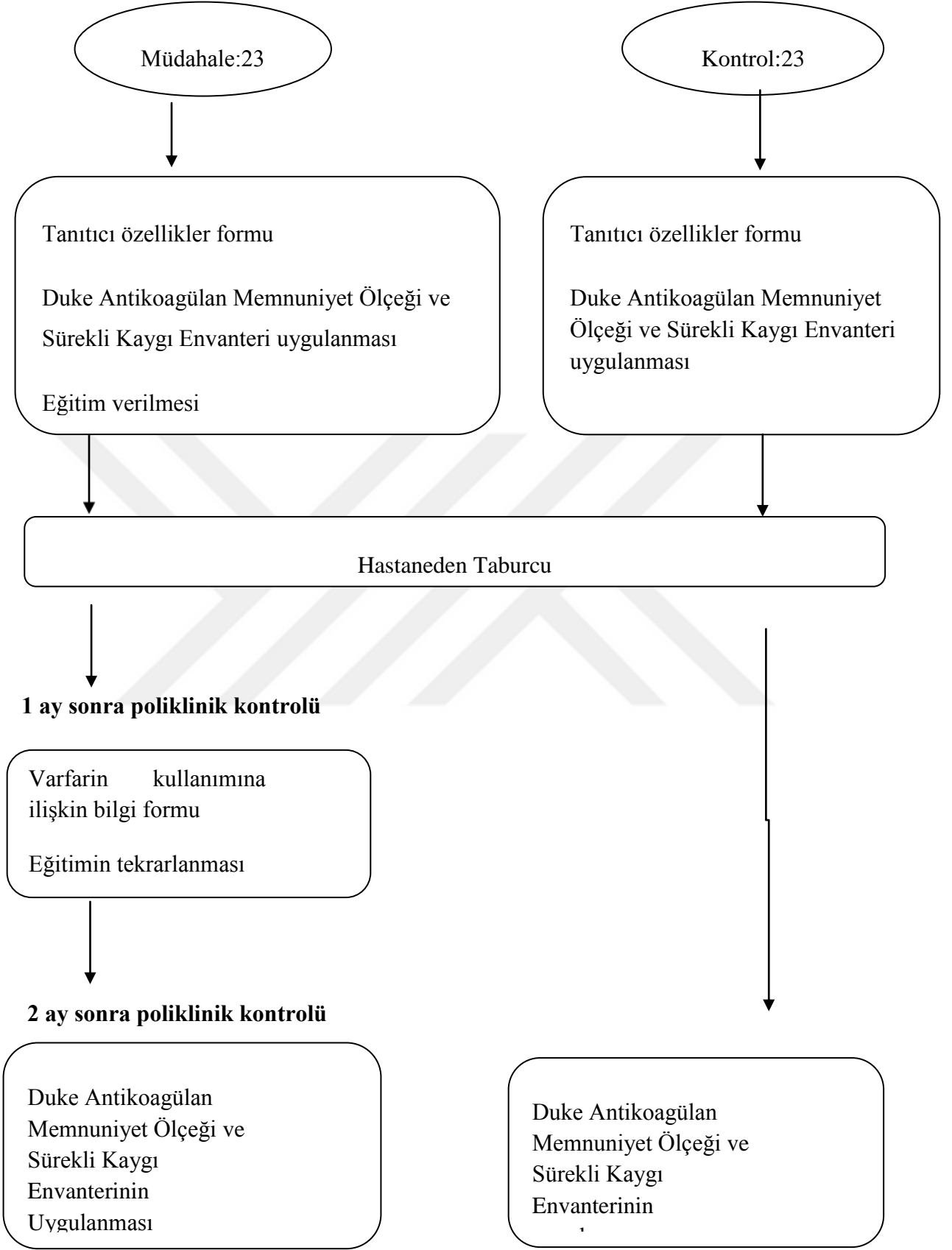
Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya alınan ilk hasta hemşire

tarafından kontrol grubuna atanmış, daha sonraki hastalar bir müdahale bir kontrol olacak şekilde sırayla gruplara atanmıştır. Müdahale grubu ve standart bakım alan kontrol grubu oluşturulduktan sonra veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

İnme sonrası nöroloji servisine yatırılıp yapılan hastalara varfarin tedavisine başlanmasına karar verildiğinde servis personelinin, araştırmacıyı bilgilendirmesi istenmiştir. Araştırmayı kabul eden kontrol grubundaki hastalara taburculukta; tanıtıcı özellikler formu, Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği, Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmış ve hastaların protokol numaralarından INR değerleri kaydedilmiştir. Müdahale grubunda bulunan hastalara ise taburculuk esnasında hasta tanılama anketi, Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği, Sürekli Kaygı Envanteri uygulanacak ve protokol numaralarından INR değerine bakılıp kaydedilmiştir. Hastaların iletişim numaraları alınmış ve hastalardan poliklinik kontrolüne gelme tarihleri öğrenilmiştir. Literatürde hastalara ayrılan eğitim süresi 30- 60 dakika olarak belirlendiği için (Clarkesmith ve ark 2013, Hendriks ve ark 2013, Vormfelde ve ark 2014) Türk Kardiyoloji Derneği tarafından hazırlanan “Pıhtıönler ilaç (Coumadin) Kullanan Hastalar için Kılavuz” u kullanılarak hastalara 30 dakika eğitim verilerek taburcu edilmiştir. Eğitimler araştırmacı tarafından hasta odasında gerçekleştirilmiş ve hasta yakınları da eğitime dahil edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarına broşür verilmiştir. Eğitimler literatür doğrultusunda (Moss ve ark 2014, Balcı ve ark 2017), hasta taburcu olduktan sonra 1. ayda tamamlanmış ve son test 3. ayda uygulanmıştır. Müdahale grubundaki hastalar 1 ay sonra poliklinik kontrolüne geldiğinde Türk Kardiyoloji Derneğinin “Pıhtıönler ilaç (Coumadin) Kullanan Hastalar için Kılavuz”u doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış varfarin kullanımına ilişkin bilgi formu poliklinikte eğitim için ayrılmış olan bir odada uygulanmıştır. Hastaların bilgi formundaki gereksinimleri doğrultusunda eğitimler araştırmacı tarafından tekrarlanmıştır. 2 ay sonra poliklinik kontrolüne gelen müdahale ve kontrol grubundaki hastalara; Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği ve Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmıştır. Hastaların protokol numaralarından INR ölçümlerine ulaşılarak TTR Oranları hesaplanmıştır. TTR oranını hesaplayabilmek için hastaların hastaneye gelişlerinde ölçülen en son INR değeri ile retrospektif olarak en az beş ölçüm protokol numaralarından kaydedilmiştir (Farsad ve ark 2016). % 60 ve üzeri TTR oranı etkin kabul edilmiştir (Erdemoğlu ve ark 2015, Matalqah ve ark 2013).

Son 6 ay içerisinde beş kez ölçüm yaptıran bir hastanın etkin INR düzeyini üç kabul edersek; TTR oranı $3/5 * 100 = \% 60$ olarak bulunur ve hastanın son altı ayın $\% 60'$ lık bir kısmını etkin aralıkta geçirdiğini ifade eder.





Şekil 2. 3. Uygulama akış şeması

2. 7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler:

-Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği toplam puanı

-Sürekli Kaygı Envanteri puanı

Bağımsız değişkenler:

-Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni Durum
- Eğitim Durumu
- Çalışma Durumu
- Gelir durumu
- Yalnız Yaşama Durumu

-Sağlık/Hastalık/Tedavi Özellikleri

- Sigara ve alkol kullanım durumu
- Varfarin kullanma süresi
- Varfarin kullanım dozu
- Varfarin ile ilgili eğitim alma durumu
- Varfarin ile ilgili yan etki yaşama durumu
- Ek hastalık varlığı
- Varfarin harici başka ilaç kullanma durumu
- TTR oranı

2. 8. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda analiz SPSS 24 (IBM Inc USA) programında yapılmıştır. Verilersayı yüzde olarak özetlenmiş; sürekli değişkenlerin normal dağılım analizi yapılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun verilerinin karşılaştırılmasında kategorik değişkenlerde ki-kare, sürekli değişkenlerde bağımsız

gruplarda t testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun grup içi karşılaştırmalarında bağımlı gruplarda t testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde sınanmıştır.

2. 9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik izin (2018/146) (EK-G), Sivas Numune Hastanesi Başhekimliği'nden araştırmanın yürütülmesi için yazılı izin (EK-H), Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeğini kullanabilmek için Julide Gülizar Yıldırım' dan yazılı izin alınmıştır (EK-F). Hastalara araştırmanın amacı ve uygulanışı hakkında bilgi verilip; yazılı onamları alınmıştır.

2. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Varfarin kullanan hastalarda zamanla komplikasyonların görülmesine bağlı artan bir kaygı olabileceği
- İnmeden kaynaklanan kaygının olması
- İlk kez varfarin kullanmaya başlayan hastaların ilk 6 ayında TTR dışında olma eğilimi göstermeleri ve daha yüksek kanama riskine sahip olmalarıdır.

2. 11. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Ülkemizde bu varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin memnuniyet algısı ve kaygı durumlarına etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmaması araştırmanın güçlü yönüdür.

3. BULGULAR

Varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin hastaların memnuniyet algıları ve kaygı durumlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmada elde edilen bulgular dört ana başlık altında aşağıda sunulmuştur.

3. 1. Müdahale ve kontrol grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

3. 2. TTR oranının müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımı

3. 3. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği ve Sürekli Kaygı Envanteri puan değişiminin incelenmesi

3. 4. Müdahale grubundaki hastaların varfarin kullanım özelliklerine göre dağılımı

3. 1. Müdahale ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyodemografik ve bazı hastalık özellikleri Çizelge 3. 1' de incelenmiştir. Müdahale grubunun yaş ortalaması $62,7\pm 10,7$ olup; %52,2'si erkek, tamamı evli, %52,2'si ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip ve yine %52,2'si çalışmaktadır. Hastaların %82,6'sının gelir ve giderini eşit bildirmiş ve %17,4'si tek başına yaşamaktadır; %8,7'si halen sigaraiçmektedir. Hastalar ortalama $16,9\pm 7,0$ gündür varfarin ilacı kullanmaktadır; varfarin kullanımı ile ilgili sadece %21,7'si eğitim almıştır; % 65,2'si yan etki yaşamıştır ve % 69,9'unu başka bir hastalığı ve kullandığı ilacı bulunmaktadır. Kontrol grubunun yaş ortalaması $67,7\pm 10,8$ olup; %50,9'u erkek, %91,3'ü evli, %69,9'unun ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip ve %56,5'i çalışmaktadır. %56,5'i gelir ve gideri eşittir ve %4,3'ü tek başına yaşamaktadır; %21,7'si halen sigara kullanmaktadır. Hastalar ortalama $13,3\pm 5$ gündür varfarin kullanmaktadır; hastalar varfarin kullanımı ile ilgili hiçbiri eğitim almamıştır; % 60,9' u yan etki yaşamaktadır ve % 87,0' ının başka bir hastalığı ve % 91,3' ünün başka kullandığı ilacı bulunmaktadır. Bu özellikler bakımından müdahale ve kontrol grubu benzer özellikler göstermektedir ($p>0,05$).

Çizelge 3.1. Müdahale ve kontrol grubunun tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı.

	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		
Cinsiyet	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Test ve p değeri
Erkek	12	52,2	14	50,9	$X^2=0,354$
Kadın	11	47,8	9	39,1	$p=0,552$
Medeni durum					
Evli	23	100,0	21	91,3	$X^2=0,523$
Bekar	0	0,00	2	8,7	$p=0,148$
Eğitim durumu					
İlkokul ve altı	12	52,2	16	69,9	$X^2=1,460$
Ortaokul ve üzeri	11	47,8	7	30,1	$p=0,227$
Çalışma durumu					
Evet-Emekli	12	52,2	13	56,5	$X^2=0,088$
Hayır	11	47,8	10	43,5	$p=0,767$
Gelir					
Gelir – giderden az	4	17,4	10	43,5	$X^2=3,696$
Gelir-gidere eşit	19	82,6	13	56,5	$p=0,055$
Yaşadığı kişi					
Yalnız	4	17,4	1	4,3	$X^2=0,898$
Başkalarıyla	19	82,6	22	95,7	$p=0,343$
Sigara kullanma durumu					
Evet	2	8,7	5	21,7	
Hayır	11	47,8	8	34,8	$X^2=1,759$
Bırakmış	10	43,5	10	43,5	$p=0,415$
Eğitim alma durumu					
Evet	5	21,2	0	0,0	
Hayır	18	78,8	23	100,0	$p=0,5^*$
Yan etki yaşama durumu					
Evet	15	65,2	14	60,9	$X^2=0,93$
Hayır	8	34,8	9	39,1	$p=0,760$
Başka bir hastalık varlığı					
Evet	16	69,9	20	87,0	$X^2=2,044$
Hayır	7	30,1	3	13,0	$p=0,153$
Başka ilaç kullanımı					
Evet	16	69,9	21	91,3	$X^2=2,210$
Hayır	7	30,1	2	8,7	$p=0,137$
	Ort.	Sd	Ort.	Sd	
<i>Yaş</i>	62,7	10,7	67,7	10,8	$t=-1,622$ $p=0,112$
<i>İlaç kullanma süresi(gün)</i>	16,9	7,0	13,3	5,5	$t=1,945$ $p=0,058$

*Fischer Kesin Testi

3. 2. TTR Oranının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Hastaların TTR oranı değerlendirildiğinde müdahale grubundaki hastaların %69,9'sı kontrol grubundaki hastaların ise %21,7'si %60 ve daha üzerinde TTR oranına sahiptir ve iki grup arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$). Müdahale grubuna ait TTR ortalama yüzde değer $61,7\pm 22,4$ iken; kontrol grubunda bu değer $32,1\pm 22,3$ ' dir (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. TTR oranının müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımı.

TTR Oranı	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test ve p değeri
%60 ve üzeri	16 (%69,6)	5(%21,7)	$\chi^2=10,602$
%59,9 ve altı	7 (%30,4)	18(%78,3)	p=0,001
	Ort± sd	Ort± sd	
TTR (%)	$61,7\pm 22,4$	$32,1\pm 22,3$	$t=4,471$ p=0,000

3. 3. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Değişiminin İncelenmesi

Müdahale ve Kontrol grubunun Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği ve Sürekli Kaygı Envanteri puanının ön test ve son test puan değişimleri Çizelge 3. 3'de sunulmuştur. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarında müdahale ve kontrol grubunun ön testte benzer puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Hem müdahale hem de kontrol grubunun Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği toplam puan, kısıtlıklar ve yükler/zorluklar alt boyutunda ön test puan ortalamasının son test puan ortalaması ile benzer olduğu ($p>0,05$); ancak olumlu alt boyutunda ise müdahale ve kontrol grubunun son test puanının ön test puanından anlamlı bir şekilde düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Müdahale ve kontrol grubunun son test puanları karşılaştırıldığında ise olumlu alt boyutu ve ölçek toplam puanında müdahale grubunun anlamlı bir şekilde kontrol grubuna göre düşük bir puan ortalaması bulunmaktadır ($p<0,05$). Sürekli kaygı envanterinde ise müdahale ve kontrol grubunun ön test ve son test puan ortalamaları benzer bulunmuştur, ancak müdahale grubunun ve kontrol grubunun kendi içinde son

test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Çizelge 3.3. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği ve Sürekli Kaygı Envanteri Puan Değişiminin İncelenmesi

DAMÖ	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test ve	p
	Kısıtlılar	Ortalama ±ss	Ortalama ±ss	değeri		
Ön test	31,8	±4,7	33,4	±5,3	t=-1,079	p=0,286
Son test	31,6	±6,7	35,2	±5,9	t=-1,111	p=0,063
<i>Test ve p değeri</i>	t=-0,123	p=0,903	t=-1,460	p=0,158		
Yükler ve zorluklar						
Ön test	40,8	±7,6	38,1	±6,7	t=1,250	p=0,218
Son test	38,3	±6,6	41,4	±5,5	t=-1,691	p=0,098
<i>Test ve p değeri</i>	t=1,467	p=0,157	-2,073	p=0,050		
Olumlu						
Ön test	21,0	±5,4	23,0	±4,0	t=-1,346	p=0,185
Son test	16,5	±4,7	20,7	±5,5	t=-2,382	p=0,022
<i>Test ve p değeri</i>	t=-4,693	p=0,000	t=-3,903	p=0,001		
Toplam Ölçek Puanı						
Ön test	93,7	±14,9	94,6	±12,4	t=-0,215	p=0,831
Son test	86,6	±15,5	96,8	±14,8	t=-2,276	p=0,028
<i>Test ve p değeri</i>	t=-1,943	p=0,065	t=-0,763	p=0,454		
Sürekli kaygı envanteri						
Ön test	52,3	±11,1	55,4	±10,4	t=-0,999	p=0,323
Son test	47,6	±10,7	50,9	±9,8	t=-1,071	p=0,290
<i>Test ve p değeri</i>	t=4,179	p<0,001	t=4,187	p<0,001		

3. 4. Müdahale Grubundaki Hastaların Varfarin Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı

Müdahale grubundaki hastaların varfarin kullanım özellikleri Çizelge 3.4' de incelenmiştir. Hastaların tamamının INR takibini düzenli yaptırdığı, kanama konusunda sağlık personelinin bilgilendirdiği, herhangi bir yerinin kesilmesi durumunda basınç uyguladığı, başka bir ilaç kullanımı durumunda hekim/hemşiresini bilgilendirdiği, K vitamini açısından zengin olan besinleri aşırı tüketmekten

kaçındığı, beslenme şekli değişirse INR testi yaptırdığı ve aşırı alkol kullanımından kaçındığı bulunmuştur. Hastalarının büyük bir çoğunluğunun da kan sulandırıcı ilacını her gün aldığı (%95,6), kanama riski olan etkinliklerden ve sporlardan kaçındığı (%95,6) belirlenmiştir. Kan sulandırıcı ilaç kullandığına dair yanında kart taşıma (%65,2) ve diş bakımında yumuşak fırça kullanma (%73,9) oranlarının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Hiçbir hasta kendi kendine INR takibi yapmamaktadır. Kadın hastaların %45,5'i gebelik planlamada ya da gebe kalma durumunda hekim/hemşireye haber verme davranışında olduklarını belirtmiştir.

Çizelge 3. 4. Müdahale grubundaki hastaların varfarin kullanım özelliklerine göre dağılımı.

Özellikler	Evet	Hayır
	Sayı (%)	Sayı (%)
Kan sulandırıcı ilacını her gün alma	22(95,7)	1(4,3)
INR takibimi 4 hafta bir yaptırma.	23(100,0)	0(0,00)
Kendi kendine INR ölçümü yapma.	0(0,00)	23(100,0)
Kan sulandırıcı ilaç kullandığına dair yanında kart taşıma	15(65,2)	8(34,8)
Kanama riski olan etkinliklerden ve sporlardan kaçınma	22(95,7)	1(4,3)
Diş bakımında yumuşak fırça kullanma.	17(73,9)	6(26,1)
Kanama olduğu zaman hekim/hemşireye haber verme	23(100,0)	0(0,00)
Herhangi bir yeri kesilirse temiz ve kuru bir bez ile bu bölgeye en az 5 dakika yumuşak bir basınç uygulama	23(100,0)	0(0,00)
Kan sulandırıcı ilaç dışında bir ilaç kullanacağı zaman hekim/hemşireye haber verme	23(100,0)	0(0,00)
K vitamini açısından zengin olan besinleri aşırı tüketmekten kaçınma	23(100,0)	0(0,00)
Beslenme şekli 7 günü aşan sürede değişirse INR testi yaptırma.	23(100,0)	0(0,00)
Aşırı alkol alımından kaçınma	23(100,0)	0(0,00)
Gebelik planlamada veya gebe kalma durumunda hekim/hemşireye haber verme*	5 (45,5)	6(54,5)

*Soru sadece kadın hastalara sorulmuştur. n=11

4. TARTIŞMA

Bu bölümde varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin hastaların memnuniyet algıları ve kaygı durumlarına etkisinin tartışmasına yer verilmiştir.

4. 1. TTR Oranının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımının Tartışılması

Tedavinin ilk altı ayında TTR oranının iyileştirilmesi önemlidir çünkü hastaların en kararsız INR kontrolüne sahip oldukları ve tedaviyi bırakma olasılıklarının en yüksek olduğu zaman dilimidir (Clarkesmith ve ark 2013). TTR oranı düşük olan hastalarda hemorajik ve tromboembolik komplikasyon riski olduğu bilinmektedir (Cancino ve ark 2014). Yapılan çalışmalar yüksek TTR oranı ile inme, hemoraji, tromboz ve mortalite oranları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (Wallentin ve ark 2010, Rose ve ark 2011, Vestergaard ve ark 2017). Varfarin tedavisinde başarıya ulaşmak için etkili INR kontrolü gerekir. Hasta bilgi düzeyinin yüksek olması tedavi sırasında görülebilen ciddi komplikasyonların önlenmesinde önemli bir rol oynar. Bilgi düzeyinin yetersiz olması ilaç kullanımının yanlış olmasına bu da tromboembolizm, kanama, daha fazla hastaneye yatış ve daha sık acil servis ziyaretlerine neden olmaktadır. Varfarin kullanımına yönelik bilgi düzeyi ve öz yönetimin artması; kanama ve emboli gibi komplikasyonları azaltmaktadır (Wallentin ve ark 2010, Rose ve ark 2011, Vestergaard ve ark 2017).

Çalışma da müdahale grubundaki hastaların %69,9'sı kontrol grubundaki hastaların ise %21,7'si %60 ve daha üzerinde TTR oranına sahiptir. Müdahale grubuna ait TTR ortalama yüzde değeri $61,7 \pm 22,4$ iken; kontrol grubunda bu değer $32,1 \pm 22,3$ olarak bulunmuştur. Alışır ve ark (2013)' nın yaptığı çalışmada AF' li hastalarda etkin INR değeri oranının %52,4 olduğu saptanmıştır. Ertaş ve ark (2013) ise etkin INR değerini %41,3 bulmuştur. Caldeira ve ark (2014)' nın yaptığı çalışmada AF' li hastaların ortalama TTR oranlarını %59,3 olarak belirlenmiş ve hastaların % 5,3' ü trombolitik risk, % 1,7'si de kanama riski taşıdığını saptamıştır. Bir meta analiz çalışmasında TTR oranının %25-90 arasında olduğu saptanmıştır (Vestergaard ve ark 2017). Yapılan çalışmalara göre anlaşılmaktadır ki INR'nin terapötik aralıkta olduğu süre ülkemizde ve dünya genelinde hedeflenenin altındadır. Standart uygulamaların yetersiz olması bu duruma sebep olarak gösterilebilir. Yeterli

eğitimin verilmiyor olması, antikoagülan kliniklerinin yaygınlaşmış olmaması, evde kendi kendine INR ölçümünün yapılmıyor olması ve INR yönetiminin uygulanamaması ve telefon,web tabanlı hasta izleminin yeterince yapılmıyor olması etkin antikoagülasyon yönetimini engellemektedir. INR değerinde tedavinin başlangıcındaki ilk 6 ayda dalgalanmalar görülmektedir (Clarkesmith ve ark 2013). Çalışmamızda ki TTR oranının düşük olmasının nedeninin hastaların varfarin tedavisine yeni başlamış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Doğu ve Acaroğlu (2016) çalışmasında hastaların %88,3' ünün besinlerle, %83,4' ünün ilaçlarla ve %87. 6' sının bitkisel ürünlerle varfarinin etkileşime girdiğini bilmedikleri görülmüştür. Özcan ve ark (2013)'nın yaptığı çalışmada hastaların varfarin kullanımına ilişkin bilgi puan ortalamasının eğitim öncesi 4,7-2,8 eğitim sonrası ise 8,1- 1,2 olduğunu tespit etmiştir. Nasser ve arkadaşlarının (2012) 65 yaş üstü antikoagülan kullanan hastaların bilgi düzeyleri ve bilgi kaynakları konusunda yaptığı literatür derlemesinde özellikle yaşlı hastaların antikoagülan tedavisi konusunda bilgi eksiklikleri olduğu ve yaşlı hastalara, yaşlılıkta görülen bilişsel gerilemeden dolayı daha fazla özen gösterilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Hastalar hem hastaneden taburcu olurken, hem de toplum açısından bilgi alma kaynakları yetersiz olduğu görülmektedir. Bu açıdan hem bireysel hem de grup oturumları gibi ek kaynaklarla web tabanlı görsel-işitsel yardımcıları kullanılarak eğitimler verilebilir. Hastaların varfarine ilişkin eğitim almamaları ilacın güvenli kullanımını etkileyecek bu da TTR oranının düşük olmasına sebep olacaktır.

Randomize kontrollü bir çalışmada antikoagülasyon kliniğinde bakım alan hastaların % 30'unda yüksek riskli INR değerleri ($<1,5$ veya $> 5,0$), aile hekiminden bakım alan grupta ise % 40 oranında yüksek riskli INR değeri olduğu bulunmuştur. Müdahale grubunun etkin INR'si % 82'i, kontrol grubunun ise % 76 olarak görülmüştür (Wilson ve ark 2003). Vormfelde ve ark (2014)'nın yaptığı çalışmada müdahale grubundaki hastalara hemşire tarafından broşür, video ile 1 saatlik eğitim verilmiş, kontrol grubuna ise sadece broşür verilmiştir. Eğitim öncesi hastaların özellikle ilaç etkileşimleri, diyet kısıtlamaları ve acil durumların tanınması konusunda bilgi eksikliği olduğu görülmüş ve hasta eğitiminden sonra bilgi düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Müdahale grubunun etkin INR aralığında bulunma oranı % 65 iken altı ay sonra % 71 olmuştur. Araştırma sonuçları bizim

çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda olduğu gibi eğitim müdahaleleri TTR oranı üzerinde önemli ölçüde etkili olabileceği düşünülmüştür.

Hastalara eğitim verilmesinin yanı sıra, bilgi ve uygulamaların takip edilmesinin önemli olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur. Randomize kontrollü bir çalışma da hastalar başlangıç, 1, 2, 6 ve 12. ayda takip edilmiş ve hastalara bir grup oturumundan (1-6 hasta) oluşan “uzman-hasta” odaklı DVD, eğitim kitapçığı, kendi kendini izleme günlüğü ve çalışma sayfası tabanlı bir egzersiz yapmaları teşvik edilmiştir. Normal bakım alan hastalara göre müdahale grubu tedavinin ilk 6 ayı boyunca etkin INR aralığında görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla% 71,3 ve % 76,2). Gruplar arasındaki farklılıklar 12 aylık izlemde müdahale grubunda % 76,0 kontrol grubunda % 70 olmuştur. Müdahale ve normal bakım grupları arasındaki 12 aylık TTR'de bir fark olmadığı görülmüştür. Araştırma sonucunda eğitim müdahalesi ile TTR oranının arttığı görülmüştür (Clarkesmith ve ark 2013).Yapılan müdahalelerin 6 ay sonra tekrarlanması gerekebilir. Bilgi ve davranış değişikliği uzun vadede bazı hastalar tarafından korunamaz ve bazı hastalar da bilginin güçlendirilmesi gerekir. Kılıç ve ark (2017) müdahale grubu (n = 233) veya deney grubu (n = 148) düzenli olarak en az 1 yıl takip edilen 381 hastayı aldıkları çalışmada müdahale grubundaki hastaları deneyimli tek bir eğitilmiş hemşire takip ederken, kontrol grubu hastalarını bir kardiyolog takip etmiştir. Müdahale grubunun' nin TTR oranı $68,8 \pm 15,88$ ve kontrol grubununTTR oranının $51,6 \pm 23,04$ olduğu görülmüştür. Çalışmamız ile benzer sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak hastalar daha uzun süre takip edilmiş ve TTR oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada warfarin kullanım süresi 4,5 (2.5-8.5) yıldır. Çalışmamızda ise warfarin kullanım süresi 1 ayın altındadır. Tedavinin ilk 6 ayında etkin TTR oranına ulaşmak zor olduğu için bizim çalışmamızın TTR oranının daha düşük olduğu görülmektedir.

Verilen eğitim müdahaleleri ile TTR oranının arttığını gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Phelps ve ark (2018) yaptığı çalışmada müdahale grubundaki hastaları telefon, mesaj ve e posta yoluyla takip etmiş ve müdahale grubunun TTR oranının %70,5 kontrol grubunun TTR oranının %63,4 olarak bulmuştur. Taesong ve ark (2017) ise müdahale grubunun TTR oranını % 73,8 kontrol grubunun ise %59, 8 bulmuştur. Eczacı tarafından verilen bakımdaki hastaların TTR oranı % 78.5,

standart bakım alan hastaların ise % 61,8 olduğu görülmüştür (Harrison ve ark 2015). Web tabanlı hemşire eğitiminde TTR oranı %76 olduğu gözlemlenmiştir (Levine ve ark 2012). Literatürün çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Geliştirilmiş ilaç eğitimi hastalarda bağımsızlık hissi oluşturur, öz yönetime teşvik eder ve yaşam kalitesini artırır. Varfarin tedavisine başlandığında eğitim genellikle ihmal edilir ya da yetersiz verilir (Wofford ve ark 2008). Hastalara verilen eğitim TTR oranını arttıracak bu da varfarine bağlı komplikasyonların gelişmesini azaltacaktır.

Literatürde eğitim müdahalesi ile TTR oranının etilenmediğini gösteren çalışmalarda mevcuttur. Baysal ve Midilli (2018)' nin çalışmasında da eğitimden sonra, müdahale grubundaki hastaların varfarin bilgi düzeylerinin yaklaşık % 50 oranında arttığı bulunmuştur. Müdahale ve kontrol grubundaki hastalarda INR kontrolü arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada INR kontrolünün varfarin bilgi düzeylerinden etkilenmediği sonucuna varılmıştır. Hastaların takip süresinin yetersiz olabileceği ve varfarin direncinden dolayı etkin aralığa ulaşamadıkları yorumunda bulunmuşlardır. Baker ve ark (2011) da hastaların INR kontrolünün bilgi seviyesinden etkilenmediğini tespit etmişlerdir. Eğitim sonrası hastaların edindiği bilgilerden kaynaklanan davranış değişikliklerinin INR ölçüm sonuçlarına yansımaları belirlemek için daha uzun bir takip süresi gerekebilir. Hastanın kontrolü dışında olan veya varfarin direnci gibi genetik bir nedeni olan durumlarda, INR değerleri etkilenebilir ve hastanın tedaviye uyumu yeterli olsa bile, INR kontrolü yetersiz olabilir. Araştırmaların yöntemlerinin farklı olmasına bağlı olarak çalışmamız ile paralellik göstermediği düşünülmektedir. Uzun süre varfarin kullanan hastalar süreç içerisinde deneyimleyerek ya da farklı bilgi kaynaklarına ulaşarak bilgi düzeylerini arttırmış olabilirler. Çalışmamızda hastaların daha önce hiç eğitim almamış olması ve tedaviye yeni başlamış olması eğitim müdahalesinin TTR oranı üzerindeki etkisini arttırmıştır.

4. 2. Müdahale ve Kontrol Grubunun Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Puan Değişiminin Tartışılması

Oral antikoagülanın uzun süreli kullanımı hastalarda yaşam tarzı değişikliklerine sebep olmaktadır. İlaç ve besin etkileşimlerinden dolayı diyet kısıtlaması, morarma veya kanama riskinden dolayı fiziksel aktivite performansında

azalma, düzenli hastane kontrollerine gitmek zorunda kalma, tedavinin zaman alıcı ve maliyetli olması hastaların memnuniyet algısını etkilemektedir (Shah ve Robinson 2011). Çalışmada müdahale grubundaki hastaların DAMÖ ön test puan ortalaması $93,7 \pm 14,9$, son test puan ortalaması $86,6 \pm 15,5$; kontrol grubunun ön test puan ortalaması $94,6 \pm 12,4$, son test puan ortalaması $96,8 \pm 14,8$ olarak bulunmuştur. Araştırmada eğitimin memnuniyet algısına etkisi ile yapılan değerlendirmede müdahale son test puan ortalamasının ön teste göre anlamlı oranda düştüğü saptanmıştır ve **H₁ hipotezi kabul edilmiştir**. Bu sonuç eğitim alan hastaların günlük yaşamdaki sınırlamalar ve tedaviye ilişkin sorumlulukları ile daha iyi baş edebildiğini göstermektedir.

Çalışmamızda olduğu gibi hastaların memnuniyet algılarının düşük olduğu gösteren çalışmalarda mevcuttur. Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmalarında ölçek puan ortalaması $85,0 \pm 25,1$, Yıldız ve Dayapoğlu (2017) ise ölçek puanı ortalamasını $86,34 \pm 20,63$; 60 yaşından büyük olan grupta ise DAMÖ puanını $90,50 \pm 20,40$ bulmuştur. Mert ve ark (2016) hastaların DAMÖ toplam puan ortalaması $68,98 \pm 22,60$ bulmuş, Brezilya'da yapılan bir çalışmada da bireyler ölçekten ortalama $67,1 \pm 18,2$ puan almıştır (Almeida ve ark 2011). Almeida ve ark (2011) özellikle inme geçirmiş olan, 75 yaşüstü, hipertansiyon, diyabet, konjestif kalp yetmezliği iskemik atak geçirme riski olan hastaların ölüm korkusuriskinden dolayı olumsuz etkiler algısının daha yüksekve tedavi memnuniyeti algısının düşük olduğu saptanmıştır. Tedavi süresi bir yıldan az olanlarda memnuniyetin daha düşük olduğu görülmüştür. Elewa ve ark (2014)'nın yaptığı çalışmada hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Fakat hastaların diyet kısıtlamalarından, sık hastane ziyaretlerinden ve tedavi maliyetinin yüksek olmasından dolayı başka bir pıhtı önler ajana geçmeye istekli oldukları saptanmıştır. Barcellona ve ark (2017)'ı ise çalışmada; OAK tedavinin hastaların yaşam şeklini sınırlamadığını saptamıştır. Çalışmada hastaların yalnız %11'inin günlük yaşamında kısıtlama olduğundan şikayet ettiği, %87'sinin olumsuz sonuçlarından korkmadığı belirtilmiştir. Orijinal ölçek çalışmasında ortalama puan 54 iken (Samsa ve ark 2004), antikoagülan kullanımından en memnun gözüken çalışma grubu 45 ortalama puanla Carvalho ve ark (2013)'nin araştırmasındadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda memnuniyet algısının düşük olduğu, yurt dışında ise daha yüksek olduğu görülmektedir. Antikoagülan kliniklerinin yaygınlaşmış olması, evde kendi kendine INR ölçümünün

yaygın olarak yapıyor olması ve INR yönetiminin uygulanması ve telefon, web tabanlı hasta izleminin daha fazla yapıyor olmasından dolayı hastaların memnuniyet algılarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızın yeni inmeli hastalardan oluşuyor olması memnuniyet algılarının düşük olmasına sebep olarak gösterilebilir. Ayrıca yaş ortalamasının yüksek olması ve hastaların daha önce eğitim almamış olması ve tedaviye yeni başlamış olması da memnuniyet algılarının düşük olmasına sebep olabilir.

Çalışmamızda kısıtlılıklar alt boyut puan ortalaması müdahale grubunda ön testte $31,8 \pm 4,7$; kontrol grubu ise $33,4 \pm 5,3$; müdahale grubu son testte $31,6 \pm 6,7$ kontrol grubu ise $35,2 \pm 5,9$ puan olarak bulunmuştur. Yükler ve zorluklar alt boyut puan ortalaması müdahale grubunda ön test $40,8 \pm 7,6$ kontrol grubunda ise $38,1 \pm 6,7$; son test puanları sırasıyla $38,3 \pm 6,6$, $41,4 \pm 5,5$ bulunmuştur. Olumlu etkiler alt boyutunda ise müdahale grubunun ön testinde $21,0 \pm 5,4$ kontrol grubu $23,0 \pm 4,0$; son test puan ortalaması $16,5 \pm 4,7$, kontrol grubunda $20,7 \pm 5,5$ bulunmuştur. Yıldız ve Dayapoğlu (2017) çalışmasında kısıtlılıklar alt boyutu puan ortalamasını 32.44 ± 12.24 bulmuştur. Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmasında $31,7 \pm 12,3$ bulunmuştur. Mert ve ark (2016)'nın çalışmasında kısıtlılıklar alt boyutu puan ortalamasını $26,06 \pm 12,60$ bulmuştur. Almeida ve ark (2011)'nin çalışmasında $21,8 \pm 0,7$ 'dir. Çalışmamızda Morarma ve/veya kanama yaşama durumu veya yaşama endişesi hastaların gerçekleştirdiği aktiviteleri yüksek düzeyde kısıtlarken, en az Mert ve ark (2016) ve Almeida ve ark (2011)'in çalışma grubunda yaşanmıştır. Mert ve ark (2016)'ı yükler ve zorluklar alt boyut puan ortalaması $22,44 \pm 10,42$, Yıldız ve Dayapoğlu (2017) yükler ve zorluklar alt boyutu puanı ortalamasını 28.44 ± 11.48 bulmuştur. Almeida ve ark (2011)'nin çalışması $23,7 \pm 2,0$, Yıldırım ve Temel (2014)'in çalışmasında $31,1 \pm 13,2$ puanla daha yüksek tespit edilmiştir. Yükler ve zorluklar alt boyutunda en yüksek puanı alan bizim çalışmamızdır. Hastalar düzenli hastaneye gelmeyi eziyet ve zahmet verici bulmakta ve tedavinin külfet oluşturduğunu düşünmektedir. İnmeye bağlı fiziksel kısıtlılıklar hastaların INR kontrolü için hastane ziyaretlerine gitmesini zorlaştırmaktadır. Mert ve ark (2016)'ı olumlu etkiler alt boyut puan ortalaması $20,48 \pm 6,77$ olarak saptamışlardır. Yıldız ve Dayapoğlu (2017) olumlu etkiler alt boyutu 25.44 ± 7.74 bulmuştur. Diğer iki çalışmanın (Almeida ve ark 2011, Yıldırım ve Temel 2014) olumlu etkiler ortalama puanı benzerdir (sırayla $22,6 \pm 1,7$; $22.3 \pm 8,1$) Mert ve ark (2016)'nın yaptığı

çalışmada hastaların kontrole gitmekle ilgili yaşadıkları güçlükleri ulaşım sıkıntıları, fiziksel kısıtlılıklar, kontrollerin sık aralıklarla yapılması, sıra bekleme ve kan aldirmek istememe gibi sorunların oluşturduğu belirlemiştir. Ortaya çıkan farklılıklar çalışma gruplarının sayıları veya daha çoğunlukla çalışma yapılan bölgelerden kaynaklanabilir.

Bungard ve ark (2013) antikoagülasyon klinikleri tarafından hizmet alan hastaların memnuniyet algısının yüksek olduğunu ve aile hekimi tarafından sağlanan hizmete tercih ettiğini göstermektedir. Genel olarak, hasta memnuniyetinin yüksek olduğugörülmüştür. Wilson ve ark (2003) yılında yaptığı antikoagülasyon kliniklerinde bakım alan hastaların %96' sı, aile hekimi tarafından bakım alan hastaların% 84'üne kıyasla, varfarin tedavisinden çok memnun olduklarını bildirmiştir. Polek ve ark (2012)' nin yaptığı çalışmada hemşire hastaneden taburcu olan hastaları telefon ile 12 hafta boyunca takip etmiştir. Hastane temelli eğitim programı alan hastaların bilgi düzeyi ve öz yeterliliklerinin hemşire odaklı bakım alan gruba göre düşük olduğu gözlemlenmiştir. Huang ve ark (2018) çalışmasında TTR oranının %65'ten düşük olan hastaların başka bir ilaca geçmek istediği sonucuna ulaşılmıştır. Randomize kontrollü bir çalışmada müdahale grubuna en az otuz dakikalık danışmanlık verilmiş, 20 dakikalık bir video izletilmiştir. Hastalar taburcu olduktan sonraki 3 ay boyunca takip edilmiştir. Hastalar hastaneden taburcu olurken bilgi düzeyleri müdahale grubunun yüksektir ama 3. Ayda kontrol grubunda bilgi düzeyinin arttığı görülmüştür. Kontrol grubunun taburculuk sonrası bilgiyi deneyim yoluyla keşfetmiş olabileceğini düşünmüşlerdir. Hasta memnuniyeti müdahale grubunda yüksek bulunmuştur (Moss ve ark 2014). Araştırma sonuçları çalışmamızı desteklemektedir. Eğitim müdahalesi hastaların bilgi düzeyini arttırarak memnuniyet algılarını arttırmaktadır.

Mert ve ark (2016)' nin çalışmasında OAK kullanımına bağlı eğitim alma durumu memnuniyeti etkilemezken eğitim alan hastalardan eğitimi yeterli bulanların DAMÖ toplam puan ortalaması, kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar alt boyutlarında puanlarının daha düşük olduğu dolayısıyla memnuniyetlerinin daha fazla olduğu ve daha az sorun yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda orta öğretim seviyesi ve üstü hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu dikkati çekmiştir. Bu durumun yüksek eğitim düzeyinin hastalık ve tedavi hakkında daha fazla bilgi ile

ilişkili olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu çalışmada eğitim düzeyinin memnuniyet durumuna etkisi incelenmemiş olsa da Eltayeb ve ark yaptığı çalışmada orta ve üstü eğitim seviyesine ulaşan hastalar, bu seviyenin altında eğitilenlere göre yaklaşık sekiz kat daha memnun kalmışlardır. Eğitim düzeyinin yüksek olması hastaların eğitimi anlamalarına ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iletişimlerini geliştirmelerine yardımcı olur. Bu tür hastalar hastalık durumları hakkında farkındalık ve algı seviyelerini artıran başka kaynaklardan gelen önemli bilgilerle karşılaşabilirler. Bizim çalışmamızda olduğu gibi hastaların varfarin tedavisine ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olması hastanın tedaviye ilişkin kaygısını azaltarak memnuniyet seviyesini olumlu yönde etkilemektedir.

4. 3. Müdahale ve Kontrol Grubunun Sürekli Kaygı Envanteri Puan Değişiminin Tartışılması

Hastanın psikolojik ve duygusal faktörleri ilaç uyumunun belirlenmesinde önemli rol oynar. Ross ve ark (2004) bir çalışmada hastalık algılarının ve tedavi inançlarının, ilaçlara uyumu üzerindeki etkilerini incelemiştir. İlacın gerekliliğine inanan hastaların, gereksiz olduğunu düşünenlerden daha fazla tedaviyle uyumlu oldukları görülmüştür. Ayrıca, hastalığa karşı duygusal yanıtları daha yüksek olan ve hastalık üzerinde kişisel kontrolünün daha düşük olduğuna inanan hastaların ilaç uyumlarının düşük olduğu görülmüştür (Ross ve ark 2004). AF hastalarının kaygı düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir (Thrall ve ark 2004). Çalışmamızda kaygı düzeyinin müdahale grubu $52,3 \pm 11,1$ kontrol grubunun ise $55,4 \pm 10,4$; müdahale grubunun son test puanı $47,6 \pm 10,7$ kontrol grubunun ise $50,9 \pm 9,8$ bulunmuştur. Çalışma sonucumuza göre hastaların orta düzeyde kaygı yaşadığı müdahale ve kontrol grubunda zaman içerisinde kaygı düzeyinin azaldığı görülmüş ve **H₂ hipotezi red edilmiştir**. Thomson (2007) randomize kontrollü bir çalışmada web tabanlı bir bakımın, geleneksel bir doktor rehberli uygulamasına kıyasla daha etkin olduğunu bulunmuş, anksiyetenin her iki grupta da anlamlı şekilde düştüğü görülmüş, ancak iki grup arasında kaygı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Henriks ve ark (2011)' 1 çalışmasında başlangıçta anksiyete puanlarının iki grup arasında benzer olduğu ve 1 yıl sonra, her iki grupta da kaygı puanları anlamlı şekilde azaldığı görülmüş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Araştırma sonucu çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir. Clarkesmith ve ark (2013)' nın Hastane

Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada zaman içinde kaygı puanlarında anlamlı bir artış olduğu ve müdahale ile normal bakım alan grupları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Araştırma sonucu çalışmamızdan farklı olarak varfarin kullanma süresi arttıkça kaygı düzeyinin arttığını bulmuştur. Çalışmamızın kaygı düzeyinin düşmesinin sebebi hastaların hastaneden taburcu olması, inmeye bağlı sekellerin azalması olabilir.

Vormfelde ve ark (2014)' ı tromboz ve kanama korkusunun hasta eğitiminden sonra azaldığını tespit etmiştir. Fumagalli ve ark (2014) yaptığı çalışmada NOAC kullanan hastaların varfarin kullanan hastalara göre depresyon ve kaygı düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur. Baumgartner ve ark (2018)' nın yaptığı çalışmada varfarin tedavisi alan AF' li hastaların anksiyete düzeyinin arttığı görülmüş. Türker ve ark (2017) yaptığı çalışmada Beck Depresyon Envanteri ve Hamilton Anksiyete Ölçeği kullanılarak varfarinden NOAC' a geçen hastalar takip edilmiştir. Varfarin kullanım süresi arttıkça depresyonun arttığı görülmüştür. Varfarin tedavisi alan inmeli hastalarda depresyon ve anksiyete oranlarının yüksek olmasının sebebinin bozulan yaşam kalitesi ile ilişkilendirmiştir. Alkol-ilaç-besin kısıtlamaları, hastaneye sık başvurma, kanama emboli riskinden dolayı yaşam tarzı kısıtlamalarına bağlı olarak varfarin kullanan hastaların kaygı düzeyinin yüksek olduğu düşünülmüştür. Balcı ve ark (2016)' nın yaptığı çalışmada etkisiz INR düzeyi olan, yıllık hastaneye yatış oranının fazla olan hastalarda anksiyete düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Etkili bir INR düzeyi elde etmenin zorlukları hastaların duygusal durumu üzerinde etkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin memnuniyet algıları ve kaygı durumlarına etkisinin incelenmesi amacıyla yaptığımız çalışmada hastaların çoğunun eğitim almadığı görülmüş ve TTR oranının düşük olduğu bulunmuştur. Varfarin tedavisine ilişkin verilen eğitim hastaların TTR oranını arttırmıştır. Çalışmamızda Morarma ve/veya kanama yaşama durumu veya yaşama endişesinin hastaların gerçekleştirdiği aktiviteleri yüksek düzeyde kısıtladığı görülmüş ve hastaların varfarin kullanımına ilişkin memnuniyet algılarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Varfarin tedavisine ilişkin verilen eğitim hastaların memnuniyet algısını artırırken kaygı düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Multidisipliner ekip ile görsel eğitim materyelinin oluşturularak eğitimin standartizasyonunun sağlanması,
- Uygulanacak olan takip ve tedavi protokolleri belirlenirken hemşirelerin ve ilgili sağlık profesyonellerinin bu hasta gruplarını dikkatle ele almaları, bireye özgü yöntemlerin kullanılması,
- Varfarin eğitiminin tedavi memnuniyeti ve kaygı düzeyine etkisine yönelik geniş örneklem gruplarında randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Acar A, Hasbahçeci M, Başak F, Canbak T, Çalışkan M, Alimoğlu O, 2012. Warfarin doz aşımına bağlı oluşan kanamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 39, 223-26.
- Almeida GQ, Noblat LACB, Passos LCS, Nascimento HF, 2011. Quality of life analysis of patients in chronic use of oral anticoagulant: an observational study. *Health Qual Life Outcomes*, 9: 91.
- Altunbas G, Ercan S, Davutoglu V, 2013. Overview of Warfarin Treatment and Answers to Questions/Varfarin Tedavisine Genel Bakis ve Sorulara Cevaplar. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 12, 1, 38.
- American Heart Association, 2014. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: A guideline for health care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, Erişim tarihi, 03 Şubat 2018. Erişim adresi, <http://stroke.ahajournals.org/content/45/7/2160.long>
- American Heart Association, 2018. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, Erişim tarihi, 03 Şubat 2018. Erişim Adresi, <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2018/01/23/STR.0000000000000158>
- Arsava M, 2017. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, Beyin Damar Hastalıkları ve Demans.Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi: 9.
- Aşiret GD, Özdemir L, 2012. Antikoagülan ilaçların güvenli kullanımında hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19, 2.
- Balcı KG, Balcı MM,Canpolat U, Şen F, Akboğa M,Süleymanoğlu M, Kuyumcu S, Maden O,2016.Comparison of health-related quality of life among patients using novel oral anticoagulants or warfarin for non-valvular atrial fibrillation *Anatol J Cardiol*, 16 (7), 474-481.
- Baker JW, Pierce KL, Ryals CA, 2011. INR goal attainment and oral anticoagulation knowledge of patients enrolled in an anticoagulation clinic in a veterans affairs medical center. *J Manag Care Pharm*;17(2), 133-142.
- Baumgartner C, Fan D, Fang MC, MD, Singer DE, Witt DM, Schmelzer JR, Williams MS, Gurwitz JH, Sung SH, Go AS, 2018. Anxiety, Depression, and Adverse Clinical Outcomes in Patients With Atrial Fibrillation Starting Warfarin: Cardiovascular Research Network WAVE Study. *J Am Heart Assoc*, 7(8).
- Baş DF, Topçuoğlu MA, Arsava EM, 2013. Yeni antikoagülanlar perspektifinde atriyal fibrilasyon ve inme. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 19, 2, 35-45.
- Baysal E, Midilli T, 2018. Effects of structured patient education on knowledge level and INR control of patients receiving warfarin: Randomized Controlled Trial. *Pak J Med Sci*, 34(2): 240-246.
- Bishop L, Young S, Twells L, Dillon C, Hawboldt J, 2015. Patients' and physicians' satisfaction with a pharmacist managed anticoagulation program in a family medicine clinic. *BMC research notes*, 8, 1, 233.
- Bungard TJ, Barry AR, Jones C, Brocklebank C, 2013. Patient satisfaction with services provided by multidisciplinary anticoagulation clinics. *Pharmacotherapy Nov*, 33(11):1246-51.
- Caldeira D, Cruz I, Morgado G, Stuart B, Gomes C, Martins C, João I, Pereira H, 2014. Evaluation of time in therapeutic range in anticoagulated patients: a single-center, retrospective, observational study. *BMC research notes*, 7, 1, 891.
- Cakebread HE, Knight HM, Gajendragadkar PR, Cooper JP, 2014. Warfarin-induced purple toe syndrome successfully treated with apixaban. *BMJ Case Rep*.
- Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ernst S et al, 2010. Atriyal fibrilasyon tedavi klavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 4, 1-65.
- Cancino RS, Hylek EM, Reisman JJ, Rose AJ, 2014. Comparing patient-level and site-level anticoagulation control as predictors of adverse events. *Thrombosis research*, 133, 4, 652-6

- Carvalho ARD, Ciol MA, Tiu F, Rossi LA, Dantas RAS, 2013. Oral anticoagulation: the impact of the therapy in health-related quality of life at six-month follow-up. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21.
- Chenot J-F, Hua TD, Abed MA, Schneider-Rudt H, Friede T, Schneider S, Vormfelde SV, 2014. Safety relevant knowledge of orally anticoagulated patients without self-monitoring: a baseline survey in primary care. *BMC family practice*, 15, 1, 104.
- Ching TB, Sulaiman SAS, Suleiman AK, Gillani SW, Abubakar U, 2016. Knowledge of warfarin therapy among patients attending Warfarin Clinic at a Public Hospital in Northern part of Malaysian Peninsular. *Archives of Pharmacy Practice*, 7, 1, 14.
- Chiong JR, Cheung RJ, 2013. Long-term anticoagulation in the extreme elderly with the newer antithrombotics: safe or sorry? *Korean Circ J*;43(5):287-92.
- Clarkesmith DE, Pattison HM, Khaing PH, Lane DA, 2017. Educational and behavioural interventions for anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Clarkesmith DE, Pattison HM, Lip GY, Lane DA, 2013. Educational intervention improves anticoagulation control in atrial fibrillation patients: the TREAT randomised trial. *PloS one*, 8, 9.
- Çoban E, Ataklı D, Soysal A, Kırbas D, 2018. Quality of Life of Patients Under Anticoagulant Therapy Compared to Patients Treated with Antiplatelet Therapy. *Arch Neuropsychiatr*, 55(2):157-160.
- Cove CL, Hylek EM, 2013. An updated review of target-specific oral anticoagulants used in stroke prevention in atrial fibrillation, venous thromboembolic disease, and acute coronary syndromes. *Journal of the American Heart Association*, 2, 5.
- Dağcı S, Ören B, Varfarin Kullanan İnmeli Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19, 1, 1-6.
- Dantas GC, Thompson BV, Manson JA, Tracy CS, Upshur RE, 2004. Patients' perspectives on taking warfarin: qualitative study in family practice. *BMC family practice*, 5, 1, 15.
- Demir M, Tekgündüz E, 2014. Antitrombotik ve Antikoagülan Kullanım İlkeleri. *Balkan Medical Journal*, 2010, 1, 69-73.
- Durna Z, Akın S, 2013. Geçici iskemik atak ve inme geçiren hastalarda bakım. İçinde: Woodward S. Mestecky AM. Eds. Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A. Çev ed. *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 357-75.
- Doğu Ö, Acaroğlu R, 2016. Evaluation of Medication Management Safety in Patients Using Oral Anticoagulants. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 19, 3.
- Dossett LA, Riesel JN, Griffin MR, Cotton BA, 2011. Prevalence and implications of preinjury warfarin use: an analysis of the National Trauma Databank. *Archives of surgery*, 146, 5, 565-70.
- Elewa HF, DeRemer CE, Keller K, Gujral J, Joshua TV, 2014. Patients satisfaction with warfarin and willingness to switch to dabigatran: a patient survey. *Journal of thrombosis and thrombolysis*, 38, 1, 115-20.
- Eltayeb TYM, Mohamed MS, Elbur AI, Elsayed ASA, 2017. Satisfaction with and adherence to warfarin treatment: A cross-sectional study among Sudanese patients. *Journal of the Saudi Heart Association*, 29, 3, 169-75.
- Erdem L, Avcı L, Köseoğlu S, Kesici T, Üzel S, Rahman S, Demirel B, Fırat G, Kırmızıgül Ş, Kubat C, 2008. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31, 95-110.
- Erdemoğlu E, Uzunlulu M, Oğuz A, Köstek O, Telci Çaklılı Ö, 2015. Varfarin tedavisi alan hastalarda koagülasyon testlerinin terapötik aralıkta olma oranı. *Medeniyet Medical Journal*, 30(3), 105-9.
- Ertuş F, Kaya H, Kaya Z, Bulur S, Köse N, Gül M, Eren NK, Çağlıyan ÇE, Köroğlu B, Vatan B, 2013. Epidemiology of atrial fibrillation in Turkey: preliminary results of the multicenter AFTER study. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 41, 2, 99-104.

- Farsad B-F, Abbasinazari M, Dabagh A, Bakshandeh H, 2016. Evaluation of Time in Therapeutic Range (TTR) in Patients with Non-Valvular Atrial Fibrillation Receiving Treatment with Warfarin in Tehran, Iran: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10, 9.
- Fumagalli S, Cardini F, Roberts AT, Boni S, D Gabbai D, Calvani S, Rinaldi MC, Manetti S, Tarantini F, Marchionni N, 2015. Psychological effects of treatment with new oral anticoagulants in elderly patients with atrial fibrillation: a preliminary report. *Aging Clin Exp Res*, 27: 99–102.
- Garcia DA, Regan S, Crowther M, Hylek EM, 2006. The risk of hemorrhage among patients with warfarin-associated coagulopathy. *J Am Coll Cardiol*, 47(4):804-8.
- Harrison J, Shaw J.P, Harrison JE, 2015. Anticoagulation management by community pharmacists in New Zealand: An evaluation of a collaborative model in primary care. *Int. J. Pharm. Pract*, 23:173–181.
- Heneghan C, Ward A, Perera R, Bankhead C, Fuller A, Stevens R, Bradford K, Tyndel S, Alonso-Coello P, Ansell J, 2012. Self-monitoring of oral anticoagulation: systematic review and meta-analysis of individual patient data. *The Lancet*, 379, 9813, 322-34.
- Hendriks JM, Vrijhoef HJ, Crijns HJ, Brunner-La Rocca HP, 2013. The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation. *Europace*, 16, 4, 491-9.
- Hines LE, Ceron-Cabrera D, Romero K, Anthony M, Woosley RL, Armstrong EP, Malone DC, 2011. Evaluation of warfarin drug interaction listings in US product information for warfarin and interacting drugs. *Clin Ther*, 33(1), 36-45.
- Hou K, Yang H, Ye Z, Wang Y, Liu L, Cui X, 2017. Effectiveness of Pharmacist-led Anticoagulation Management on Clinical Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pharm Pharm Sci* 20, 378 – 396.
- Işık E, 2006. Anksiyete Belirtileri Ve Tipleri, Çocuk, Ergen Ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul. Golden Print; 26-31.
- İltuş F, Karadakovan A, 2017. Atriyal Fibrilasyon-İnme İlişkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 8, 17, 71-6.
- Johnson JA, Cavallari LH. *Pharmacol Rev*, 2013. Pharmacogenetics and cardiovascular disease--implications for personalized medicine. 17;65(3):987-1009.
- Johnson C, Lane H, Barber P, Charleston A, 2012. Medication compliance in ischaemic stroke patients. *Internal medicine journal*, 42, 4.
- Kamel H, Haeley JS, 2017. Cardioembolic stroke. *Circ Res* 2, 120(3):514-526.
- Kepez A, Erdoğan O, 2013. Anticoagulation for non-valvular atrial fibrillation: new anticoagulant agents. *Anadolu Kardiyol Derg*, 13(4):379-84.
- Kılıç MF, Keçebaş M, Beşli F, Çalışkan S, Güngören F, Yıldırım A, Baran İ, Aydınlar A, 2013. Warfarin Kullanan Hastalarda Etkin INR Düzeyi Oranları ve Etiyoloji ile Olan İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33, 3, 868-73.
- Kılıç T, Topuz R, 2015. Hastalarla İletişimin, Hasta Memnuniyetine Etkisi: Özel, Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması. *Sağ. Perf. Kal. Derg.* (9) 78-95.
- Kılıç S, Kemal H, Yüce Eİ, Şimşek E, Yağmur B, Akgül N, Çınar C, Zoghi M, Gürgün C, 2017. Comparison of Warfarin use in terms of efficacy and safety in two different polyclinics. *Anatol J Cardiol*. 18: 328-33.
- Kumar Y, Abbas AK, Aster JC, 2009. *Temel Patoloji*, 645-715.
- Kocabay G, 2018. Direk Oral Antikoagülanların Atriyal Fibrilasyonda Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Cardiol- Special Topics*: 11(2);77-91.
- Köksal AT, Avcı G, 2015. Oral Antikoagülan İlaç Kullanan Hastalar Antikoagülan Tedavi İle İlgili Ne Biliyor Ve Ne Yapıyor? Bir Kardiyoloji Servisindeki Hastaların Değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bil Derg Cilt:4 Sayı:3 Aralık 2015*
- Matalqah LM, Radaideh K, 2018. Health-Related Quality of Life among Atrial fibrillation Patients Undergoing Anticoagulation Therapy. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 15, 1.

- Matalqah LM, Radaideh KM, Sulaiman SAS, Hassali MA, Ali M, Kader A, 2013. Relationship between patient' s warfarin knowledge and anticoagulation control: result of a validated tool in Malaysia. *J Pharm Biomed Sci*, 30(30), 967-74.
- Mert H, Küçükgüçlü Ö, Sezgin D, Barutcu Cd, Yardımcı T, Erünal M, 2016. Yaşlı Hastaların Oral Antikoagülan Kullanım Memnuniyet Durumlarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 2, 1, 43-50.
- Mercan S, Enç N, 2011. Warfarin kullanan bireylerin eğitim gereksinimleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. Cilt - Vol. 1 Sayı - No. 2
- Moss R, Lowe G, Frampton C, Revell P, 2014. A nurse-led randomised controlled trial of a structured educational programme for patients starting warfarin therapy. *Journal of Research in Nursing*, 19, 5, 402-12.
- Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, Creager MA, Eckel RH, Elkind MS, Fornage M, Goldstein LB, Greenberg SM, Horvath SE, Iadecola C, Jauch EC, Moore WS, Wilson JA, 2014, Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5020564/>Erişim tarihi, 12 Mart 2018.
- Nasser S, Mullan J, Bajorek B, 2012. Challenges of older patients' knowledge about warfarin therapy. *Journal of primary care & community health*, 3, 1, 65-74.
- Öge E, Baykan B, 2015. Nöroloji, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 235.
- Öner N, LeCompte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Birinci Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985; 1-26.
- Özer İŞ, Sorgun MH, Rzayev S, Kuzu M, Tezcan S, Yılmaz V, Ulukan Ç, Çotur H, Rawandi A, Işıkkay CT, 2016. Genç İskemik İnme Hastalarında İnme Etiyolojisi, Risk Faktörleri ve Hastaların İzlemedeki Fonksiyonel Durumları. *Turkish Journal of Neurology/Türk Noroloji Dergisi*, 21, 4.
- Olson KR, 2015. Warfarin and Superwarfarin Toxicity Treatment & Management. Erişim tarihi 16 Ağustos 2018, Erişim adresi Emedicine.Medscape website.<http://emedicine.medscape.com/article/821038-overview>.
- Özdemir G, Ozkan S, Uzuner N, Ozdemir O, Gucuyener D, 2000. Türkiye'de beyin damar hastalıkları için major risk faktörleri: Turk Çok Merkezli Strok Çalışması. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 6, 2, 31-5.
- Özcan T, Altıok M, Babalikli 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*, 13, 3, 292.
- Phelpsa E, Delate T, Daniel M. Paul W, Kathleen H, Nathan P, 2018. Effect of increased time in the therapeutic range on atrial fibrillation outcomes within a centralized anticoagulation service. *Thrombosis Research*, 163; 54–59.
- Polek C, Hardie T, 2012. Warfarin Use Post Hospitalization: Pilot Comparative Effectiveness of Telephone Follow-Up. *Rehabilitation Nursing*, 37, 2, 80-7.1.
- Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu, 2015. Antikoagülan tedavi. 34-40. <http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/273201591949-3440.pdf>. Erişim tarihi 05 Mart 2019.
- Rose AJ, Hylek EM, Ozonoff A, Ash AS, Reisman JI, Berlowitz DR, 2011. Risk-adjusted percent time in therapeutic range as a quality indicator for outpatient oral anticoagulation: results of the Veterans Affairs Study to Improve Anticoagulation (VARIA). *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 4, 1, 22-9.
- Ross S, Walker A, MacLeod MJ, 2004. Patient compliance in hypertension: the role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens*, 18: 607–613.
- Salman E, Erdoğan KE, Sağlam MF, Hıdıroğlu M, 2015. Mekanik kalp kapaklı hastalarda antikoagülan kullanımı ve warfarin direnci. *Ankara Med J*, 15(2), 77- 81.
- Samsa G, Matchar DB, Dolor RJ, Wiklund I, Hedner E, Wygant G, et al, 2004. A new instrument for measuring anticoagulation related quality of life: development and preliminary validation. *Health Qual Life Outcomes*, 2, 22.

- Sayhan MB, Oguz S, Yüksel V, Hüseyin S, Sayhan ES, Yagci G, 2014. The analysis of patients admitted to the emergency department due to complications related to warfarin treatment. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 13, 4, 194.
- Shah SG, Robinson I, 2011. Patients' perspectives on self-testing of oral anticoagulation therapy: contentanalysis of patients' internet blogs. *BMC Health Serv Res*, 11, 25.
- Şendir M, 2008. Antikoagulan tedavi uygulanan nöroşirurji hastalarında bakım. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16, 62, 129-35.
- Taesong A, Kose E, Kikkawa A, Hayaski H, 2017. Hospital pharmacist intervention improves the quality indicator of warfarin control: A retrospective cohort study. *J Med Invest*, 64(3, 4):266-271.
- Tekin G, 2015. Klinik Pratikte Yeni Oral Antikoagulanların Kullanımı. *MN Kardiyoloji*, 22.
- Thomson RG, Eccles MP, Steen IN, Greenaway J, Stobbart L, Murtagh MJ, May CR, 2007. A patient decision aid to support shared decision-making on anti-thrombotic treatment of patients with atrial fibrillation: randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care*, 16(3):216-23.
- Thrall G, Lip GY, Carroll D, Lane D. 2007. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest*, 132(4):1259-64.
- Tülüce D, Bostanoğlu H, 2016. Pıhtı Önleyici Tedavi: Hemşirelik Yaklaşımları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 19, 4.
- Türk Hematoloji Derneği, 2010. Kumadin kullanım rehberi, Erişim tarihi, 01 Şubat 2018. Erişim adresi, http://www.thd.org.tr/THD_Halk/?sayfa=kkk
- Türk Kardiyoloji Derneği Kapak Hastalıkları Çalışma Grubu. Pıhtı önler ilaç (coumadin) kullanan hastalar için kılavuz, 2012. http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/Coumadin_kilavuz.pdf Erişim tarihi: 1 Şubat 2018.
- Türk Toraks Derneği, 2016. Pulmoner tromboembolizm tanı ve tedavi uzlaşısı raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 10, 34-40.
- Turker Y, Ekinozu I, Aytekin S, Turker Y, Basar C, Baltacı D, Kaya E, 2017. Comparison of Changes in Anxiety and Depression Level Between Dabigatran and Warfarin Use in Patients with Atrial Fibrillation. *Clin Appl Thromb Hemost*;23(2):164-167.
- Uludüz D, Duman T, 2014. Kardiyak Hastalıklar ve İnme. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*, 7, 4, 1-9.
- Uyarel H, Onat A, Yuksel H, 2008. Incidence, prevalence, and mortality estimates for chronic atrial fibrillation in Turkish adults. *Turk Kardiyol Dern Ars*;36:214-222.
- Uzuner N, Kutluk K, Balkan S, 2015. Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu.
- Vormfelde SV, Abed MA, Hua TD, Schneider S, Friede T, Chenot JF, 2014. Educating orally anticoagulated patients in drug safety: a cluster-randomized study in general practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111, 37, 607.
- Vestergaard AS, Skjøth F, Larsen TB, Ehlers LH, 2017. The importance of mean time in therapeutic range for complication rates in warfarin therapy of patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-regression analysis. *PloS one*, 12, 11.
- Yaakob CAC, Dzarr AA, Ismail AA, Lah NAZN, Ho JJ, 2010. Anticoagulant therapy for deep vein thrombosis (DVT) in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 6.
- Yıldırım JG, Temel AB, 2014. Duke antikoagulan memnuniyet ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 22, 4, 761-72.
- Yıldız E, Dayapoglu N, 2017. The Satisfaction Levels of Patients Using Anticoagulants. *International Journal of Caring Sciences*, 10, 1, 568.
- Wallentin L, Yusuf S, Ezekowitz MD, Alings M, Flather M, Franzosi MG, Pais P, Dans A, Eikelboom J, Oldgren J, 2010. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin at different levels of international normalised ratio control for stroke prevention in atrial fibrillation: an analysis of the RE-LY trial. *The Lancet*, 376, 9745, 975-83.

- Wang Y, Kong MC, Lee LH, Ng HJ, Ko Y, 2014. Knowledge, satisfaction, and concerns regarding warfarin therapy and their association with warfarin adherence and anticoagulation control. *Thrombosis research*, 133, 4, 550-4.
- Wilson SJ, Wells PS, Kovacs MJ, 2003. Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulation clinics and by family physicians: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 169:293–298.
- Wofford JL, Wells MD, Singh S, 2008. Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin: A systematic review. *BMC Health Serv Res*, 8:40.
- World Health Organization 2014. Global Status Report on Noncommunicable Diseases, Erişim tarihi, 03 Şubat 2018. Erişim adresi, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=D8ED31EDA94B21164572579C344F5DE6?sequence=1
- World Health Organization, 2015. Global burden of stroke, Erişim tarihi, 03 Şubat 2018. Erişim Adresi, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf?ua=1
- World Health Organization, 2018. Cardiovascular diseases, Erişim tarihi, 03 Şubat 2018. Erişim adresi, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf?ua=1



7. EKLER

EK- A: Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı dahilinde “Varfarin Tedavisi Alan İnmeli Hastalara Verilen Eğitimin Memnuniyet Algıları Ve Kaygı Düzeylerine Etkisi” nin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada gönüllük esastır. Araştırmada elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve bu çalışma dışında hiçbir yerde paylaşılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı adı: Fadime GÜR

Anket no:

Protokol no:

A. Sosyodemografik Özellikleri

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet:

Erkek Kadın

3. Medeni durum:

Evli Bekar

4. Eğitim durumu:

Okur-yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

5. Çalışma durumu:

Çalışıyor Çalışmıyor Emekli

6. Gelir Durum Algısı:

Geliri giderden düşük Geliri giderine eşit Geliri giderinden yüksek

7. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Yalnız yaşıyorum Yalnız yaşamıyorum

B. Sağlık/ Hastalık/ Tedavi Özellikleri

8. Sigara kullanıyor musunuz? (ne sıklıkta ve miktarda kullandığınızı belirtiniz)

Evet -----yıl Hayır Bıraktım yıl

9. Alkol kullanıyor musunuz?

Evet yıl Hayır Bıraktım Yıl

10. Kan sulandırıcı (Varfarin) ilacınızı ne kadar süredir kullanıyorsunuz?
.....

11. . Kan sulandırıcı (Varfarin) ilacınız ile ilgili eğitim aldınız mı?

Evet ise kimden.... Hayır

12. Kan sulandırıcı (Varfarin) ilacınız ile ilgili yan etki yaşama durumunuz nedir?

Evet ise nedir.... Hayır

13. Ek hastalık varlığı:

Evet Hayır

14. Kan sulandırıcı (Varfarin) ilacınız haricinde sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

Evet ise hangileri..... Hayır

15. INR düzeyleri ve etkin aralıkta olup olmama durumu

Etkin/ etkin değil	1. Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	4. Ölçüm	5. Ölçüm

EK- B: Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği

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

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

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

	Hiç	Çok Az	Biraz	OrtaDerecede	Biraz Fazla	Çok	Çok Fazla
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?							
2. Morarma veya kanama olasılığı; seyahat etmenizi ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
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?							
4. Morarma veya kanama olasılığı; iş yaşamınızı ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
5. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, morarma veya kanama olasılığı günlük yaşamınızı ne düzeyde etkilemektedir?							

6. Pıhtı önler tedavi yiyecek seçimlerinizi (diyetinizi) ne derece kısıtlamaktadır?							
7. Pıhtı önler tedavi istek duyduğunuzda alkollü içecekleri içmenizi ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
8. Pıhtı önler tedavi reçetesiz ilaçları (aspirin, ibuprofen, vitaminler gibi) kullanmanızı ne derece kısıtlamaktadır?							
9. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavi günlük yaşamınızı ne derece etkilemektedir?							
10. Pıhtı önler tedavi günlük sorumluluklarınızı yapmanızı ne düzeyde zorlaştırmaktadır?							
11. Pıhtı önler tedavi gerekli durumlardaki değişen sorumluluklarınızı ne düzeyde zorlaştırmaktadır?							
12. Pıhtı önler tedaviyi ne kadar karmaşık buluyorsunuz?							
13. Pıhtı önler tedaviyi ne kadar zaman alıcı buluyorsunuz?							
14. Pıhtı önler tedaviyi ne düzeyde moral bozucu olduğunu düşünüyorsunuz?							
15. Pıhtı önler tedavi ne düzeyde eziyetli/zahmet verici buluyorsunuz?							
16. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavi size ne derece külfet/yük getirmektedir?							
17. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedaviyi sürdürme açısından kendinize ne derece güveniyorsunuz?							
18. Pıhtı önler tedavinizdeki tıbbi nedenleri ne kadar iyi anladığınızı düşünüyorsunuz?							
19. Pıhtı önler tedaviniz nedeniyle kendinizi ne düzeyde güvende hissediyorsunuz?							
20. Pıhtı önler tedaviniz nedeniyle morarma ve kanama yaşamanız durumunda ne düzeyde endişelenirsiniz?							
21. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavinin							

yaşamınıza olumlu etkisi ne düzeydedir?							
22. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığımızda, pıhtı önler tedavinin yaşamınıza olumsuz etkisi ne düzeydedir?							
23. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığımızda, pıhtı önler tedaviden memnuniyet durumunuz nedir?							
24. Almış olduğunuz tıbbi tedavileriniz ile karşılaştırıldığında, pıhtı önler tedaviyi yönetmenin sizin için zorluk düzeyi nedir?							
25. Hastalığı veya tedavisi dolayısıyla pıhtı önler tedavisi almak zorunda olan birisine bu tür bir tedaviyi önerir misiniz?							

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

EK-C: Sürekli Kaygı Envanteri Formu

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifade hastaya okunup, sonrada o genel olarak nasıl hissettiği öğrenilip ifadelerin sağ tarafındaki kutucuklardan uygun olanı karalamak suretiyle işaretlenir. Doğru ya da yanlış cevap olmadığı hastaya açıklanır. Her hangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğini gösteren cevap işaretlenir.

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen Her Zaman
1	Genellikle keyfim yerindedir				
2	Genellikle çabuk yorulurum.				
3	Genellikle kolay ağlarım.				
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.				
6	Kendimi dinlenmiş hissederim				
7	Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğukkanlıyım.				
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.				
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
10	Genellikle mutluyum				
11	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
12	Genellikle kendime güvenim yoktur				
13	Genellikle kendimi güvende hissederim.				
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.				
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.				
16	Genellikle hayatımdan memnunum.				
17	Olurolmaz düşünceler rahatsız eder.				
18	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.				

EK-D: Varfarin Kullanımına İlişkin Bilgi Formu

	EVET	HAYIR
1. Kan sulandırıcı ilacımı her gün aynı saatte alırım.		
2. INR takibimi 4 hafta bir yaptırırım.		
3. Kendi kendime INR ölçümü yaparım.		
4. Kan sulandırıcı ilaç kullandığıma dair yanımda kart taşırım.		
5. Kanama riski olan etkinliklerden ve sporlardan kaçınırım.		
6. Diş bakımında yumuşak fırça kullanırım.		
7. Kanamam olduğu zaman hekim/hemşireye haber veririm.		
8. Herhangi bir yerim kesilirse temiz ve kuru bir bez ile bu bölgeye en az 5 dakika yumuşak bir basınç uygularım.		
9. Kan sulandırıcı ilacım dışında bir ilaç kullanacağım zaman hekim/hemşireye haber veririm		
10. K vitamini açısından zengin olan besinleri aşırı tüketmekten kaçınırım.		
11. Beslenme şeklim 7 günü aşan sürede değişirse INR testi yaptırırım.		
12. Aşırı alkol almımdan kaçınırım		
13. Gebelik planlamamda veya gebe kalmam durumunda hekim/hemşireye haber veririm.		

EK-E: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın Adı: Varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin memnuniyet algıları ve kaygı durumlarına etkisi

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, varfarin tedavisi kullanan inmeli hastalara verilen eğitimin memnuniyet algıları ve kaygı durumlarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve neden göstermeksizin çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmadan kendi isteğinizle ayrıldığınızda ya da araştırmacı tarafından araştırma kapsamı dışında tutulduğunuzda herhangi bir cezai işlem uygulanmayacak ve sizin zararınıza bir durum oluşturmayacaktır. Sizlerden alınan veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır, kimlik bilgileriniz kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırma ile ilgili tüm sorularınız araştırmacı tarafından yanıtlanacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Fadime AYNAL

Katılımcının Ad-Soyad:

İmza

Ek-F: Ölçek İzni

KULLANICI İZNI

DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ KULLANICI İZİN FORMU

TARİH: : 08.11.2018

Bölüm 1. KULLANICI DETAYLARI

KULLANIM İZİNİ ALACAK KİŞİ/ KİŞİLER :

1. Kişi _Selda Arslan_____
2. Kişi _Fadime Gür_____
3. Kişi _____
4. Kişi _____

ÜNVAN(lar)

1. Kişi _Doktor Öğretim Üyesi_____
2. Kişi _Hemşire_____
3. Kişi _____
4. Kişi _____

KURUMU :

1. Kişi _S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi_____
2. Kişi _Sivas Numune Hastanesi_____
3. Kişi _____
4. Kişi _____

Adres Bilgisi

1. Kişi _S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Kampüs Selçuklu/Konya_____
2. Kişi _Sivas Numune Hastanesi, Yeşilyurt Mah. Şifa Cad. SİVAS_____
3. Kişi _____
4. Kişi _____

e-mail adres bilgisi

1. Kişi _seldayarali@hotmail.com_____
2. Kişi _fadimegr.gr@gmail.com_____
3. Kişi _____
4. Kişi _____

Telefon Numarası

1. Kişi _0543 9253200_____

EK- F: Ölçek İzni (Devam)

2. Kişi 05537083870 _____
3. Kişi _____
4. Kişi _____

Sorumlu araştırmacının Bilgileri/ İletişim kurulacak kişinin bilgileri* ;

Adı ve Soyadı: Selda Arslan
Ünvanı: Doktor Öğretim Üyesi
Kurumu: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Adresi: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Kampüs Selçuklu/Konya

Email Adresi: seldayarali@hotmail.com
Telefon Numarası: 0543 9253200
Fax numarası (isteğe bağlı): 0332 240 00 56

* işareti ile gösterilen alanlar zorunlu doldurulması gereken alanlardır

Ek-F: Ölçek İzni (Devam)

Bölüm 2. DAMÖ'nün Kullanımı hakkında

1. Bireysel klinik araştırma

- Çalışma için beklenen / harcanacak ortalama süre (toplam period): 15.11.2018-15.05.2019 tarihleri arasında
- Belirsiz Yıl sayısı:

2. Araştırma Proje

- **Araştırmanın başlığı:** Varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin hastaların memnuniyet algıları ve kaygı durumlarına etkisi
- **Araştırma türü:**
 - Metodolojik
 - Diğer : Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel
- **Ortalama olarak örnekleme alınacak hasta sayısı:**
- **Hastaların izlem süresi:** ay
- **Araştırmanın planlanan aralığı:** başlama bitiş
Av/ yıl Av/ yıl
- **Araştırma verilerinin toplanma şekli :**
 - Anket yöntemi Elektronik olarak
 - Eğer elektronik ise
 - Web tabanlı e-mail ile
 - Diğer :

EK-F : Ölçek İzni (Devam)

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

Sayın araştırmacı,

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

İlginiz ve emeğiniz için şimdiden teşekkür eder

Çalışmalarınızda başarılar dilerim

Saygılarımla

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

Sorumlu araştırmacı

Ad ve Soyad Dr. Öğr. Üy. Selda Arslan

İmza

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

Sorumlu araştırmacı

Arş Gör. Dr. Jülide Gülızar YILDIRIM

e-imzalıdır

EK- G: Etik Kurul İzni



Sayı:

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Tarih: .././2018

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı tarihi: 27.06.2018
Toplantı no: 06
Proje no: 927
Karar no: 2018/146

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Selda ARSLAN "Varfarin tedavisi alan inmeli hastalara verilen eğitimin hastaların memnuniyet algıları ve kaygı durumlarına etkisi" adlı çalışmasının görüşüldü. Çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur .

Doç. Dr. Kezban TEPELİ (Başkan)

Doç. Dr. Özlem KARAKUŞ (Üye)

Prof. Dr. Ramazan ARI (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ (Üye)

Prof. Dr. Belgin AKIN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Hacer Alan DİKMEN (Üye)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali CEBİRBAY (Üye)

KATILMADI

Doç. Dr. Sema YILMAZ (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Ebru BAYRAK (Üye)

KATILMADI

Prof. Dr. Nazan AKTAŞ (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Devlet ALAKOÇ BİRPİR (Üye)

Doç. Dr. Deniz TANYER (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ÖZLEM YILMAZ (Üye)

Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Doğa BAŞER (Üye)

Ek- H: Kurum İzni



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS NUMUNE HASTANESİ

Sayı : 93848782/799
Konu : Fadime AYNAL' ın Dilekçesi hk.



SAYIN: Fadime AYNAL

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Fadime AYNAL'ın 13.11.2018 tarihinde Başhekimliğimize verdiği dilekçeye istinaden, "Varfarin Tedavisi Alan İnmeli Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Memnuniyet Algıları ve Kaygı Durumlarına Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının verilerini toplamaya yönelik yapmayı planladığı anket çalışmasını 15.11.2018- 15.05.2019 tarihleri arasında Hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ
Başhekim

8. ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Karaman' da doğdu, ilköğretimi Kazım Özenç Seçen İlköğretim Okulu' nda, liseyi Karatay Mehmet Hanife Yapıcı Anadolu Lisesi' nde tamamladı. 2016 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü' nden mezun oldu. 2016 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisansa başladı. 2017 yılında Sivas Numune Hastanesine atandı ve nöroloji servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

