

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

**KALP KAPAK CERRAHİSİ SONRASI ORAL
ANTİKOAGÜLAN TEDAVİ ALAN HASTALARIN, AKILCI
İLAÇ KULLANIMLARINI VE MEMNUNİYETLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Eda YİĞİT

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2017

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

**KALP KAPAK CERRAHİSİ SONRASI ORAL
ANTİKOAGÜLAN TEDAVİ ALAN HASTALARIN, AKILCI
İLAÇ KULLANIMLARINI VE MEMNUNİYETLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Eda YİĞİT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Hatice AYHAN

ANKARA
2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'ne

"Kalp Kapak Cerrahisi Sonrası Oral Antikoagülan Tedavi Alan Hastaların, Akılcı İlaç Kullanımlarını ve Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu bu çalışma Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Hatice AYHAN



Üye : Doç.Dr.Emine İYİĞÜN



Üye : Doç.Dr.Vesile ÜNVER



Üye : Doç.Dr.Ayşe KILIÇ



Üye : Doç.Dr.F.İlknur ÇINAR



ONAY:

Svl.Me.Eda YİĞİT'in 13/01/2017 tarihinde savunduğu bu tez Akademi Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.



Ömer AZAL
Prof.Dr.
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı'nda yapılmıştır.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen tüm değerli hocalarım olmak üzere başta; yüksek lisans eğitimimi tamamlayabilmem adına büyük desteği olan, bilgi ve deneyimleriyle lisans eğitimim de dahil olmak üzere tüm öğrencilik hayatımda, mesleki kişiliğimin gelişiminde büyük emekleri olan ve bana eşsiz katkılar sunan, profesyonelliği amaç edinmiş olan, kendilerini örnek aldığım, değerli hocam ve danışmanlarım, Yrd.Doç.Dr. Hatice AYHAN'a ve Doç.Dr.Sevinç TAŞTAN'a sonsuz sevgi, saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince, hep yanımda olduğunu bana hissettiren sevgili dostum Bircan BAŞLI KOLÇAK'a, tez çalışmamın özellikle veri toplama aşamasında büyük yardımları olan başta Demet KÖŞKER olmak üzere tüm Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi A.D ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Servisi çalışanlarına; ilgilerini ve desteklerini benden esirgenmedikleri için de ayrıca teşekkür ederim. Eğitim hayatım süresince her zaman yanımda olan aileme de sonsuz şükranlarımı sunarım.

Eda YİĞİT

Ankara 2017

ÖZET

Eda YİĞİT, Kalp Kapak Cerrahisi Sonrası Oral Antikoagülan Tedavi Alan Hastaların, Akılcı İlaç Kullanımlarını ve Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, kalp kapak replasmanı sonrası oral antikoagülan (OAK) ilaç tedavisi alan hastaların akılcı ilaç kullanımlarını (AİK) ve tedaviden memnuniyetlerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma, Eylül 2015– Mart 2016 tarihleri arasında, iki merkezli olarak, en az 6 ay ve üzeri OAK ilaç tedavisi alan 100 hasta ile yürütülmüştür. Veriler; katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri, OAK ilaç kullanımına yönelik bilgileri ile AİK'na yönelik soruları içeren veri toplama formu ve Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Katılımcıların %57'sinin, 12 aydan daha uzun süredir Varfarin kullandığı, çoğunluğunun (%64) uluslararası düzeltme oranı (INR) takibini ayda bir yaptırdığı ve büyük bir çoğunluğunun (%74) varfarin dışında ilaç kullandığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların yaklaşık yarısında (%52) OAK ilaç kullanımından kaynaklı kanama görüldüğü ve en sık görülen kanama tipinin, deride morarmalar (%36.5), burun kanaması (%30.7) ve diş eti kanaması (%21) olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların OAK kullanırken, ilaç kullanımına dikkat ettikleri ve kanamalara yol açacak durumlardan uzak durmak gibi davranışlara sahip oldukları ve neredeyse tamamının AİK'na uygun davranışlar sergiledikleri bulunmuştur.

Katılımcıların, DAMÖ toplam puan ortalaması 75.53 bulunmuş olup, bu durum katılımcıların memnuniyetinin orta ve algılanan yaşam kalitesinin düşük olmadığı şeklinde yorumlanmıştır. Fakat yalnız yaşayan, OAK dışında sürekli ilaç kullanan ve INR takibi için üç saat ve üzerinde zaman kaybeden katılımcıların memnuniyetinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gelecek çalışmalarda bu hasta grubunda belirtilen faktörler dikkate alınarak hemşireler tarafından verilecek planlı eğitimin, tedaviden memnuniyet ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: mekanik kapak replasmanı, oral antikoagülan ilaç, akılcı ilaç kullanımı, memnuniyet, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Eda YİĞİT, Analyzing of Factors Affecting Rational Drug Use and Satisfaction of Patients Receiving Oral Anticoagulant Therapy After Cardiac Valve Surgery, Health Sciences University, Health Sciences Institution, Nursing Program, Master Degree Thesis, Ankara, 2017.

This descriptive study was designed to analyze factors affecting rational drug use (RDU) and treatment satisfaction of patients receiving oral anticoagulation (OAC) drug therapy after heart valve replacement. The study was conducted between September 2015 and March 2016 with a total of 100 patients received at least 6 months of OAC drug treatment in two centers. Data were collected by data collection form (including sociodemographic characteristics and OAC drug use information of participants and questions about RDU) and Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS).

It was determined that 57% of participants used warfare warrants longer than 12 months, majority of them (64%) made the follow-up of international normalized ratio (INR) monthly and a clear majority (74%) were using drugs other than warfarin. In addition, it was found that approximately half of participants (52%) were found to have OAC drug-induced bleeding and most frequent type of bleeding were bruising (36.5%), nosebleeding (30.7%) and gingival bleeding (21%). It was found that participants have behaviors such as taking care of drug use and avoiding situations that would lead to hemorrhage and almost all of them behaved appropriately to OAC.

Participants' total mean score of DASS was 75.53 and it was interpreted as the satisfaction of participants was moderate and the perceived quality of life was not low. However, it was found that participants that were living alone, on continuous medication except OAC and had lost three hours or more of time to follow INR had lower satisfaction ($p<0.05$). In future studies, it is suggested to investigate the effects of planned education, treatment satisfaction and quality of life on nurses considering the factors mentioned in this group of patients.

Key words: mechanical heart valve replacement, oral anticoagulant medicine, rational drug use, satisfaction, quality of life.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalp Kapaklarının Anatomi ve Fizyolojisi	4
2.2. Kalp Kapak Hastalıkları	5
2.3. Kalp Kapak Hastalıklarının Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.4. Kapak Replasmanı Gerektiren Kalp Kapak Hastalıkları	7
2.4.1. Mitral Kapak Hastalıkları	7
2.4.1.1. Mitral darlığı	7
2.4.1.2. Mitral Yetersizliği	8
2.4.2. Aort Kapak Hastalıkları	9
2.4.2.1.Aort Darlığı	9
2.4.2.2. Aort Yetersizliği	10
2.4.3. Triküspid Kapak Hastalıkları	10
2.4.3.1. Triküspid Darlığı	10
2.4.3.2. Triküspid Yetersizliği	11
2.4.4. Pulmoner Kapak Hastalıkları	12
2.4.4.1. Pulmoner Darlığı	12

2.4.4.2. Pulmoner Yetersizliği	12
2.5. Kalp Kapağı Replasmanında Protez Kapak Seçimi	13
2.6. Kalp Kapağı Replasmanı Sonrası Hemşirelik Bakımı	15
2.7. Kalp Kapağı Replasmanı Sonrası Oral Antikoagölan Kullanımı	17
2.8. Kalp Kapak Cerrahisi Sonrası Oral Antikoagölan Tedavi Üzerine Etki Eden Faktörler	19
2.9. Akılcı İlaç Uygulamaları Kapsamında Oral Antikoagölan Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları	21
GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın şekli	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	26
3.4. Katılımcıların Özellikleri	26
3.5. Araştırmada Kullanılan Formlar	26
3.5.1. Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Oral Antikoagölan İlaç Kullanımına ve Akılcı İlaç Uygulamalarına Yönelik Bilgi Formu	27
3.5.2. Duke Antikoagölan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ)	27
3.6. Araştırmanın Uygulanması	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	29
BULGULAR	30
TARTIşMA	42
SONUÇ ve ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar	53
6.2. Öneriler	55
SINIRLILIKLAR	56
KAYNAKLAR	57
EKLER	67
EK 1: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan Etik Kurul	67

Onayı

EK 2: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu'ndan Anket Kurul Onayı	69
EK 3: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu	71
EK 4: Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile OAK İlaç Kullanımına ve Akılcı İlaç Uygulamalarına Yönelik Bilgi Formu Veri Toplama Formu	72
EK 5: Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ)	75



SİMGELER VE KISALTMALAR

AF	: Atrial Fibrilasyon
AİK	: Akılcı İlaç Kullanımı
AKR	: Aort Kapak Replasmanı
DAMÖ	: Duke Antikoagulan Memnuniyet Ölçeği
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
INR	: Uluslararası Normalleştirilmiş Oran (International Normalized Ratio)
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft
KKH	: Kalp Kapak Hastalıkları
MKR	: Mitral Kapak Replasmanı
OAK	: Oral Antikoagulan
PKR	: Pulmoner Kapak Replasmanı
TKR	: Triküspit Kapak Replasmanı
SPSS	: Statistical Package of Social Science
IR	: Interquartile range
$\bar{x}$	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
Med	: Medyan
Min-Maks	: Minimum-Maksimum

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
Şekil 1. DUKE Antikoagölan Memnuniyet Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	37



TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (n:100)	31
Tablo 4.1.2. Kalp Kapağı Replasmanına İlişkin Özellikler (n=100)	32
Tablo 4.2.1. Oral Antikoagülan İlaç Kullanımına Bağlı Kanama Görülme Durumu (n=52)	33
Tablo 4.2.2. Oral Antikoagülan Kullanım Sürelerine Göre Kanama Görülme Durumu	34
Tablo 4.2.3. Katılımcıların Oral Antikoagülan İlaç Kullanımına Yönelik Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=100)	34
Tablo 4.2.4. Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtlar (n=100)	35
Tablo 4.2.5. DUKE Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları	36
Tablo 4.3.1. DUKE Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları	37
Tablo 4.3.2. DUKE Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	38
Tablo 4.3.3. DUKE Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Oral Antikoagülan İlaç Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı	40

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde nüfusun giderek artması ve yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıklarda artış olmuştur (1). Dünyada ve Türkiye’de sakatlık ve ölümlere en fazla yol açan kronik hastalıklardan biri, kalp ve damar hastalıklarıdır (2). Kalp ve damar hastalıkları arasında; iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, inflamatuvar ve hipertansif kalp hastalıkları ile kalp kapak hastalıkları (KKH) yer almaktadır. KKH, konjenital veya edinsel olarak oluşabilmekte, kapakların etkilenme durumlarına göre darlık ve/veya yetersizlik bulgularıyla kendini göstermektedir. KKH; mitral darlığı, mitral yetersizliği, aort darlığı, aort yetersizliği, triküspid darlığı, triküspid yetersizliği, pulmoner darlığı ve pulmoner yetersizliği olarak sıralanabilir (3).

Kalp kapak hastalıklarının en önemli nedeni, gelişmekte olan ülkelerde romatizmal ateş, gelişmiş ülkelerde ise kalp kapaklarındaki kalsifik/dejeneratif değişikliklerdir. Günümüzde KKH, dünya çapında 100 milyondan fazla insanı etkilemektedir (4,5). Şiddetli KKH olan hastaların çoğunun kesin tedavisi, kalp kapak replasmanıdır. Her yıl dünya çapında 100.000 civarında hastaya kalp kapak replasmanı yapılmakta ve 2050 yılında bu sayının yılda 850. 000 olacağı tahmin edilmektedir (6,7).

Protez kapakların, mekanik ve biyolojik olarak tercih edilebilecek iki şekli bulunmaktadır (8). Günümüzde hastalara implante edilen protezlerin çoğunluğunu mekanik kapaklar oluşturmaktadır (9). Mekanik kapak replasmanı yapılan hastaların tromboembolizm riski nedeniyle ömür boyu OAK ilaç kullanmaları gerekmektedir (10). Bu amaçla en sık tercih edilen OAK ilaç, kumarin türevi olan Varfarin’dir (11,12). Varfarin, tedavi edici dozu ile toksik etkilere neden olan dozu birbirine oldukça yakın olan bir ilaçtır (13,14,15). Bu nedenle hastanın INR değerinin hedef aralıkta tutulmasını sağlamak için, sık INR takibi yapılması gerekmektedir (10). Hastaya takılan kapağın türü ve hastaya ait risk faktörlerine göre INR değerinin 2-3,5 arasında olması istenilmektedir (16). Kalp kapak replasmanı sonrası Varfarin’in yetersiz kullanımı ya da ilacın etkinliğini azaltan durumlar tromboembolik komplikasyonlara neden olurken; ilacın yüksek dozda kullanılması ya da etkinliğini

artıran durumların varlığı, başta kanama olmak üzere ciddi yan etkilere neden olmaktadır (17-21).

Varfarin'in doz etkinliğini en çok değiştiren faktörler, ilaç ve besin etkileşimleridir. Bu doğrultuda Varfarin kullanımı, bireyin yaşam tarzını değiştirmesini ya da hayatında yeni düzenlemeler yapmasını zorunlu kılmaktadır (22,23). Bu nedenle Varfarin'in, hemşireler tarafından AİK kapsamında özellikle ele alınması önerilmektedir. Bu kapsamda, antikoagülan tedavi planının oluşturulduğu ilk günden itibaren hasta ve ailesine ilaç kullanımı, ilacın etkileri, yan etkileri ve ilaç etkileşimleri konusunda eğitim verilmelidir. Ayrıca buna yönelik yaşam değişikliği oluşturmaları için farkındalıklarının artırılması gerekmektedir (24).

Hasta için karmaşık antikoagülan tedavi protokolleri, yaşam tarzı değişiklikleri ve sürekli INR takibinin, hastanın tedaviye uyumunu güçleştireceği, yaşam kalitesini ise olumsuz etkileyeceği belirtilmektedir (25, 26). Literatürde birçok farklı nedenle OAK kullanan hastaların, deneyimlerinin incelendiği çalışmalarda, hastaların kontrollere gitmede uyumsuzluklarının olduğu, ilaç etkileşimlerinin sık yaşandığı, besin-ilaç etkileşmesi sonucu sevdikleri besinleri tüketemedikleri ve biyopsikososyal sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir (15,27,28). Hastanın tedaviye uyumunu artırarak, yan etki gelişmesini azaltmak ve böylece yaşam kalitesini yükseltmek için öncelikle tedaviye ilişkin algısını (memnuniyeti), yaşam kalitesini ve sosyal olarak hastalığı yönetebilme durumunu değerlendirmek gerektiği belirtilmektedir. Bu amaçla Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ) geliştirilmiştir (29). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği de yapılarak, hastaların yaşadıkları sorunları ve bakım gereksinimlerini değerlendirmek için sağlık profesyonelleri tarafından kullanabileceği belirtilmiştir (13). Literatürde, antikoagülan ilaç kullanan hastaların memnuniyet düzeylerinin ve yaşam kalitesinin bu spesifik ölçek ile incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, OAK ilaç tedavisinin hastanın yaşamına olumsuz etkilerinin düşük ve orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (26,30). Kronik hastalık varlığı, kanama öyküsü, genç yaşta olma, ilaç etkileşimlerinin olması ve tedavi süresinin yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir. Antikoagülan tedavi alan hastaların yaşam kalitelerini pozitif veya negatif algılanmalarında, klinik ve demografik özelliklerin önemli olduğu, bunların yanı sıra kültürel özelliklerin de bu

algıyı etkileyebileceği, bu nedenle farklı popülasyonlarda da yaşam kalitesinin araştırılması önerilmektedir (26).

Ülkemizde DAMÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada, yaşlı hastaların antikoagülan kullanımına ilişkin memnuniyetinin düşük olmadığı, tedaviyi olumlu algıladıkları ancak; ileri yaşın, kanama durumunun, tedaviye ilişkin yeterli eğitim almanın ve kontrollere gitmek için güçlük yaşamının tedavi memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (31). Bununla birlikte, bu araştırmanın örnekleminin çok az bir kısmını mekanik kapak replasmanı yapılan bireylerin oluşturduğu görülmektedir. Oysa OAK ilaç kullanma nedeninin de, tedaviye ilişkin algı ve yaşam kalitesini etkileyebileceği belirtilmektedir (26,30). Ancak literatürde, yalnızca kalp kapak replasmanı yapılan bireylerin tedavi memnuniyetini ve yaşam kalitesini değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle ülkemizde homojen bir grupta tedaviye ilişkin memnuniyeti değerlendirmenin, bu hasta grubuna özgü bakımı planlamada veri oluşturacağı değerlendirilmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Kalp kapak cerrahisi sonrası oral antikoagülan tedavi alan hastaların, akılcı ilaç kullanımlarını ve tedavi memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalp Kapaklarının Anatomi ve Fizyolojisi

Kalp, göğüs boşluğunda iki akciğer arasında ve sternumun arkasında yer alan bir organdır. İçi boş dört odacıktan oluşmaktadır. Kalbin üsteki odacıklarına kulakçık (atrium), alttaki odacıklarına ise karıncık (ventrikül) adı verilir. Bu odacıklar şunlardır:

- sağ atrium (atrium dexter),
- sol atrium, (atrium sinister),
- sağ ventrikül (ventriculus dexter),
- sol ventrikül (ventriculus sinister).

Atriumlar ile ventriküller arasında ve ventriküllerle buradan çıkan büyük damarlar arasında kapaklar bulunmaktadır. Bu kapaklar, iki adet atrioventriküler kapak, iki adet de büyük damar kapakları (semilunar kapak) olmak üzere 4 adettir.

Atrioventriküler Kapaklar: Atriumlardan ventriküllere pompalanan kan, ventriküllerdeki basınç, atriumlardaki basınçtan daha fazla olduğu için geri dönme eğilimindedir. Atriumların diyastolü sırasında kanın geri dönüşünü engellemek için her bir atrium ile ventrikül arasında atriyoventriküler kapak vardır. Bu kapaklar, ventriküllerin diyastolünde açılarak atriumlardan gönderilen kanın ventriküllere dolmasını sağlar; ventriküllerin sistolü sırasında ise kapanarak, kanın atriumlara geri dönmesine engel olur. Bu kapaklar;

- Triküspit kapak: sağ atrium ve sağ ventrikül arasında bulunmaktadır.
- Mitral kapak: sol atrium ve sol ventrikül arasında bulunmaktadır.

Semilunar Kapaklar: Bu kapaklar, ventriküllere bağlanan büyük damarların girişinde yer alır. Kapandıklarında yarım aya benzerler. Ventriküllerin sistolünde açılarak kanın kalpten arterlere atılmasını; ventriküllerin diastolünde ise kapanarak atılan kanın ventriküllere geri dönüşünü önlerler. Bu kapaklar;

- Pulmoner kapak: sağ ventrikül ile pulmoner arter arasında bulunmaktadır.
- Aort kapağı: sol ventrikül ile aort arasında bulunmaktadır.

Kapaklar, ince fakat sağlam doku parçaları olan yaprakçıklardan oluşur. Yaprakçıklar annulus adı verilen, sert fibröz dokudan oluşmuş bir halkaya tutunurlar.

Annulus kapakçıının şeklinin korunmasını ve desteklenmesini sağlar. Mitral ve triküspit kapağın yaprakçıkları aynı zamanda korda tendinea adı verilen sert, fibröz iplikçiklerle kalp kasına tutunurlar. Korda tendinea ve papiller adaleler yaprakçıkları sabit tutarak ters yönde kan geçişine engel olurlar. (32-34)

2.2. Kalp Kapak Hastalıkları

Kalp kapak hastalıkları, genetik, dejeneratif, infiltratif, infeksiyöz, iskemik hastalıklar ve travma gibi faktörler nedeniyle konjenital ya da edinsel olarak oluşabilmektedir. Kapakların etkilenme durumlarına göre KKH, darlık ve/veya yetersizlik bulgularıyla kendini göstermektedir (3). Kapaklarda daralma olduğunda kapak tam olarak açılmaz ve kanın ileriye doğru akışı engellenir. Kapaklarda yetersizlik olduğunda ise, kapakçıklar tam olarak kapanamaz ve ileriye doğru akması gereken kanın bir kısmı geriye doğru kaçarak vücutta sıvı yüklenmesine neden olur (35). KKH; mitral darlığı, mitral yetersizliği, aort darlığı, aort yetersizliği, triküspid darlığı, triküspid yetersizliği, pulmoner darlığı ve pulmoner yetersizliği olarak sıralanabilir.

3. Kalp Kapak Hastalıklarının Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Günümüzde KKH, dünya çapında 100 milyondan fazla insanı etkilemektedir. KKH'nın en önemli nedeni, romatizmal ateş ve kalp kapaklarındaki kalsifik/dejeneratif değişikliklerdir (4,5).

Gelişmiş ülkelerde son 20 yılda romatizmal ateş görülme sıklığında önemli azalmalar gözlenirse de hala KKH'nın sıklığı yüksektir. Çünkü, gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak dejeneratif kapak hastalığı gelişiminde de artış olmuştur. Özellikle fazla basınca maruz kalan aort ve mitral kapaklarda dejenerasyon daha sık ve erken meydana gelmektedir. Ayrıca, son yıllarda AIDS (Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu), yaygın trombozlarla seyreden antifosfolipit sendromu ile iştah baskılayıcılar ve ergo (damar düz kaslarında α -adrenajik reseptörleri ve serotonin reseptörlerini aktive eder) türevlerinin kullanımı da KKH görülme sıklığında artışa neden olmaktadır (36,37). Bu nedenlerle gelişmiş ülkelerde en sık rastlanan KKH; koroner risk faktörleri ile ilişkili olduğu düşünülen kalsifik/dejeneratif aort darlığı ve iskemik mitral yetersizliğidir.

ABD’de, KKH’nın kalp sorunlarına yol açan 3. en sık neden olduğu ve hasta sayısının her yıl 7 milyonun üzerinde olduğu belirtilmektedir (39). 953 kişinin 10 yıl boyunca takip edildiği toplum temelli bir çalışmada, dejeneratif aort kapak hastalığı prevalansının (%28) yüksek olmasının; uzun süre yüksek kolesterol seviyesine sahip olmak ve aktif sigara içiciliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (39). ABD’de 1999-2011 yılları arasında, sağlık hizmetlerinden faydalanan 65 yaş ve üstü aort kapak replasmanı (AKR) olan, 82 milyonun üzerinde kişinin ele alındığı bir kesitsel çalışmada, AKR oranının yıl başına %1.6 artış gösterdiği bulunmuştur (40).

Gelişmekte olan ülkelerde ise KKH, genellikle romatizmal ateş hastalığının ciddi bir komplikasyonu olarak ortaya çıkmaktadır (38). Gelişmekte olan ülkelerde romatizmal kalp hastalığı insidansının yüksek olması ve yaşlanan nüfusta dejeneratif kapak hastalığı yükünün de giderek artması nedeniyle KKH, büyüyen bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaya devam etmektedir (4,5).

Kalp kapak hastalıkları, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorundur. Ancak, ülkemizde KKH ile ilgili veriler sınırlıdır. 2000 yılında Türk erişkinlerde kalp hastalıkları ve risk faktörlerinin (TEKHARF) belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, KKH’nın prevalansının 143.000 olduğu belirtilmektedir (41). Türkiye’deki, 42 merkezde 2009-2011 arasında, KKH’nda klinik, laboratuvar bulguları ve önerilen tedavi yöntemlerinin araştırıldığı bir çalışmada, 1300 hastaya ait veriler incelenmiştir. Bu çalışmada, Türkiye’deki KKH’nın en sık nedeninin romatizmal ateş olduğu, kadın/erkek oranının 1.5 olduğu, mitral yetersizliği (%43) ve çoklu kapak tutulumunun (%23) en sık görülen KKH olduğu bulunmuştur. Ülkemizdeki tüm KKH’nda romatizmal etyoloji (%46), aort darlığında ise dejeneratif etyoloji (%86) ön plandadır (37).

Kalp kapak hastalıklarına neden olan faktörler daha detaylı incelendiğinde; sosyoekonomik düzey ile yakından ilgili olduğu görülmektedir. Kırsal alandan kente göçün artması, kötü çalışma ve yaşam koşulları, kalabalık yaşam, yetersiz beslenme ve hijyen sorunları da hastalığın insidansını artırmaktadır. Birçok gelişmiş ülkede sosyoekonomik şartlarda düzelme, yaşam kalitesinde artma, daha etkili ve yaygın antibiyotik kullanımına rağmen, KKH’da özellikle 80’li yılların sonlarına doğru

önemli bir artış görülmüştür (42). Genel insidanstaki bu artışa neden olan muhtemel faktörler:

- Çok sayıda ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımına bağlı olarak daha etkili mikroorganizmaların ortaya çıkması,
- Yaşam kalitesi ve refah düzeyinin artmasına paralel olarak yaşam süresinin uzaması ve buna bağlı dejeneratif KKH'nın artması,
- HIV gibi otoimmün sistemi çökerten yeni hastalıkların, infektif KKH'da artışa neden olması,
- Entübasyon, dren, sonda, geçici/kalıcı kalp pili takılması, parenteral enjeksiyonlar gibi hastaların daha uzun süre yaşamasına olanak sağlayan yoğun bakım ekipmanlarının kullanımına bağlı olarak sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonların artması,
- Toplumun gelir düzeyinin artmasıyla beraber obezitenin de artması ve iskemik kalp rahatsızlığına bağlı olarak KKH'ya neden olması,
- Gelişen teknoloji ile birlikte teşhis metodlarının da artarak hastalığın daha net olarak ortaya konulabilmesi olarak sıralanabilir (42).

2.4. Kapak Replasmanı Gerektiren Kalp Kapak Hastalıkları

Şiddetli KKH'sı olan hastaların çoğunun kesin tedavisi sadece kalp kapak replasmanıdır. Protez kalp kapak replasmanı ciddi KKH'sı olan birçok hasta için önerilmekte ve her yıl dünya çapında 100.000 hastaya kalp kapak replasmanı yapılmaktadır. 2050 yılında da bu sayının yılda 850. 000 olacağı tahmin edilmektedir (6,7).

2.4.1. Mitral Kapak Hastalıkları

2.4.1.1. Mitral darlığı

Erişkinlerdeki mitral darlığın en sık nedeni, romatizmal endokardittir. Doğuştan mitral darlık nadir görülür. Romatizmal ateş, yaprakçıkların kalınlaşmasına ve kalsifikasyonuna yol açar. Mitral darlık, dünya genelinde hala önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir ve ülkemiz için de halen önemini korumaktadır. Romatizmal

mitral darlığın görülme oranı cinsiyetler arasında farklılık göstermekte, hastaların üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır (18,43-45). Romatizmal kapak hastalarının yaklaşık %25'inde mitral darlık görülürken, %40'ında mitral darlığı ve mitral yetersizliği beraber görülmektedir. (43,46)

Mitral darlığı olan hastalar uzun yıllar asemptomatik kalabildikleri için genellikle günlük yaşam aktiviteleri sırasında performanslarında azalma fark ettikleri zaman hastaneye başvurumaktadırlar (19). Hastalarda semptomlar genellikle, normalde 4-6 cm² olan mitral kapak alanının, 1.5cm²'ye gerilemesiyle ortaya çıkmaya başlamaktadır (44).

Mitral kapak alanı <1.5cm² ve hastada mitral darlığı ile ilgili semptomlar mevcut ise kapak replasmanı düşünülmektedir. Ancak günümüzde uygun kapak anatomisine sahip hastaların büyük bir bölümünde ve cerrahi için uygun olmayan yaşlı hastalarda, hastanın seçimi ve sağlık merkezinin deneyimi de göz önüne alınarak, cerrahiye alternatif olarak perkütan mitral komissurotomi uygulanabilmektedir. Birçok seri çalışmada perkütan mitral komissurotomisinin uzun dönemdeki sonuçları en az açık mitral komissurotomi kadar mükemmel bulunmuştur. Perkütan mitral komissurotomisinin başarısını belirleyen ana belirleyici unsur (%80-95) sağlık merkezinin ve sağlık ekibinin başarısıdır (18,44).

Günümüzde hastaların giderek daha ileri yaşlarda, ciddi mitral darlığı nedeniyle hastaneye başvurması ve kapağın perkütan mitral komissurotomi ile açık mitral komissurotomi için uygun olmaması sebebiyle mitral darlığı olan hastaların çoğuna (~%95) mitral kapak replasmanı (MKR)yapılmaktadır (18).

2.4.1.2. Mitral Yetersizliği

Mitral yetersizliği, mitral kapaktaki patolojiler nedeniyle sistolde sol ventrikülden sol atriuma kan geçişi ile karakterizedir. Mitral yetersizliği akut ve kronik olarak iki şekilde karşımıza çıkabilmektedir (18,37).

Hafif ve orta dereceli mitral yetersizliği, genelde semptomlara neden olmadığı için tedavi gerektirmemekte ancak hastanın takip edilmesi gerekmektedir (18,47). Semptomatik mitral yetersizliğinde ise cerrahi kararı; ciddi sol ventrikül disfonksiyonu varlığına, hastanın klinik belirti ve bulgularına, hemodinamik

bilgilerine, operasyonun hasta için riskine, kapağın tamire uygun olup olmadığına göre verilmektedir (18).

Amerikan Kalp Birliği / Amerikan Kardiyoloji Koleji'ne göre mitral yetersizliği olgularının %90'ından fazlasında onarım mümkündür ancak olgularının %10'unda MKR gerekmektedir. Mitral onarımın, MKR'ye göre tercih sebepleri; cerrahi riskin düşük olması, ventrikül fonksiyonlarının daha iyi korunması, tromboemboli riskinin düşük olması, antikoagülan kullanım oranının daha az olması, hemodinamik performansta daha iyi düzelme, düşük endokardit riski olması, daha uzun yaşam süresi ve düşük maliyettir. Kapağın onarımında ameliyat mortalitesi <%1'dir ve neredeyse %95 tekrar operasyona gerek duyulmamaktadır. Ayrıca, operasyondan sonraki 15-20 yıl içinde orta ya da ciddi mitral yetersizliği %80 tekrar görülmemektedir. Bu nedenle mitral yetersizliği olan hastalarda uygulanabilir olması durumunda en uygun tedavi seçeneği, kapağın onarımıdır (48).

2.4.2. Aort Kapak Hastalıkları

2.4.2.1. Aort Darlığı

Aort darlığı, en yaygın olan ve en çok ani ölüme neden olan KKH'dır (49). Bunun nedenlerinden biri, nüfusun %1-2'sinin aort darlığının hazırlayıcı faktörlerinden biri olan biküspit aort kapağı ile doğmasıdır. Ek olarak dejeneratif değişikliklerin yaşla birlikte artış göstermesinin de etkisi olduğu söylenebilir. Aort darlığı, 65 yaş üstü kişilerin %2-7'sini etkiler ve diğer KKH'dan daha fazla morbidite ve mortaliteye neden olur (18,43).

Aort darlığı, yavaş ilerleyen ve geç semptom veren bir hastalık olduğundan hastalar çoğunlukla asemptomatik dönemde tespit edilir. Bu dönemde morbidite ve mortalite çok düşüktür. Hastalığın ciddiyetinin belirlenmesinde en önemli bulgu, sol ventrikül hipertrofisidir (44). Şiddetli aort darlığı olan semptomatik hastalara ve şiddetli aort darlığı olup, başka nedenlerle cerrahi girişim geçirecek olan asemptomatik hastalara erken dönemde AKR önerilmektedir (18).

Ciddi aort darlığı olup, AKR için yüksek risk taşıyan hastalarda transkateter aort kapak implantasyonu iyi bir seçenektir. Fakat transkateter aort kapak implantasyonunun kardiyologlar, kalp cerrahları ve gerektiğinde diğer uzmanların da

aralarında bulunduğu çok disiplinli bir kalp ekibinin bulunduğu ve kalp cerrahisi uygulanabilen hastanelerde gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Bu nedenle transkateter aort kapak implantasyonu, şiddetli semptomatik aort darlığı olan ve AKR için uygun olmayan fakat transkateter aort kapak implantasyonusunun yaşam kalitesi düzelebilecek ve yaşam beklentisi bir yıldan fazla olan hastalar için önerilmektedir (18).

2.4.2.2. Aort Yetersizliği

Aort yetersizliği, yaprakçığın kapanmasını engelleyen aort kökü hastalığından (Marfan sendromu, aort diseksiyonu, bağ dokusu hastalığı gibi) veya yaprakçıkların kendi patolojilerinden (infektif endokardit, romatizmal ateş, anorektik ilaçlar gibi) meydana gelmektedir. Aort yetersizliği de diğer KKH'da olduğu gibi akut ya da kronik olabilir. Akut aort yetersizliğine sıklıkla infektif endokardit, aortanın diseksiyonu ve künt göğüs travması neden olur. Akut aort yetersizliğinde ani olarak nefes darlığı ve akciğer ödemi gelişir. Bu nedenle de acil AKR gerektirir. Kronik aort yetersizliğinde ise bu belirtiler sol ventrikülün uyum mekanizmalarından dolayı geç dönemde ortaya çıkar. Kronik aort yetersizliğinin sebepleri ise; toplumdan topluma değişiklik gösterse de romatizmal hastalık, idiyopatik aort kökü genişlemesi, kalsifik/dejeneratif aort kapak hastalığı, bağ dokusu hastalıkları, biküspid aort kapağı ve infektif endokardittir (44, 39). Şiddetli aort yetersizliği ve istirahatle sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu $\leq$ %50 olan asemptomatik hastalarda da AKR önerilmektedir (18).

2.4.3. Triküspid Kapak Hastalıkları

2.4.3.1. Triküspid Darlığı

Triküspit darlığı, genellikle romatizmal nedenli olup gelişmekte olan ülkelerde halen görülmektedir. Romatizmal nedenli triküspit darlığı, genellikle yetersizlikle beraber seyretmektedir. Mitral darlığı gibi eşlik eden kapak lezyonları, triküspit darlığın klinik belirtilerini maskeleyiği için triküspit darlığı sıklıkla gözden kaçmaktadır (18,50).

Triküspit darlığın cerrahi seçenekleri arasında, açık volvülotomi ve triküspit kapak replasmanı (TKR) yer almaktadır (18,44). Triküspit kapak cerrahisinde, ilk

tercih mümkünse kapağın tamir olması yönündedir. Kapağın tamir edilmesi durumunda %94.5 operasyonun tekrarlanmasına gerek duyulmaz. Ancak, kapağın tamirinin mümkün olmadığı ciddi yapısal bozukluklarda ikinci ve son seçenek olan TKR yapılmaktadır. TKR, tüm triküspit kapak ameliyatlarının %1.7'sini oluşturmaktadır. TKR gereken hastalar, genellikle erken ve uzun dönemde mortalite oranı yüksek olan, yüksek riskli cerrahi adaylarıdır. Yüksek mortalitenin sebepleri arasında; ameliyata giren hastaların yaş ortalamasının yüksek olması, karaciğer disfonksiyonu varlığı, yüksek ortalama pulmoner arter basıncı ve sağ ventrikül disfonksiyonu sayılmaktadır. Sağ kalım oranının, triküspit kapağın tamirinde %50, değiştirilmesinde ise %20.7 olduğu belirtilmektedir (51, 52).

2.4.3.2. Triküspid Yetersizliği

Triküspit yetersizliği, sağ ventrikül yetersizliği ve dilatasyonuna bağlı fonksiyonel bir yetersizlik nedeniyle gelişmektedir. Sol kalp hastalığına bağlı pulmoner hipertansiyon, sağ ventrikül infarktüsü ve doğuştan kalp hastalıkları bu duruma örnek olarak verilebilir. Ayrıca romatizmal ateş, endokardit, kalp tümörleri ve Marfan Sendromu ve Sistemik Lupus Eritematosus gibi bağ dokusu hastalıklarına bağlı olarak da ortaya çıkabilir (18,44).

Triküspit yetersizliğinde, cerrahi girişimin gerekliliği ve zamanlanması halen tartışılmaktadır. Eğer mümkünse ilk tercihin kapağın onarımı yönünde olması önerilmektedir. Triküspit yetersizliği, kapağın kendisine ait organik bir patolojiden kaynaklanıyor ise cerrahi girişim için geç kalınmaması ve sağ ventrikül işlev bozukluğu oluşmayacak kadar erken dönemde cerrahi planlanması tavsiye edilmektedir. Şiddetli triküspit yetersizliği olan ve şiddetli sağ ventrikül işlev bozukluğu bulunmayan semptomatik hastalarda ise; TKR önerilmektedir. (18,44). Günümüzde triküspit cerrahisi genellikle diğer kapak cerrahileri sırasında yapılmaktadır. TKR ile mitral kapak cerrahisi beraber % 14.3, aort kapak cerrahisi ile beraber % 4.8 ve her ikisiyle beraber % 33.3 olarak yapılmaktadır (52,53).

2.4.4. Pulmoner Kapak Hastalıkları

2.4.4. 1.Pulmoner Darlığı

Pulmoner kapak hastalıkları diğer kapak hastalıklarına kıyasla daha az görülmektedir. Pulmoner darlığı, genellikle konjenitaldir ve çocukluk döneminde saptanır. Diğer konjenital hastalıklarla birlikte görülebilse de sıklıkla tek başına görülür. Hafif ve orta derece pulmoner darlığına sahip çoğu hasta asemptomatiktir. Hatta ciddi pulmoner darlığı olan bazı kişiler de asemptomatik olabilir. Hastalarda azalmış kalp debisine bağlı olarak görülen dispne ve yorgunluk tipiktir. Ciddi pulmoner darlığı, sağ kalp yetmezliğine neden olabilir. Bu nedenle valvulotomi, pulmoner kapak replasmanı (PKR) ya da perkutan girişimlerin zamanlamasının, diğer KKH'nda olduğu gibi iyi planlanması ve semptomlar ilerlemeden yapılması önerilmektedir (44,54).

Pulmoner darlığı olan hastalarda öncelikle tercih edilen yaklaşım, iyi sonuçlar alınan perkütan balon valvuloplastidir. Uzun dönem takiplerde komplikasyon olarak %8 oranında restenoz görülsede, balon ile redilatasyon başarı sağlamaktadır. Perkütan balon valvuloplastide başarısız olunan ya da bunun için uygun morfolojiye sahip olmayan hastalar için ise, ilk seçenek valvulotomidir. Eğer pulmoner darlığı ciddi boyutlara ulaşmış ve hasta tarafından tolere edilemiyorsa, PKR önerilmektedir (44,54).

2.4.4.2.Pulmoner Yetersizliği

Pulmoner yetersizliği, sağ ventrikül volüm yüklenmesine neden olmasına rağmen uzun yıllar tolere edilebilir. Pulmoner yetersizliği, pulmoner hipertansiyon nedeniyle pulmoner kapak halkasının dilatasyonu, Marfan sendromu gibi bağ doku hastalıklarındaki pulmoner arter dilatasyonu, infektif endokardit, doğuştan anomaliler ve karsinoid sendroma bağlı nedenlerle gelişebilir. Pulmoner yetersizliğitek başına çok nadiren olabilir ve tedavi gerektirecek kadar ciddi değildir (44).

Pulmoner yetersizliğinin tedavisinde digoksin kullanımının yararlı olduğu belirtilmektedir. Eğer tedaviye dirençli sağ kalp yetmezliğine neden olan pulmoner yetersizliği mevcut ise, PKR önerilmektedir (44).

2.5. Kalp Kapağı Replasmanında Protez Kapak Seçimi

Protez kapaklar, bir açıklık yoluyla kanın akışına izin verecek şekilde, açılır ve kapanır yapıda tasarlanmıştır. Protez kapakların, mekanik ve biyolojik olarak tercih edilebilecek iki şekli bulunmaktadır:

Mekanik Kapaklar: Pyroli karbon, dakron ve teflon gibi farklı metal alaşımlardan yapılmaktadır. Bu kapaklar, metal yapısından dolayı son derece dayanıklıdır ancak tromboemboli riskini azaltmak için hastanın sürekli yaşam boyu antikoagülan tedavi almasını gerektirmektedir. Mekanik kapakların kafes içinde top, iki yaprak ve disk şeklinde olmak üzere yaygın olarak kullanılan üç şekli bulunmaktadır. Ancak en çok tercih edileni iki yapraklı modeldir.

Biyolojik Kapaklar: Hayvan ya da insan dokusundan elde edilir ve esnek bir mekanizması vardır. Trombüs oluşma riski az olduğundan uzun dönem antikoagülasyon kullanımını gerektirmemektedir. Bununla birlikte biyolojik kapakların dayanıklılığı sınırlı (yaklaşık 10-15 yıl) ve erken kalsifikasyon oluşma riski vardır (8).

Gerek biyolojik gerekse mekanik olsun mükemmel bir protez kapak yoktur. Her iki kapak türünde de sorunlar yaşanabilmektedir (18, 55). Mekanik ve biyoprotez kapak replasmanı sonrası her ikisinde de tromboembolizm ve enfeksiyon görülebilir. Tromboembolizm riski mekanik kapaklarda daha fazla olmakla birlikte; mekanik kapaklarda pannus formasyonu, kanama, yapısal sorunlar (strut kırıkları gibi) ve subklinik hemoliz gibi problemler görülebilmektedir. Bununla birlikte, biyolojik kapak replasmanı sonrası ise; yapısal dejenerasyon ve tekrar ameliyat riski söz konusu olabilmektedir (56,57). Kalp kapak cerrahisi sonrasında, implante edilen protez kapakla ilişkili yaşanabilecek komplikasyonları azaltmak için, ameliyat sonrasında tedavi yönetiminin başarılı olmasının yanında, hastaya en uygun protez kapağın seçilmesi de önemlidir (18,55). Protez kapağın seçiminde hasta ve cerrahi işlem ile ilişkili faktörler belirleyicidir. Hasta ile ilişkili faktörler arasında; hastanın yaşı, eşlik eden hastalıkları, ameliyat öncesi atriyal fibrilasyon (AF) varlığı, kişiden kişiye değişiklik gösterebilen antikoagülasyonla ilgili riskleri, hastanın kişisel tercihi, düzenli ilaç kullanma alışkanlığı ve tedaviye uyumu ile yaşam tarzı, gebelik beklentisi

ve mesleği sayılabilir. Cerrahi işlem ile ilişkili faktörler ise; dar veya kalsifiye aort kökü, endokardit gibi bir hastalığın varlığı ile cerrahın tercihi ve deneyimidir.

Aort/mitral protez kapak seçiminde, mekanik protez kapak kullanımının önerildiği durumlar:

- Eşlik eden hastalıkları, yaşam tarzı, çalışma koşulları ve antikoagülan tedaviye uyumu açısından uzun süreli antikoagülan kullanımı kontrendike olmayan ve antikoagülan kullanımı hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra rızası olan,
- Hızlanmış yapısal kapak bozulması riski taşıyan,
- Başka bir konumda mevcut mekanik protez kapağa sahip olup zaten antikoagülan tedavi almakta olan,
- Yaş dışında diğer faktörlerin de dikkatle incelendiği 60 yaşın altında aort konumunda protez takılacak ve 65 yaşın altında mitral konumunda protez takılacak olan,
- Ülkeye özgü yaşam beklentisine göre hesaplanan yaşam beklentisi >10 yıl olan ve ileride tekrarlanacak kapak cerrahisi yüksek risk yaratabilecek hastalarda mekanik protez kapak düşünülmelidir (18).

Aort/mitral protez kapak seçiminde, biyoprotez kapak kullanımının önerildiği durumlar:

- Uyum sorunları nedeniyle kaliteli bir antikoagülasyon sağlanamayan ya da kanama riski yüksek olan (uyumsuz ve isteksiz hastalar, eşlik eden hastalıkların olması, majör kanama öyküsü, meslek, yaşam tarzı vb.) hastalarda,
- Gebelik düşünen genç kadın hastalarda,
- İmplant edilen mekanik kapakta oluşan tromboz nedeniyle tekrar ameliyat olacak olan hastalarda,
- Kapak replasmanının tekrarlanması durumunda riskin düşük olduğu düşünülen hastalarda,

- AKR düşünölen 65 yaşın özeri hastalarda veya MKR düşünölen 70 yaşın özeri hastalarda, yaşam beklentisinin biyoprotezin ömründen kısa olacağı öngörölen hastalarda biyolojik kapak düşünölmelidir (18).

Erişkinlerde mekanik kapak ile biyoprotez kapak arasındaki seşim birincil olarak, mekanik kapak varlığı nedeniyle kullanılan antikoagölan tedaviye bağlı kanama ve tromboemboli riski ile; bir biyolojik kapak varlığında söz konusu olan yapısal kapak bozukluğu riski değerlendirilerek, hastanın hedefleri, değerleri ile yaşam ve sağlık bakımı tercihleri dikkate alınarak belirlenmektedir (6,58). Güncel kılavuzlar, 70 yaş özeri hastalarda biyolojik kapağı tavsiye etmektedir. çünkü, bu kapak türü yaşlı erişkinlerde dayanıklıdır ve vitamin-K antagonistlerinin uzun vadede antikoagölan risklerinden de kaçınılmış olunur (18,48). 65 yaşın altında olan hastalarda ise mekanik kapaklar, biyolojik kapaklara göre daha uzun süre fonksiyonunu sürdürebildiği için daha uygun bir seçenektir. Hastanın başka bir nedenle de (ör: AF gibi) antikoagölasyon ihtiyacı olacaksa mekanik kapak replasmanı düşünölmelidir. Ayrıca aort pozisyonunda 8 yıldan sonra, mitral pozisyonunda 5 yıldan sonra biyolojik kapaklarda bozulma ve disfonksiyon riski de daha fazladır (44). Günümüzde hastalara implante edilen protezlerin çoğunluğunu mekanik kapaklar oluşturmaktadır (9).

2.6. Kalp Kapağı Replasmanı Sonrası Hemşirelik Bakımı

Kalp kapağı replasmanı, genellikle median sternotomi insizyonu ile kardiyopulmoner bypass makinesi kullanılarak, açık kalp cerrahisi yöntemiyle geręekleştirilmektedir. Bu nedenle ameliyat sonrası hastanın bakımı, koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hasta bakımı ile benzerlik göstermektedir (8).

Ameliyat sonrası yoğun bakıma kabul edilen hastada, izlem ve tedavi amacıyla kullanılmak üzere geniş lümenli periferel ve santral kateterler, arteriyel kateter, idrar katereri, pacemaker telleri, mediyastinal ve/veya plevral göğüs tüpleri ve endotrakeal tüp bulunmaktadır. Kalp kapak replasmanı sonrası yoğun bakımda hastada görölebilecek öncelikli sorunlar: azalmış kardiyak output, gaz değerışiminde bozulma, sıvı volüm dengesizliği, serebral dolaşım bozukluğu ve hipotermidir (8). Bu sorunların önlenmesi veya erken fark edilebilmesi için;

- Hastada kalp hızı, ritmi, arteriyel kan basıncı, santral venöz basınç, periferik oksijen satürasyonu, kardiyak output gibi hemodinamik parametreler monitörize edilir, sık aralıklarla izlenir ve kayıt edilir,
- Hastanın bilinç durumu, pupil büyüklüğü ve ışığa reaksiyonu, ekstremitelerin motor ve duysal yanıtları gibi nörolojik parametreleri sık aralıklarla takip edilir ve kayıt edilir,
- Hastanın uyanıklığı gözlenir,
- Hasta mekanik ventilatöre bağlanıp, periferik oksijen satürasyonu, göğüs hareketlerinin simetrisi ve ventilatör ayarlarının uygunluğu değerlendirilir, hekim istemine göre kan gazı takibi yapılır,
- Hastanın vücut sıcaklığı takip edilir, uygun cihaz ve yöntemlerle aşamalı olarak ısıtılır,
- Hastanın aldığı çıkardığı takibi yapılır, hekim istemine göre elektrolit değerleri takip edilir,
- Hastanın drenlerine seviye konulur, göğüs tüpü drenajının rengi ve miktarı kanama açısından takip edilir,
- Yoğun bakımda hastanın hemodinamisi stabilize edildiğinde, oryante ve koopere olduğunda, spontan solunumu başladığında mekanik ventilatörden ayrılıp oksijen ile solunumu desteklenir ve solunum egzersizleri yaptırılır,
- Hastanın durumu stabil ise oral alıma geçilir, hastanın INR değerine göre hekim istemi doğrultusunda OAK ilaç tedavisi başlatılır,
- Hastanın erken mobilizasyonu sağlanır,
- Göğüs tüpü drenajı kesildikten sonra hekim ile birlikte drenleri çekilir,
- Hastanın hemodinamisi stabil olduğunda, oral alıma geçtikten ve mobilizasyonu gerçekleştirildikten sonra hasta klinik bakım ünitesine transfer edilir (8,10).

Klinik bakım ünitesinde;

- Vital bulguların takibi yapılır,
- Hastanın ağrısının tipi, yeri, şiddeti ve süresi belirlenir, nonfarmakolojik ve hekim istemine göre farmakolojik analjezik uygulanır,
- Hastanın kilo takibi yapılır,

- Günlük aldığı çıkardığı takibine devam edilir, sıvı elektrolit dengesizliği belirti ve bulguları izlenir,
- Barsak boşaltımı takip edilir,
- Sık mobilizasyonu sağlanır,
- Derin solunum, öksürük egzersizleri yaptırılır,
- Midsternal yara bakımı yapılır, insizyon bölgesi enfeksiyon belirti ve bulguları açısından gözlenir (8,10,59).

Hastalar kalp kapağı replasmanı sonrası genellikle 4-7 gün içinde taburcu olmaktadırlar. Bu süre kapak cerrahisi ile birlikte diğ er cerrahi girişim geçirenlerde (rn: Koroner arter bypass greft cerrahisi, ileri yaş, sol ventrikül bozukluğı gibi durumlarda) farklılık gösterebilmektedir. Hastalara taburcu olurken;

- Enfeksiyon belirti ve bulguları,
- Sternumun iyileşmesini sağlamak için kaçınılması gereken göğüs kafesini zorlayıcı hareketler,
- Ağrı kontrolü,
- z bakım gereksinimleri,
- Beslenme,
- Aktivite ve egzersiz,
- Cinsel yaşam hakkında bilgi verilir,
- Özellikle mr boyu OAK kullanacakları için, ilaçların etkileri, yan etkileri, kullanım şekilleri ve ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerine yönelik önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılır,
- OAK kullanırken, INR değerinin hedef aralıkta tutulmasını sağlamak için sürekli INR takibi yapılması gerektiğı anlatılır,
- Bakteriyel endokarditi önlemek için diş çekimi, ameliyat vb. durumlarda işlem öncesi profilaktik antibiyotik kullanmaları gerektiğı açıklanır (8,10,25,59).

2.7. Kalp Kapağı Replasmanı Sonrası Oral Antikoaglan Kullanımı

Mekanik protez kapağı olan tüm hastalarda yaşam boyu antikoagülan ilaç kullanımı önerilmektedir (neri sınıfı: I Kanıt düzeyi: B) (17,18). Antikoagülanlar, esas olarak yeni trombus oluşumunu ve mevcut trombusün genişlemesini önlemek

amacıyla kullanılmaktadır Antikoagölan ilaçlar, oral ve parenteral olmak üzere iki formda kullanılmaktadırlar. Parenteral uygulamalarda hızlı etkinlik sağlamak için heparin ve türevleri tercih edilmektedir. Heparin, antitrombin III'ün etkinliğini artırarak ve bazı pıhtılaşma faktörlerinin aktivitelerini inhibe ederek pıhtılaşma sürecine etki etmektedir (12). OAK ilaçlar ise, karaciğerde K vitaminine bağımlı koagülasyon faktörlerinin (faktör II, VII, IX, X) sentezini ve aktivasyonunu bozarak dolaylı yoldan antikoagölan etki gösterirler.

OAK ilaçlar, kimyasal yapılarına göre İndantion türevleri ve Kumarin türevleri olmak üzere iki alt gruba ayrılır. Bu gruplar arasında, biyoyararlanım oranının %90'ın üstünde olması, ciddi yan etkisinin düşük olması ve ağız yoluyla alınmasının kullanımı kolaylaştırması gibi nedenlerden dolayı en sık tercih edileni, kumarin türevi olan Varfarin'dir (11,12).

Mekanik kalp kapağı olan hastalarda da tromboembolik olaylardan korunmak amacıyla en sık kullanılan ilaç, K vitamini antagonisti olan Varfarin'dir (17,18). Antikoagölan ilaçlar, tedavileri sırasında yakından izlem gerektirir. Çünkü Varfarin'nin tedavi edici dozu ile toksik etkilere neden olan dozu birbirine oldukça yakındır (22). Varfarin tedavisini izlemede kullanılan en yaygın laboratuvar testi ise, INR'dir. INR değerinin birimi yoktur ve normal bir insanda INR değeri 1'dir. Hastaya takılan kapağın türü ve hastanın sahip olduğu risk faktörlerine (yaş, diyet değişimleri, hastalık durumu, kullandığı ilaçlar vb.) göre INR değerinin 2-3.5 arasında olması istenilmektedir (16). MKR'da hedef INR değeri 2.5-3.5 arasında, AKR ise hedef INR değerinin 2.0- 3.0 arasında olması önerilmektedir (61).

INR ile yapılan Varfarin doz ayarlaması kişiden kişiye değişiklik gösterebilmekte, bazı hastalarda sık aralıklarla takip edilmesi gerekmektedir. Buradan yola çıkarak Varfarin'e alternatif tedavi seçeneği olarak; dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban gibi yeni OAK ilaçlar geliştirilmiş olup, ülkemizde de kullanıma sunulmuştur. Dabigatran ve rivaroxabanın avantajları, Varfarin'den farklı olarak hızlı başlangıçlı ve kısa yarılanma ömrüne sahip olması, düzenli ve öngörülebilir etkilerinin olması ve ilaç etkilerini değerlendirmek amacıyla izlem yapılmasına gereksinim duyulmamasıdır. Fakat bu ajanların kanama komplikasyonuna karşı takip ve tedavi seçeneklerinin bulunmaması nedeniyle kullanımları kısıtlıdır. Bu ajanlar özellikle; venöz tromboembolinin primer tedavi ve sekonder korumasında, total kalça ve diz

artroplastisi sonrasında venöz tromboemboli profilaksisinde, nonvalvüler AF sonrası inme ve sistemik emboliyi önlemede kullanılmaktadır. Henüz yeterli veri olmadığı için bu ajanlar gebelikte kullanılmamaktadır (16,62,63). Ayrıca, mekanik kalp kapağı olan hastalarda dabigatranın kullanımının, Varfarin ile karşılaştırıldığında, artmış tromboemboli oranları ve kanama komplikasyonlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle mekanik kalp kapağı olan hastalarda yeni OAK kullanımı kontrendikedir (64,65). Bu nedenlerle günümüzde Varfarin, mekanik kalp kapağı olan hastalarda tromboembolik komplikasyonların önlenmesinde hala yaygın olarak kullanılmakta ve uygun takibi yapılabilirse de son derece etkili olmaktadır (6).

2.8. Kalp Kapak Cerrahisi Sonrası Oral Antikoagülan Tedavi Üzerine Etki Eden Faktörler

Kalp kapak cerrahisinde takılan mekanik kapaklara bağlı olarak gelişen tromboembolik komplikasyonlar, ameliyat sonrası dönemde en önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Bu komplikasyonların başlıca sebebi, uygun olmayan antikoagülan tedavidir (17,18). Bununla birlikte, antikoagülan ilaçların yüksek dozda kullanılması ya da ilacın etkinliğini artıran durumların varlığında, ilaç yan etkileri görülmektedir. Antikoagülan ilaçların bilinen en önemli yan etkisi kanamadır. Kanama nedeniyle yoğun bakıma kabul edilen hastaların çoğunda ileri yaş, birden fazla yandaş hastalık ve yüksek INR düzeyleri olduğu ifade edilmektedir. Bu hastalarda kanamanın sırasıyla en çok gastrointestinal sistemde ve genitoüriner sistemde görüldüğü belirtilmiştir (19). INR değerinin yüksek seyretmesi (>4.0), hastanın yaşının ≥ 65 olması, değişken INR değeri, gastrointestinal kanama hikayesinin olması, hipertansiyon, karaciğer fonksiyon bozuklukları, serebrovasküler hastalıklar, ciddi kalp hastalıkları, anemi, malignite, travma, renal yetmezlik ve uzun süreli Varfarin tedavisi kanamayı etkileyen faktörlerdendir (66).

OAK ilaçların başlangıç dozu, bireyin koagülasyon durumuna, yaşına, klinik durumuna ve kalp yetmezliğinin derecesine bağlıdır. Yaşlı hastalarda ve konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda oral antikoagülasyona dikkatli başlanmalı ve INR değeri sık aralıklarla kontrol edilmelidir (17). Bazı hastalar için çok düşük dozlar yeterli olurken bazı hastalarda ise çok yüksek dozlar gerekebilmektedir. Bazen de, hedef INR değeri tutturulamayan hastalar olabilmektedir. Hastanın sahip olduğu edinsel ve

genetik faktörler, hedeflenen INR'ye ulaşmak için kullanılan varfarinin dozunu etkilemektedir. Edinsel faktörler; aktif hastalık durumu, diyet değişimleri, vücut ağırlığı, kullanılan diğer ilaçlar, eşlik eden karaciğer ve böbrek hastalıkları olarak sıralanabilir (16).

Literatürde, kapak replasmanı sonrası hastaların antikoagülan kullanımı hakkında bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu ifade edilmektedir (67). Ayrıca antikoagülanlar hakkında bilgi düzeyinin kanama riskinin azaltılmasıyla ilişkili olduğu (68), sözlü ve yazılı bilgilendirmenin hastaların antikoagülan düzeylerini kontrol etmelerini artırdığı gösterilmiştir (69). Ülkemizde Varfarin kullanan hastaların bilgi düzeylerini ve uyumlarını değerlendiren çalışmalarda ise, hastaların Varfarin tedavisi hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve ilaca karşı uyumlarında sorunlar deneyimledikleri belirtilmektedir. Ayrıca Varfarin tedavisi hakkında hemşirelerden bilgi ve eğitim alma oranlarının (%0.8 - 37) çok düşük olduğu gösterilmektedir (31,70- 73) Ayrıca hastaların genellikle Varfarin dozu, ilaç-besin etkileşimi, ilaç-ilac etkileşimi, Varfarin yan etkileri, Varfarin tedavisi esnasında günlük yaşam aktivitelerinde dikkat etmesi gereken durumlar ve acil durumlar hakkında bilgi gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir (70).

Kapak replasmanı sonrası hasta için karmaşık antikoagülan tedavi protokolleri, yaşam tarzı değişiklikleri ve sürekli INR takibi ve eğitim eksikliği, hastanın tedaviye uyumunu güçleştirmekte, yaşam kalitesini ise olumsuz etkilemektedir (25,26). Kapak replasmanı yapılan 13 hastanın yaşam deneyimlerini inceleyen niteliksel bir çalışmanın (2014) ana teması “zor yaşam” olarak belirlenmiştir (74). Literatürde, kapak replasmanının yanı sıra AF, pulmoner emboli gibi nedenlerle OAK kullanan hastaların deneyimlerinin incelendiği çalışmalarda, hastaların kontrollere gitmede uyumsuzluklarının olduğu, ilaç etkileşimlerinin sık yaşandığı, besin-ilac etkileşmesi sonucu sevdikleri besinleri tüketemedikleri ve biyopsikososyal sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir (15,27,28). Hastanın tedaviye uyumunu artırarak, yan etki gelişmesini azaltmak ve böylece yaşam kalitesini yükseltmek için öncelikle tedaviye ilişkin algısını (memnuniyeti), yaşam kalitesini ve sosyal olarak hastalığı yönetebilme durumunu değerlendirmek gerektiği belirtilmektedir (29). Yaşam kalitesinin, eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ile hastaya özgü bireyselleştirilmiş eğitimlerin planlamasının daha yararlı olacağı belirtilmektedir (74,75). Sonuçta taburculuk

aşamasında bu doğrultuda planlanan iyi bir eğitimle AİK'nın sağlanması ve uygunsuz ilaç kullanımının önlenmesi, ilaca bağlı yan etkilerin azalması ve bireyin yaşam kalitesinin artması sağlanabilir.

2.9. Akılcı İlaç Uygulamaları Kapsamında Oral Antikoagülan Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları

Günümüzde AİK kullanımı giderek önem kazanan bir kavram haline gelmiştir. AİK, ilaçla tedavinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanımaktadır. AİK, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyatta ve kolayca sağlayabilmeleri” olarak tanımlamıştır (76). AİK'nın amacı; doğru, etkin ve hızlı ilaç tedavisi ile tedavi hizmetlerinde etkinlik, güvenliğin artması ve genel sağlık harcamalarında tasarruf sağlanmasıdır (77). İlaçların gereğinden az ya da aşırı kullanımını içine alan akılcı olmayan ilaç kullanımı, tedaviden yarar görülmemesi, istenmeyen ilaç etkilerinde artış gibi sağlık sonuçları üzerinde negatif etkilere neden olabilmektedir (76). Bu nedenle Varfarin kullanımının, özellikle AİK kapsamında ele alınması önerilmektedir. Varfarin teröpatik aralığı çok dar olan bir ilaçtır (22). Varfarin tedavisinde INR değerini en çok etkileyen ve hastanın günlük yaşamında ciddi düzenlemeler yapmasını gerektiren faktörler, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleridir (24). Bu nedenlerle hemşireler tarafından, antikoagülan tedavi planının oluşturulduğu ilk günden itibaren hasta ve ailesine ilaç kullanımı, ilaçların etki ve yan etkileri konusunda eğitim verilmesi, tedaviye bağlı istenmeyen etkilere yönelik farkındalığın artırılması ve düzenli kontrollerin öneminin vurgulanması önerilmektedir (24). Eğitimin daha etkili olabilmesi için hastalara yazılı eğitim materyali de verilmelidir (25,67).

Bu eğitimde yer verilmesi özellikle önerilen konular:

- **Varfarinin tedavisinin önemi ve özellikleri:** Varfarinin neden kullanıldığı, ne zaman alacağı, dozu, ilacını almayı unutursa ne yapacağı gibi konular açıklanmalıdır.
- **Varfarin-İlaç Etkileşimleri:** Bazı analjezikler (asetaminofen, ibufren, naproksen), kalp hastalıklarında kullanılan bazı ilaçlar (amiodaron, propanolol), bazı antibiyotikler (penilisine), bazı kolesterol ilaçları (lavostatin), E ve C vitamini

gibi Varfarinin etkisini arttıran ilaçlar ile bazı antiepileptik ilaçlar (aminoglutetimit, fenitoin), K vitamini, antihistaminikler, diüretikler, antiasitler gibi Varfarinin etkisini azaltan ilaçlar listelenerek verilmelidir. Antikoagölan ilaç kullanırken aynı zamanda bir başka ilacı yeni kullanmaya başlarsa ya da kullandığı bir ilacı sonlandırırorsa, doktoruna ya da hemşiresine bilgi vermesi gerektiği açıklanmalıdır (24,67).

- **Varfarin-Besin Etkileşimleri:** Varfarin-besin etkileşimi ile üç farklı şekilde karşılaşılabilindiği bunların; Varfarin kullanan hastanın çok yüksek oranda K vitamininden zengin diyetle beslenmesine bağlı gelişen kazanılmış geçici Varfarin direnci ya da düşük antikoagölan etki ve düşük oranda K vitamini diyetine bağlı yüksek antikoagölan etki olduğu açıklanmalıdır. K1 vitamini olarak bilinen filakinonun 1-10 mg/gün diyetle alımının Varfarin'in etkisini değiştirdiği ve INR değerinde dalgalanmalara neden olduğu belirtilmelidir. K vitamininin temel kaynaklarının; ıspanak, lahana, brokoli ve roka gibi koyu yeşil yapraklı bitkiler olduğu, bu bitkilerin tazelikleri ve klorofil içeriklerinin K vitamini konsantrasyonları ile doğru orantılı olduğu söylenmelidir. Bu besinlerin sağlık açısından yararlı oldukları, bu nedenle yemekten vazgeçilmemesi, ancak ilaç kan düzeyinin değişmemesi için günlük alımlarının benzer miktarlarda olması gerektiği açıklanmalıdır. Ayrıca K vitamini dışında yüksek dozda E vitamini (INR değerini artırır), yoğurt (içinde bulunan bakteriler barsaktan K vitamini yapımını arttırarak antikoagölan etkiyi azaltır), kırmızı acı biber (antikoagölan etkiyi artırır), C vitamini (Varfarinin emilimini azaltmakta), gingseng ve mango (Varfarinin etkisini azaltmakta), sarımsak ve ginkgo (trombositler üzerine etki ederek kanama riskini artırmakta), greyfurt suyu (Varfarinin etkisini artırarak ciddi kanamalara neden olmakta) gibi besinlerin de Varfarinin etkisini değiştirebilecek diğer gıdalar arasında yer aldığı söylenmelidir. Bununla birlikte, alkol kullanımının da Varfarinin etkisini değiştirebildiği, günde iki kadeh şampanya, bira veya likörden fazlasının kanama riskini arttırdığı için, Varfarin kullanırken alkol almaktan kaçınılması gerektiği açıklanmalıdır. Varfarin-besin etkileşimine ilişkin diyetisyenle iş birliği halinde hazırlanmış listeler hastaya verilmelidir (24,76).

- **INR Takibi:** İlacın doz ayarlamasının INR takibi ile yapıldığı hastaya açıklanmalıdır. Varfarin kullanımına başlamadan önceki INR ölçümünden sonra, ilk 2-3 gün takip gerekmez fakat sonrasında günlük takiplere başlanması gerekir. INR değeri istenen aralığa ulaştıktan sonra; ilk ay haftada bir, sonraki ay 15 günde bir ve üçüncü aydan itibaren tedavi sonuna kadar ayda bir kontrol INR ölçümü yapılmalıdır. Karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastalarda, konjestif kalp yetmezliği olanlarda, sık diyare varlığında, diyetle K vitamini alımı arttığında (yeşil yapraklı sebze ağırlıklı diyet) veya azaldığında bu değerlendirmeler daha kısa aralıklarla yapılmalıdır. İlacın kullanıldığı süre boyunca takipler bu şekilde düzenli olarak yapılmalıdır, bireyin verdiği cevaba göre aralıklar değiştirilebilir (22,24). Ayrıca INR testinin farklılık göstermemesi için, mümkünse aynı laboratuvarda yapılması hastaya önerilmeli, farklı bir laboratuvarda yapılması gerekiyor ise (seyahat ya da başka bir hastane tercihi gibi), bunun mutlaka antikoagülan tedaviyi takip eden hekim ve hemşireye bildirilmesi gerektiği vurgulanmalıdır (24,67).
- **Travmatik Kanamaların Önlenmesi:** Kolaylıkla kanamalara yol açabilecek aktiviteler ve uygulamalardan uzak durması gerektiği söylenmeli, bunun için; yumuşak diş fırçası seçmesi, ağız içine kürdan gibi keskin nesneler almaması, diş tedavisi yaptırmadan önce diş hekimine mutlaka antikoagülan ilaç kullandığını bildirmesi, tıraş olurken jilet yerine elektrikli tıraş makinesi kullanması, yalın ayak gezinmemesi, bahçe işleri ile ilgilenirken eldiven giymesi, kabızlıktan ve aşırı ıkmaktan kaçınması vb. önerilerde bulunulmalıdır.
- **Kanama Durumunda Yapılması Gerekenler:** Oluşan küçük kesiklerde kanayan bölgeye en az 5-10 dakika basınç uygulaması, kesik bölge kol veya bacakta ise kalp seviyesinin üzerinde elevasyonunu sağlaması; büyük kanamalarda, kanama durmuyorsa ya da iç kanamaya neden olabilecek bir durumda derhal hastaneye başvurusu gerektiği söylenmelidir (24,67).

Akılcı ilaç kullanımında önemli bileşenlerden birisi de hastanın tedaviye uyumu, yani reçete edilen ilaçların tavsiye edilen dozlarda, zamanda ve uyarılara uygun şekilde kullanılmasıdır (78,79). Varfarin kullanımı karmaşık tedavi protokolleri ve yaşam tarzı değişiklikleri gerektirebildiği için hasta ve ailesinin tedaviye uyumu zor olabilmektedir. Bu nedenle Varfarinin akılcı olmayan kullanımına bağlı olarak

hastalarda gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde, OAK tedavinin başarılı olmasında ve hasta ile ailesinin tedaviye uyum sürecinde, hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire tedaviye uyum sağlamada güçlük yaşayan hastalarla uyumsuzluğun nedenleri konusunda birebir görüşme düzenleyip hastaların tedaviye uyumunun artırılmasını sağlamalıdır. Ayrıca hemşire, hasta ve ailesi ile etkileşimi en fazla olan sağlık profesyoneli olarak, hastanın tedavisi konusunda ne kadar bilgi sahibi olduğunu ve hangi konularda bilgi gereksiniminin olduğunu en kolay belirleyebilen kişidir. Bu nedenle Varfarin kullanımına bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, hasta ve yakınlarının endişelerinin giderilmesi, hastaların günlük yaşama uyumunun sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için, hastaların gereksinimleri doğrultusunda hemşireler tarafından eğitimler tekrarlanmalıdır (25,67).

Bununla birlikte gereğinden fazla ilaç kullanılması, ilaçların yanlış biçimde kullanılması, doğru ilaçların yanlış yol ile yanlış dozlarda ve yanlış sürelerde kullanılması, gereksiz yere antibiyotik tüketimi gibi akılcı olmayan ilaç kullanımları da olabilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, tedavi kalitesinde azalmaya neden olarak morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Bu durum bazen hekim, eczacı, hemşire gibi sağlık profesyonellerinden de kaynaklanabilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımındaki sorunların giderilmesi ve akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması amacıyla sağlık çalışanları için de hizmet içi eğitimler planlanmalıdır (78,79).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, kalp kapağı replasmanı sonrası oral antikoagülan tedavi alan hastaların akılcı ilaç kullanımlarını ve memnuniyetlerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Eylül 2015– Mart 2016 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Kalp ve Damar Cerrahisi A.D. ve GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi A.D.’ndayürütülmüştür.

GATA Kalp ve Damar Cerrahisi A.D.; poliklinik, ameliyathane ve yoğun bakım ünitesi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yatan hasta klinikleri olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. GATA Kalp Damar Cerrahisi A.D.’nın giriş katında poliklinik hizmeti verilmektedir. Birinci katta bulunan ve iki bölümden oluşan yoğun bakım ünitesinde toplam 18 hasta yatağı bulunmaktadır. İkinci katta bulunan ameliyat sonrası bölümde 20 (ikisi suit oda), dördüncü katta bulunan ameliyat öncesi bölümde 23 (ikisi suit oda) ve ek binada 23 adet olmak üzere toplam 87 hasta yatağı vardır. Ameliyathane bölümünde ise 4 adet ameliyat salonu olup, yılda ortalama 600 ameliyat yapılmaktadır. Yapılan ameliyatların yarısından fazlasını koroner arter bypass ameliyatları oluşturmakla birlikte kalp kapağı tamir ve replasman ameliyatları önemli bir oran teşkil etmekte ve ortalama yılda 60 mekanik kapak replasmanı yapılmaktadır.

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi A.D.; poliklinik, ameliyathane ve ara yoğun bakım-yoğun bakım ünitesi, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yatan hasta klinikleri olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi A.D.’nin giriş katında poliklinik hizmeti verilmektedir. Ameliyathane 6. katta olup tek salon olarak hizmet vermektedir. 5. Katta bulunan klinikte tek kişilik 4 odada ameliyat sonrası hastalar, altışar kişilik 2 odada ise ameliyat öncesi hastalar için toplamda 16 yatak bulunmaktadır. Genellikle anjiyo sonrası hastaların kaldığı ara yoğun bakım ünitesi yoğun bakımın yanında olup içerisinde 2 yatak bulunmaktadır. Yılda ortalama 300 ameliyat gerçekleştirilmekte, bunun ortalama 40 tanesi mekanik kalp kapağı replasmanı olmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kalp kapak cerrahisi sonrası OAK ilaç tedavisi alan ve GATA Kalp ve Damar Cerrahisi A.D.'nda ve GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi A.D.'nda ameliyat olup, takibi yapılan hastalar araştırmanın evrenini temsil etmektedir.

Araştırmanın örneklemini ise; planlanan araştırma tarihlerinde kalp kapağı replasmanı sonrası en az 6 ay ve üzeri OAK ilaç tedavisi alan ve araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 100 hasta oluşturmaktadır. Mekanik kapak replasmanının üzerinden en az 6 ay geçmiş olan hastaların seçilmesinin nedeni; uzun dönem antikoagülan ilaç kullanımıyla birlikte bireylerin antikoagülan ilaç yönetimine alışmaları ile memnuniyet ve yaşam kalitesinin daha net olarak ortaya konulabiliyor olmasıdır (26, 30).

3.4. Katılımcıların Özellikleri

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Kalp kapağı replasmanı geçirmiş olmak,
- En az 6 ay süreyle antikoagülan ilaç kullanmış olmak,
- 18 yaşın üstünde olmak,
- Bilinç durumu yerinde olmak ve iletişim kurabilmektir.

Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- Kalp kapağı replasmanı dışında bir nedenle antikoagülan kullanmak,
- 6 aydan az süreyle antikoagülan kullanmış olmaktır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Formlar

Araştırmada veri toplamak amacı ile araştırmacılar tarafından literatür taraması (13,14,26,30,80,81) yapılarak oluşturulan Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile OAK İlaç Kullanımına ve Akılcı İlaç Uygulamalarına Yönelik Bilgi Formu ile DAMÖ kullanılmıştır.

3.5.1. Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Oral Antikoagülan İlaç Kullanımına ve Akılcı İlaç Uygulamalarına Yönelik Bilgi Formu

Bu formda; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sigara ve alkol kullanımı, eşlik eden kronik hastalıkları olup olmadığı gibi tanımlayıcı özellikleri ve hastanın oral antikoagülan kullanma amacını, süresini, yan etki yaşayıp yaşamadığını, INR testini ne sıklıkla yaptırdığı gibi hastanın oral antikoagülan ilaç kullanımına yönelik bilgilerini içeren sorular bulunmaktadır (Bkz. EK-4).

3.5.2. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ)

Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği (Bkz. EK-5), antikoagülan kullanımı ile ilişkili memnuniyet durumunu ölçmek için Samsa ve ark. (29) tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Ölçek; kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar ile olumlu etkiler olmak üzere üç faktörlü yapıda ve 25 maddeden oluşmaktadır. Kısıtlılıklar boyutunda, morarma ve kanamaların hastaların gerçekleştirdiği aktivitelere etkisini belirlemeye yönelik 10 madde (1-9 ve 20. madde), yükler ve zorluklar boyutunda, hastanın OAK tedavisine yönelik sorumluluklarıyla ilgili sorunları belirlemeye yönelik 9 madde (10-16, 22, 24. maddeler) ve olumlu etkiler boyutunda OAK tedavisine ilişkin hasta bireyin bilgileri ve hissettikleriyle ilgili sorunları belirlemeye yönelik 6 madde (17-19, 21, 23, 25. maddeler) yer almaktadır. Ölçek yedili likert tipindedir (1 = hiç, 2 = çok az, 3 = biraz, 4= orta derecede, 5= biraz fazla, 6= çok ve 7= çok fazla). Ölçekte 17, 18, 19, 21, 23 ve 24. sorular ters kodlanmaktadır. Ölçekten en düşük 25, en yüksek 175 puan alınmaktadır. Ölçek, hastanın sosyal olarak hastalığı yönetebildiğini, yaşam kalitesini ve tedaviye ilişkin yaşadığı algıyı göstermektedir. Yüksek puanlar yaşam kalitesinin ve OAK kullanımından memnuniyetin daha kötü olduğunu ve sorunların daha fazla yaşandığını göstermektedir (29).

Ölçeğin, Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği Yıldırım ve Temel (13) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin özgün dildeki çalışma sonuçlarına göre Cronbachalpha katsayısı 0.88; alt boyutlar için sırasıyla, kısıtlılıklar 0.87; yükler ve zorluklar 0.88; olumlu etkiler 0.78 olarak bildirilmiştir (29).Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbachalpha katsayısı 0.89; kısıtlılıklar alt boyutu 0.84; yükler ve zorluklar 0.91; olumlu etkiler 0.85 olarak belirtilmiştir (13).Bu çalışmada ise; ölçeğin

Cronbach alfa katsayısı 0.63; kısıtlılıklar alt boyutu 0.56; yükler ve zorluklar 0.78; olumlu etkiler 0.95 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmanın yürütüldüğü hastanede kalp kapak cerrahisi geçirmiş olup, en az 6 ay ve üzerinde OAK kullanmakta olan ve bu nedenle de kontrol INR test ölçümü için çalışmanın yürütüldüğü hastanenin polikliniğine başvuran katılımcılara (n=10), araştırmacı tarafından araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, ‘Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur(Rıza)Formu’ imzalatılmıştır (Bkz. EK-3). Daha sonra bu katılımcılarla yüz yüze görüşülerek, araştırmacı tarafından oluşturulan, katılımcıların bazı tanıtıcı özellikleri ile OAK ilaç kullanımına ve akılcı ilaç uygulamalarına yönelik bilgi formu ile antikoagülan tedavi alan hastaların tedaviden memnuniyetlerini belirlemek için geliştirilmiş olan DAMÖ doldurulmuştur. Kontrol INR test ölçümü ve takiplerini çalışmanın yürütüldüğü hastaneler dışındaki sağlık merkezlerinde yaptıran bireylere (n=90) ise, kalp kapak cerrahisi geçirdikleri dönemde hastaların bildirdikleri hali hazırda mevcut olan telefon numaralarından ulaşıp sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formu, hastalarla telefon ile görüşülerek doldurulmuştur. Katılımcıların ameliyatlarının üzerinden en az 6 ay geçmiş olması, hastaların bir kısmının askerlik hizmeti esnasında ameliyat olup, taburculuk sonrasında memleketlerine dönmüş olması ve kalan hastaların büyük çoğunluğunun da genellikle emekli olup çalışmayan grubu temsil etmesi nedeniyle Ankara ve İstanbul dışında yaşıyor olması ve aynı zamanda Ankara ve İstanbul’da yaşayanların da ameliyat sonrasında sıkıntıları olmadıkça INR takibi için kendilerine en yakın sağlık merkezlerine başvuruyor olması nedeniyle veri toplama formu çoğunlukla hastalarla telefonla görüşülerek doldurulmuştur. Veri toplama formunu doldurmak için hastalarla yüz yüze görüşme 10-15 dk. içinde tamamlanır iken, telefonla görüşmeler daha uzun sürmüş olup, hastanın gerek güvenini kazanmak gerekse bilgi ihtiyacını karşılamak için görüşmeler 20-30 dakika arasında tamamlanabilmektedir.

Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan ancak telefon numarasının değişmesi (n=10), araştırmayı katılmayı kabul etmemesi (n=3), ameliyat sonrası hayatını kaybetmesi (n=5) nedenleri ile 18 katılımcı çalışma dışı bırakılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma sonunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için Statistical Package of Social Sciences (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) 22.0 paket programı kullanıldı. Verilerin bilgisayar ortamına aktarımından sonra, hata kontrolleri yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, interquartile range, minimum-maksimum değer) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way ANOVA test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD test kullanıldı; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Yates' continuity correction test (Yates düzeltmeli Ki-kare) ve Fisher Freeman Halton testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman'skorelasyon analizi kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya, 'Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu'nu (Bkz. EK-3), onaylayan bireyler dahil edilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Dr. Jülide Gülizar YILDIRIM'dan e-mail ile ölçek kullanım izni, GATA Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (Bkz. EK-1) ve GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu'ndan Anket Kurul Onayı (Bkz. EK-2) alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kalp kapağı replasmanı sonrası OAK tedavi alan hastaların AİK'nı ve memnuniyetlerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yürütülen çalışma verilerinin istatistiksel analizi sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

Bulgular sırası ile;

- 4.1. Katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgular,
- 4.2. Katılımcıların oral antikoagülan ilaç kullanım özelliklerine yönelik bulgular ve
- 4.3. Katılımcıların oral antikoagülan kullanımından memnuniyetlerine yönelik bulgular, şeklinde olmak üzere üç bölümde açıklanmıştır.

4.1. Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Bu çalışmada 100 katılımcı yer almaktadır. Bu katılımcıların, bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1.1’de yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (n=100)

Özellikler		n (%)
	Ortalama (SS)	52.26 (17.62)
Yaş	65 yaş altı	60 (60.0)
	65 yaş ve üzeri	40 (40.0)
Cinsiyet	Kadın	45 (45.0)
	Erkek	55 (55.0)
	Okuryazar Değil	5 (5.0)
Eğitim Durumu	İlköğretim	42 (42.0)
	Lise	32 (32.0)
	Yükseköğretim	21 (21.0)
Medeni Durum	Evli	76 (76.0)
	Bekar	24 (24.0)
	Evet	70 (70.0)
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Hayır	30 (30.0)
	Evet	31 (31.0)
Çalışma Durumu	Hayır	69 (69.0)
	Aile	95 (95.0)
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	5 (5.0)
	Var	90 (90.0)
Sosyal Güvence	Yok	10 (10.0)

SS, Standart Sapma

Buna göre, araştırmada yer alan katılımcıların %55’inin erkek, yaş ortalamalarının 52.2 (%17.6), yarısından fazlasının (%53) lise ve üzerinde eğitim aldığı, çoğunluğunun (%76) evli olduğu ve yaklaşık üçte birinin (%31) çalıştığı saptanmıştır. Katılımcıların %95’i ailesi ile yaşarken, yalnızca 5 katılımcı yalnız yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların tamamına yakınının (%90) sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 4.1.2. Kalp Kapağı Replasmanına İlişkin Özellikler (n=100)

Kalp Kapağı Replasmanları	n (%)
MKR	38 (38.0)
AKR	26 (26.0)
MKR +AKR	15 (15.0)
RMKR	7 (7.0)
KABG+MKR	6 (6.0)
KABG+AKR	6 (6.0)
AKR+MKR+TKR	1 (6.0)
MKR+TKR	1 (6.0)

MKR, mitral kapak replasmanı; AKR, aort kapak replasmanı; RMKR, revize mitral kapak replasmanı; KABG, koroner arter bypass greft; TKR, triküspit kapak replasmanı.

Tablo 4.1.2’de katılımcılara uygulanan kalp kapağı replasmanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre, katılımcılara en çok, MKR (%38), AKR (%26) ve MKR ile AKR’nın birlikte uygulandığı (%15) görülmüştür.

4.2. Katılımcıların Oral Antikoagülan İlaç Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulgular

Katılımcıların OAK ilaç kullanımına ilişkin özellikleri Tablo 4.2.1’de verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Oral Antikoagülan İlaç Kullanımına İlişkin Özellikler(n=100)

Özellikler	n (%)
Oral Antikoagülan	Medyan (IR) / ay 16 (16.0)
Kullanım Süresi	6-12 ay 43 (43.0)
	>12 ay 57 (57.0)
INR Takip Sıklığı	1-3 haftada bir 22 (22.0)
	Ayda bir 64 (64.0)
	Düzensiz 14 (14.0)
INR Takibi İçin Harcanan Süre	1 Saat 19 (19.0)
	2 Saat 51 (51.0)
	≥3 Saat 30 (30.0)
Diğer Kronik Hastalık Varlığı	Evet 42 (42.0)
	Hayır 58 (58.0)
Sürekli İlaç Kullanımı (Varfarin Dışında)	Evet 74 (74.0)
	Hayır 26 (26.0)
Sürekli Kullanılan İlaç Sayısı (Varfarin Dahil)	Medyan (IR) 3 (3)
	Min-Maks 1-8
Sigara Kullanımı	Evet 16 (16.0)
	Hayır 84 (84.0)
Alkol Kullanımı	Evet 9 (9.0)
	Hayır 91 (91.0)
Madde-Besin Alerjisi	Evet 6 (6.0)
	Hayır 94 (94.0)

IR, Interquartile range; INR, International normalized ratio; Min-Maks, Minimum-Maksimum

Katılımcıların OAK ilaç kullanımına ilişkin özelliklerine göre, katılımcıların %57'sinin, 12 aydan daha uzun süredir varfarin kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun (%64) INR takibini ayda bir yaptırdıkları, INR ölçümü için yaklaşık yarısının (%51) 2 saat zaman harcadığı görülmüştür. Katılımcıların yarıya yakınının (%42) başka bir kronik hastalığının olduğu ve büyük bir çoğunluğunun (%74) varfarin dışında ilaç kullanımının olduğu, kullanılan ilaç sayısının 1-8 arasında değiştiği saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların %16'sının sigara, %9'unun alkol kullandığı, %6'sında ise madde-besin alerjisi olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2.2’de katılımcılarda OAK ilaç kullanımına bağlı kanama görülme durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.2. Oral Antikoagülan İlaç Kullanımına Bağlı Kanama Görülme Durumu (n=52)*

Kanama	n (%)
Kanama Varlığı	52 (52)
Deride Morarmalar	19 (36.5)
Burun Kanaması	16 (30.7)
Diş Eti Kanaması	11 (21.1)
Deri Üzerinde Nokta Şeklinde Kırmızı Leke	9 (17.3)
İdrarda Kanama	3 (5.7)
Beyin Kanaması	2 (3.8)
Diğer**	5 (9.6)

* Birden fazla komplikasyon görülmüştür, oranlar 52 komplikasyon varlığı üzerinden hesaplanmıştır.

** Adet kanamasında uzama, hematemez, bağırsak kanaması.

Buna göre; katılımcıların yaklaşık yarısında (%52) OAK ilaç kullanımından kaynaklı kanama görüldüğü saptanmıştır. Bu katılımcılarda en sık görülen kanama tipinin, deride morarmalar (%36.5), burun kanaması (%30.7) ve diş eti kanaması (%21) olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların OAK kullanım sürelerine göre kanama görülme durumu Tablo 4.2.3.’te incelenmiştir.

Tablo 4.2.3. Oral Antikoagülan Kullanım Sürelerine Göre Kanama Görülme Durumu

		OAK Kullanım Süresi (n=100)		Test Değeri
		(%)*		
		6-12 Ay	> 12 Ay	<i>p</i>
Kanama	Var	22 (51.2)	24 (42.1)	$\chi^2=0,486$
	Yok	21 (48.8)	33 (57.9)	<i>f</i> 0,468

OAK, Oral Antikoagülan; *, sütun yüzdesi; ^fYates Continuity Correction Test

Buna göre; 6-12 ay süreyle OAK ilaç kullananlarda kanama gelişme oranı %51.2 iken; 12 ay üzerinde ilaç kullananlarda bu oran %42.1’e gerilemiştir. Ancak

katılımcıların ilaç kullanım sürelerine göre kanama görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca tabloda görülmemekle birlikte katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu ve sigara-alkol kullanım durumları ile kanama görülme durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.4'de katılımcıların OAK ilaç kullanımına yönelik sorulara verdikleri yanıtlar yer almaktadır.

Tablo 4.2.4. Katılımcıların Oral Antikoagülan İlaç Kullanımına Yönelik Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=100)

	Evet n (%)	Hayır n (%)
OAK ilacı hangi hastalığınız/rahatsızlığınızdan dolayı kullandığınızı biliyor musunuz?	96 (96.0)	4 (4.0)
Tedaviye başlamadan önce size ya da yakınınıza OAK ilaç kullanımı hakkında eğitim verildi mi?	94 (94.0)	6 (6.0)
OAK ilacınızı her gün aynı saate almaya özen gösterir misiniz?	95 (95.0)	5 (5.0)
Günlük tedavi dozunu unuttuğunuzda 2 doz birlikte alır mısınız?	4 (4.0)	96 (96.0)
Giysi ve ayakkabı seçimi, OAK kullananlarda deri altı kanamalarını önlemede önemli midir?	55 (55.0)	45 (45.0)
Jilet ya da elektrikli makine ile tıraş olmak OAK kullananlarda fark eder mi?	72 (72.0)	28 (28.0)
Antikoagülan tedavi süresince çapma, düşme, kesilme vb. fiziksel yaralanmalardan korunmaya özen göstermek gerekir mi?	99 (99.0)	1 (1.0)
OAK kullanırken, diş fırçası seçimi diş eti kanamasını önlemede önemli midir?	89 (89.0)	11 (11.0)

Buna göre; katılımcıların tamamına yakını, OAK'yi neden kullandığını bildiğini (%96), tedaviye başlamadan önce kendisine OAK hakkında eğitim verildiğini (%94), ilacını hergün aynı saatte kullanmaya özen gösterdiğini (%95) ve günlük tedavi dozunu unuttuğunda 2 dozu birlikte almadığını (%96) ifade etmiştir. Katılımcıların neredeyse tamamı (%99) antikoagülan tedavi süresince fiziksel

yaralanmalardan korunmaya özen göstermek gerektiğini ifade ederken, yaklaşık yarısı (%45) OAK kullananlarda giysi ve ayakkabı seçiminin deri altı kanamalarını önlemede önemli olmadığını, yaklaşık üçte biri (%28) jilet ya da elektrikli makine ile tıraş olmanın OAK kullananlar için farklı olmadığını, %11'i ise diş fırçası seçiminin diş eti kanamasını önlemede önemli olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların OAK ilaç kullanımına yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4.2.5'te görülmektedir.

Tablo 4.2.5. Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtlar (n=100)

		n (%)
Besin veya ilaç alerjiniz var mı?	Evet	6 (6.0)
	Hayır	94 (94.0)
Besin veya ilaç alerjiniz var ise; muayene sırasında hekimi ve ilgili sağlık personeli bilgilendirir misiniz?	Evet, bilgilendiririm.	6 (100)
	Hayır, bilgilendirmem.	0 (0)
Kullandığınız ilaçlarla ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini nereden öğrenirsiniz?	Hekim	62 (62.0)
	Diğer sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru, vb.)	38 (38.0)
İlaçlarla birlikte tüketmemeniz gereken yiyecek ve içecekler ile ilgili bilgilendirme yapılıyor mu?	Evet	93 (93.0)
	Hayır	7 (7.0)
İlacın yan etkileri ile karşılaşırsanız nasıl davranırsınız?	Hekime başvururum.	100 (100)
Basında (televizyon, radyo, gazete vb.) reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanır mısınız?	Hekime danışarak kullanırım.	3 (3.0)
	Kullanmam.	97 (97.0)

Buna göre; besin alerjisi olan hastaların tamamı bu konuda sağlık personeli bilgilendireceğini ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%62), ilaçlarıyla ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini hekiminden öğrenebileceğini, tamamı (%100) ise ilaç yan etkileri ile karşılaşırsa yine hekimine başvuracağını belirtmiştir. Katılımcıların tamamına yakını, ilaçlarla birlikte tüketilmemesi gereken yiyecek ve içecekler ile ilgili bilgilendirme yapıldığını (%93), basında reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanmayı düşünmediğini (%97) ifade etmiştir.

4.3.1. Katılımcıların Oral Antikoagülan Kullanımından Memnuniyetlerine Yönelik Bulgular

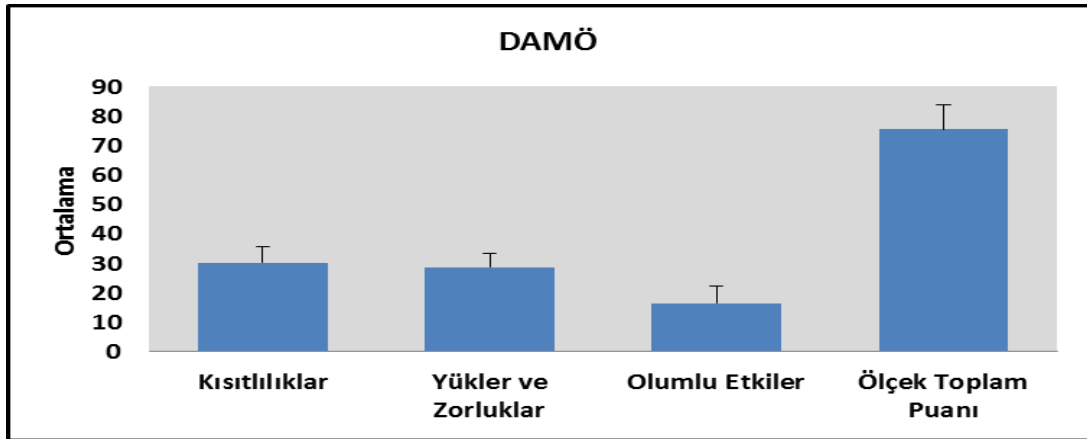
Katılımcıların, DAMÖ puan ortalamaları Tablo 4.3.1’de görülmektedir.

Tablo 4.3.1. DAMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları(n=100)

DAMÖ	Ölçekten Alınabilecek Puanlar	Katılımcıların Puanları	
		Ortalama (SS)	Min-Maks
Kısıtlılıklar	10 - 70	30.34 (5.18)	16 – 44
Yükler ve Zorluklar	9 - 63	28.71 (4.68)	16 – 39
Olumlu Etkiler	6 - 42	16.48 (5.80)	7 – 34
Ölçek Toplam Puanı	25 - 175	75.53 (8.31)	54 – 96

SS, Standart Sapma; Min-Maks, Minimum-Maksimum

Buna göre; katılımcıların “Kısıtlılıklar” alt boyutundan ortalama 30.34 (5.18) puan, “Yükler ve Zorluklar” alt boyutundan 28.71 (4.68) puan, “Olumlu Etkiler” alt boyutundan 16.48 (5.80) puan aldıkları, ölçek toplam puan ortalamasının ise, 75.53 (8.31) puan olduğu saptanmıştır (Şekil 4.3.1.).



Şekil 4.1. DAMÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Katılımcıların DAMÖ alt boyut ve toplam puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.3.2.’de görülmektedir.

Tablo 4.3.2. DAMÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=100)

			DUKE Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği			
			Kısıtlılıklar	Yükler ve Zorluklar	Olumlu Etkiler	Toplam Puan
Yaş (yıl)		r	-0.063	-0.070	-0.005	-0.096
		p	0.534	0.486	0.960	0.342
Cinsiyet	Kadın	Ort (SS)	30.69 (4.73)	28.67±(4.43)	16.87±(5.58)	76.22±(7.98)
	Erkek	Ort (SS)	30.05 (5.55)	28.75±(4.91)	16.16±(6.01)	74.96±(8.60)
		Test Değeri	t=0.608	t=-0.083	t=0.601	t=0.752
		^a p	0.545	0.934	0.549	0.454
Eğitim Durumu	Okuryazar	Medyan (IR)	31.00 (10.50)	32.00 (11.00)	21.00 (14.00)	84.00 (7.50)
	Değil	Medyan (IR)	30.00 (6.25)	29.00 (5.50)	15.00 (7.50)	74.50 (14.25)
	İlköğretim	Medyan (IR)	30.00 (8.50)	29.00 (5.50)	14.00 (8.25)	75.50 (11.50)
	Lise	Medyan (IR)	31.00 (7.00)	29.00 (5.50)	14.00 (6.50)	74.00 (7.00)
	Yüksek Öğretim	Medyan (IR)	31.00 (7.00)	29.00 (5.50)	14.00 (6.50)	74.00 (7.00)
		Test Değeri	$\chi^2=0.110$	$\chi^2=1.127$	$\chi^2=1.162$	$\chi^2=0.776$
		^b p	0.991	0.771	0.559	0.678
Medeni Durum	Evli	Ort±(SS)	30.09±(4.91)	28.59±(4.7)	17.07±(5.83)	75.75±(8.14)
	Bekar	Ort±(SS)	31.13±(5.99)	29.08±(4.69)	14.63±5.42	74.83±(8.96)
		Test Değeri	t=-0.851	t=-0.447	t=1.818	t=0.470
		^a p	0.397	0.656	0.072	0.640
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	Ort±(SS)	30.24±(5.08)	28.84±(4.51)	16.94±(5.92)	76.03±(8.22)
	Hayır	Ort±(SS)	30.57±(5.49)	28.4±(5.12)	15.40±(5.46)	74.37±(8.52)
		Test Değeri	t=-0.285	t=0.432	t=1.222	t=0.916
		^a p	0.776	0.667	0.225	0.362
Çalışma Durumu	Evet	Ort±(SS)	30.94±(6.17)	28.03±(4.87)	16.81±(6.47)	75.77±(8.53)
	Hayır	Ort±(SS)	30.07±(4.69)	29.01±(4.59)	16.33±(5.52)	75.42±(8.26)
		Test Değeri	t=0.769	t=-0.971	t=0.376	t=0.196
		^a p	0.444	0.334	0.708	0.845
Sosyal Güvence	Var	Ort±(SS)	30.50 (7.00)	29.00 (5.00)	15.00 (7.00)	75.00 (11.00)
	Yok	Ort±(SS)	29.00 (9.25)	28.50 (14.25)	18.00 (8.50)	74.50 (18.00)
		Test Değeri	Z=-0.225	Z=-0.012	Z=-0.363	Z=-0.046
		^c p	0.822	0.991	0.717	0.963
Kiminle Yaşıyor	Aile	Ort±(SS)	30.00 (7.00)	29.00 (6.00)	15.00 (7.00)	75.00 (12.00)
	Yalnız	Ort±(SS)	34.00 (2.00)	30.00 (5.00)	12.00 (3.00)	76.00 (4.00)
		Test Değeri	Z=-1.999	Z=-0.437	Z=-2.134	Z=-0.237
		^c p	0.046*	0.662	0.033*	0.812

r, Spearman'ın Korelasyon Katsayısı; Ort, Ortalama; SS, Standart Sapma; ^aStudent-t Test (t); ^bKruskal Wallis Test (χ^2);

^cMann Whitney U Test (Z); *p<0,05

Buna göre, katılımcıların yaşları ile DAMÖ “Kısıtlılıklar” alt boyutundan, “Yükler ve Zorluklar” alt boyutundan, “Olumlu Etkiler” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların, cinsiyetlerine, eğitim durumlarına medeni durumlarına ve çocuk sahibi olma durumlarına çalışma durumuna, sosyal güvence sahibi olma durumuna göre DAMÖ “Kısıtlılıklar” alt boyutundan, “Yükler ve Zorluklar” alt boyutundan ve “Olumlu Etkiler” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yalnız yaşayan katılımcıların DAMÖ “Kısıtlılıklar” alt boyutu puan ortalamalarının, ailesi ile yaşayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ailesi ile yaşayan olguların DAMÖ “Olumlu Etkiler” alt boyutu puan ortalamalarının ise, yalnız yaşayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak katılımcıların aile ile veya yalnız yaşama bakımından, DAMÖ “Yükler ve Zorluklar” alt boyutundan aldıkları puanlar ile ölçek toplamından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların, DAMÖ alt boyut ve toplam puanlarının oral antikoagülan ilaç kullanım özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3.3’te görülmektedir.

Tablo 4.3.3. DAMÖAlt Boyut ve Toplam Puanlarının Oral Antikoagülan İlaç Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı(n=100)

			DAMÖ				
			Kısıtlılıklar	Yükler Zorluklar	Olumlu Etkiler	Toplam Puan	
OAK İlaç Kullanım Süresi			r	0.102	0.020	-0.024	0.053
			p	0.313	0.843	0.811	0.599
INR Takip	1-3 Haftada bir	Medyan(IR)	32.00 (7.25)	28.00 (6.75)	16.50 (6.25)	75.00 (12.00)	
	Sıklığı	Ayda bir	Medyan(IR)	29.00 (7.75)	29.00 (5.00)	15.00 (7.00)	74.00 (11.00)
		Düzensiz	Medyan(IR)	33.00 (4.00)	30.50 (5.75)	13.50 (9.75)	81.00 (9.50)
		Test Değeri	$\chi^2=4.155$	$\chi^2=3.856$	$\chi^2=0.113$	$\chi^2=5.423$	
		^a p	0.125	0.145	0.945	0.066	
INR Takibi İçin	1saat	Ort±(SS)	28.37±(4.67)	26.32±(4.44)	18.00±(6.97)	72.68±(7.10)	
Harcanan Süre	2 Saat	Ort±(SS)	30.29±(5.27)	28.80±(4.92)	16.50±(5.76)	75.84±(9.06)	
	≥3 Saat	Ort±(SS)	31.67±(5.07)	30.07±(3.88)	15.07±(4.87)	76.80±(7.46)	
		Test Değeri	F=2.432	F=3.987	F=1.616	F=1.518	
		^b p	0.093	0.022*	0.204	0.224	
Kronik Hastalık	Var	Ort±(SS)	30.60±(4.29)	29.67±(3.87)	16.17±(4.89)	76.43±(8.64)	
	Yok	Ort±(SS)	30.16±(5.77)	28.02±(5.11)	16.71±(6.41)	74.88±(8.07)	
		Test Değeri	t=-0.418	t=-1.758	t=0.458	t=-0.920	
		^c p	0.677	0.082	0.648	0.360	
OAK Dışında	Var	Ort±(SS)	31.07±(5.05)	29.47±(4.33)	15.86±(5.40)	76.41±(8.02)	
Sürekli İlaç	Yok	Ort±(SS)	28.27±(5.06)	26.54±(5.03)	18.23±(6.62)	73.04±(8.75)	
Kullanımı		Test Değeri	t=-2.428	t=-2.849	t=1.810	t=-1.798	
		^c p	0.017*	0.005*	0.073	0.075	
Sigara Kullanımı	Var	Ort± (SS)	31.38±(5.45)	29.19±(4.61)	16.44±(5.48)	77.00±(7.42)	
	Yok	Ort±(SS)	30.14±(5.13)	28.62±(4.71)	16.49±(5.89)	75.25±(8.48)	
		Test Değeri	t=-0.871	t=-0.444	t=0.032	t=-0.771	
		^c p	0.386	0.658	0.975	0.443	
Alkol Kullanımı	Var	Medyan(IR)	34.00 (9.00)	29.00 (15.00)	14.00 (8.00)	74.00 (13.50)	
	Yok	Medyan(IR)	30.00 (7.00)	29.00 (5.00)	15.00 (7.00)	75.00 (11.00)	
		Test Değeri	Z=-0.634	Z=-0.683	Z=-0.036	Z=-0.452	
		^d p	0.526	0.494	0.971	0.651	
Madde-Besin	Var	Medyan(IR)	29.00 (8.25)	29.50 (9.25)	16.50 (3.75)	73.50 (15.50)	
Alerjisi	Yok	Medyan(IR)	30.00 (7.00)	29.00 (5.00)	14.50 (7.50)	75.50 (11.00)	
		Test Değeri	Z=-0.364	Z=-0.182	Z=-0.444	Z=-0.262	
		^d p	0.716	0.855	0.657	0.794	

r, Spearman'ın Korelasyon Katsayısı; Ort, Ortalama; SS, Standart Sapma ^aKruskal Wallis Test(χ^2);

^bOneway Anova Test (F); ^cStudent-t Test (t); ^dMann Whitney U Tes (Z); *p<0,05

Buna göre, katılımcıların OAK ilaç kullanım süreleri ile DAMÖ “Kısıtlılıklar”, “Yükler ve Zorluklar” ve “Olumlu Etkiler” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki

saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların, INR takip sıklığı, kronik hastalık varlığı, sigara, alkol kullanımı ve madde-besin alerjisi olma durumlarına göre, DAMÖ “Kısıtlılıklar”, “Yükler ve Zorluklar” ve “Olumlu Etkiler” alt boyutlarından aldıkları puanlar ile toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak, INR takibi için üç saat ve üzerinde zaman kaybettiklerini düşünen katılımcıların DAMÖ’nin “Yükler ve Zorluklar” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının, zaman kaybını bir ve iki saat olarak ifade eden katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca, OAK dışında sürekli ilaç kullanan katılımcıların DAMÖ “Kısıtlılıklar” ve “Yükler ve Zorluklar” alt boyutları puan ortalamaları, kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde, kalp kapağı replasmanı sonrası OAK tedavi alan hastaların AİK'larını ve tedaviden memnuniyetlerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmaya ilişkin bulguların tartışması yer almaktadır.

Tartışma sırası ile;

5.1. Katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerine yönelik bulguların tartışması,

5.2. Katılımcıların OAK ilaç kullanım özelliklerine yönelik bulguların tartışması ve,

5.3. Katılımcıların OAK kullanımından memnuniyetlerine yönelik bulguların tartışması, şeklinde olmak üzere üç bölümde açıklanmıştır.

5.1. Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışması

Kalp damar hastalıkları, dünyada ve Türkiye’de morbidite ve mortaliteye en fazla yol açan kronik hastalıklardan biridir. Türkiye’de tüm ölüm nedenlerinin yılda %47.73’ünü oluşturarak, ulusal düzeydeki ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (82). Kalp ve damar hastalıkları içerisinde, KKH önemli bir yer tutmakta ve dünya çapında 100 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Çoğunlukla ileri yaşta görüldüğü için prevelansı yaşla birlikte artış göstermektedir. 11.911 bireyle yapılan bir çalışmada, KKH prevelansı 65 yaş öncesinde %2’den az iken, 75 yaş sonrasında bu oranın %13.2’ye yükseldiği belirtilmektedir (4). Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının 52.26 olduğu, yarıdan fazlasının da 65 yaş altında olduğu görülmektedir. OAK ilaç tedavisi alan hastaların bilgi düzeyi, yaşam kaliteleri gibi parametreleri inceleyen benzer çalışmalarda ise, bu çalışmanın bulgularından farklı olarak hastaların çoğunluğunun 65 yaş üzerinde olduğu görülmektedir (13,26,70,83). Bu farklılığın, bu çalışmanın yürütüldüğü merkezlerin, daha çok askeri personele hizmet vermesi nedeniyle hasta popülasyonunun daha genç hastaları içermesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaş ortalamasının yüksek olduğu çalışmalarda, daha çok ileri yaşlarda daha sık görülen AF, pulmoner emboli ve inme

gibi sebepler nedeniyle OAK kullanan katılımcılara yer verildiği (31,14,84) görülmektedir.

Çalışmamıza yalnızca kapak replasmanı yapılan hastalar dahil edilmiştir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde edinsel kalp hastalığının en sık nedeni akut romatizmal ateştir. Yapılan bölgesel taramalarda Türkiye romatizmal kalp hastalığı ve akut romatizmal ateş açısından orta-yüksek riskli topluluklar arasında yer almaktadır. Hastalık, özellikle çocuklarda ve genç erişkinlerde görülmekte, kapak hastalığı belirtilerinin ortaya çıkmasında 20 yıla kadar uzayabilen sessiz bir dönem olabilmektedir (5,85). Buda hastalığın şiddetli dönemlerinin genç yetişkinlik ya da geç yetişkinlik dönemine rastlamasına neden olmakta, gelişmiş toplumlarda görülen dejeneratif kapak hastalığı olan gruba göre hastaların yaş ortalaması daha düşük olmaktadır. Çalışmamızda yer alan hastaların çoğunun, kalp kapaklarındaki sorunun nedenini bilmemeleri sebebiyle, akut romatizmal ateş varlığı tam olarak ortaya konulamamıştır. Ancak çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalamasının düşük olma sebeplerinden birinin de akut romatizmal ateş olabileceği düşünülmektedir.

Günümüzde KKH'nın küratif tedavisinde kapağın tamiri söz konusu olmadığında kalp kapak replasmanı sık başvurulmuş bir yöntemdir. Kalp kapağı replasmanı her yıl dünya çapında birkaç yüz bin hastaya uygulanmaktadır (6,7). İleri yaşlarda en sık gördüğümüz KKH, aort darlığı ve mitral yetersizliğidir. Bu nedenle kalp kapağı replasmanının en sık oranda aort ve mitral kapaklara uygulandığı belirtilmektedir (18). Çalışmamızın sonuçları da bu bilgiyi doğrular nitelikte olup; yaklaşık üç katılımcıdan birine MKR, her dört katılımcıdan birine de AKR uygulanmıştır. Çakır ve diğ. (86)'nın mekanik kapak replasmanı yapılan 100 hastayı incelediği çalışmasında da, çalışmamızın bulgularına paralel olarak en sık MKR (%32), sonrasında ise AKR (%23) yapıldığı belirtilmiştir. Patoloji çalışmalarında yaşlanma ile birlikte kalp kapaklarının etrafında zamanla lipit birikimi geliştiği ve bunun ateromatöz değişiklikler meydana getirdiği gösterilmiştir (87). Ayrıca anatomik ve fizyolojik kurallar gereği mitral kapak ve aort kapağın diğer kapaklara göre daha fazla basınca maruz kalması (37), bu kapaklardaki dejenerasyonun daha sık ve daha erken meydana geldiğini, bu nedenlerle en sık uygulanan kapak cerrahisinin MKR ve AKR olduğunu açıklamaktadır.

5.2. Katılımcıların Oral Antikoagülan İlaç Kullanım Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Kapak replasmanı sonrası hastaların semptomlarında belirgin düzelme olduğu somut olarak ortaya konulmuştur. Ancak ameliyat, hastada birtakım riskleri de beraberinde getirmektedir. Bunlardan en önemlisi özellikle mekanik kapak replasmanı sonrasında daha çok görülebilen tromboemboli riskidir. Bu komplikasyondan korunabilmek için, hastanın ömür boyu OAK ilaç kullanması gerekmektedir (17,18,45,56,57).

Arteriyel ve venöz tromboembolik olayların önlenmesinde en sık kullanılan OAK ilaç, K vitamini antagonisti olan Varfarin'dir (17,18). Varfarin, terapötik indeksi oldukça dar olan bir ilaçtır, bu nedenle INR değerinin 2-3.5 arasında olması ve sürekli monitörizasyonu istenilmektedir. Antikoagülan ilaç tedavisinde, akılcı olmayan ilaç kullanımı ve kontrollerin düzenli olmaması hayati tehlikelere yol açabilmekte, hatta ölümlere neden olabilmektedir. Bu nedenle hastaların tedavi süresince yakından izlenmesi ve dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir (16,88). Bu süreç boyunca hastanın izlem ve takiplerin sürdürülmesi, tedavinin başarısını artırmakta ve hasta sonuçlarını etkilemektedir. Hasta izlemlerinde sıklıkla, INR test ölçümü kullanılır. INR değeri istenen aralığa ulaştıktan sonra; ilk ay haftada bir, sonraki ay 15 günde bir ve üçüncü aydan itibaren ayda bir kontrol INR ölçümü yapılmalıdır. İlacın kullanıldığı süre boyunca da takipler bu şekilde düzenli olarak yapılmalı ve bireyin verdiği cevaba göre gerektiğinde aralıklar değiştirilmelidir (22,24).

Düzenli ve sık aralıklarla INR ölçümü için hastaneye gitmek hastalar için hem maliyetli hem zahmetli olmakta, hem de zaman kaybına neden olmaktadır (27,89). Bu çalışmada yer alan katılımcıların çoğunluğu ayda bir kontrollere giderken, yaklaşık dörtte biri de ayda bir kezden daha sık takiplere gittiğini, yaklaşık üçte biri bu takipler sırasında kaybettiği zamanın 3 saat ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Mert ve diğ.(31)'in yaptığı çalışmada; hastaların düzenli ve sürekli kontrollere gelme konusunda birtakım sıkıntılar yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sıkıntılar; ulaşım sıkıntıları, fiziksel kısıtlılıklar, kontrollerin sık aralıklarla yapılması, sıra bekleme ve kan aldırma istememe olarak sıralanmıştır. Özellikle eşlik eden hastalıkları ve fiziksel yetersizlik yaşamaları nedeniyle bir başkasının yardımına

ihtiyaç duyan yaşlılarda kontrollere gitmenin daha da güç bir hal aldığı belirtilmiştir. Meyer ve diğ. (89)'in yaptığı çalışmada ise; antikoagülasyonun klinik yönetimine bir alternatif olarak gösterilen, INR'yi kendi kendine test etme, uzaktan online olarak izleme ve yönetme sistemini kullanan hastaların memnuniyet, zaman ve maliyet kazançları incelenmiştir. Bu yöntemin hastalar tarafından daha çok tercih edilen, daha az karmaşık ve daha uygun olan bir yöntem olduğu aynı zamanda da hastalar için zaman ve para kaybını önlediği sonucuna varılmıştır. Bu nedenle INR test ölçümü için kontrollere gitmekte güçlük yaşayan, fiziksel engelleri olan ya da kontrole gelmede uyumsuzluğu olan hastalara, kendi yaşam alanlarında kendileri tarafından tıpkı diyabet hastalarının kan şekerlerini ölçmeleri gibi, basit bir işlemle INR'lerini ölçebilecekleri yöntemler hakkında sağlık profesyonelleri tarafından eğitim ve danışmanlık verilmesinin faydalı olacağı önerilmektedir. Bizim çalışmamızda sadece tek bir katılımcının INR takip cihazına sahip olduğu, geri kalan 99 katılımcının ise bundan habersiz olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, kalp kapağı cerrahisi geçiren, bizim çalışmamızda olduğu gibi genç ve/veya teknolojik cihazları kullanabileceği düşünülen hastalara taburculuk eğitimi kapsamında hemşireler tarafından, hastanın kendi antikoagülan tedavisini yönetmesini sağlayabilecek INR takip cihazları hakkında bilgi ve danışmanlık verilmelidir.

OAK ilaçlar hem bazı besinler, hem de kullanılan bazı ilaçlarla etkileşime girebilmekte, beklenen terapötik etkiyi değiştirerek oral antikoagülanların güvenli kullanımını etkilemektedir (66). Toplumumuzda yaşam süresinin uzaması ile beraber kronik hastalıkların görülme oranı ve süresindeki artış, çoklu ilaç kullanımını da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada, katılımcıların yarıya yakınının kalp kapak replasmanı olmuş olmanın dışında başka bir kronik hastalığının olduğu ve her dört katılımcıdan üçünün varfarin dışında ilaç kullanımının olduğu saptanmıştır. OAK ilaç kullanan hastalarla yapılan benzer çalışmalarda da hastaların yaklaşık %40-80 arasında değişen oranlarda başka bir kronik hastalıklarının bulunduğu, en sık eşlik eden hastalıkların hipertansiyon ile diyabet olduğu ve buna yönelik ilaç kullandıkları belirtilmektedir (14,19,26,70,71,90). Çoklu ilaç kullanımı nedeniyle hastaların kullandığı ilaçlar arasında etkileşim görülme sıklığının arttığı da bilinmektedir (91). Öztürk (92)'nin çalışmasında katılımcıların %56.3'ünün Varfarin ile etkileşen ilaç

kullandığı tespit edilmiştir. Alay ve diğ. (21) yaptıkları çalışmada da, hastaların %75'inin; nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, antiagregan, sefalosporin veya metronidazol gibi varfarinin etkisini artıran en az bir ilaç kullandıkları saptanmış ve bu hastaların 16'sında majör kanama, 27'sinde minör kanama öyküsünün olduğu belirlenmiştir. Çünkü parasetamol türevleri, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve geniş spektrumlu antibakteriyel ajanlar (sefolosparinler, metronidazol) Varfarin ile birlikte kullanıldığında, antikoagülan etkiyi arttırmaktadır (88). Bu durum, çoklu ilaç kullanımının antikoagülan tedaviyi yönetmeyi zorlaştırdığını, bu hasta grubunda AİK'nın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Toplumumuzda özellikle antibiyotikler ve ağrı kesici ilaçlar akılcı olmayan şekilde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca kronik hastalıklar nedeniyle Varfarin ile etkileşim gösterebilen ilaçların kullanılmasının kaçınılmaz olduğu durumlar olabilmektedir. Bu nedenle hemşireler tarafından hasta ve ailesine taburculuk eğitimi sırasında, ilaç etkileşimleri konusunda mutlaka bilgi verilmeli, OAK ilaç ile beraber yeni bir ilaç kullanılmaya başlanırsa ya da kullanılan ilaç sonlandırılmak durumunda kalırsa, doktoruna ya da hemşiresine bilgi vermesi gerektiği söylenmelidir ve kontrollere geldiklerinde Varfarin dışı ilaç kullanımları sorgulanmalıdır (24,31,88,93).

Antikoagülan tedavi yönetiminde etkili olan bir diğer faktör beslenmedir. Günlük yaşamda kullanılması zor bir ilaç olan ve özellikle dikkatli kullanım gerektiren Varfarin, birçok besinle etkileşimde bulunabildiği için bireyin beslenme rejimine ve alkol-sigara kullanımına dikkat etmesini gerektirmektedir. Çünkü alkol kullanımı, OAK ilaçların etkisini arttırarak kanamaya neden olabilmekte, özellikle K vitamini içeren yeşil yapraklı sebzelerin diyetle az ya da fazla alınması, antikoagülan etkiyi değiştirerek istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir (24,67). Bu durum, OAK ilaç kullanan bireylerin AİK doğrultusunda yaşam tarzlarını değiştirmelerini ya da hayatlarında yeni düzenlemeler yapmalarını zorunlu kılmaktadır (22,23,88). Bu çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun alkol-sigara kullanmadığı saptanmıştır. Bu sonuç, katılımcıların oral antikoagülan kullandıkları süre zarfında yaşam şekillerine dikkat ettiklerini ve kanamalara yol açacak durumlardan uzak durmaya çalıştıklarını düşündürmektedir. Bulduğumuz sonuçlar, benzer hasta gruplarıyla yapılmış olan literatür sonuçlarıyla da (14,70,90) örtüşmektedir. Bununla birlikte kapak cerrahisi geçiren hastalara verilecek taburculuk eğitiminde, akılcı ilaç

kullanımı kapsamında ilaç etkileşimlerine ek olarak, mutlaka besin etkileşimlerine de değinilmeli, Varfarinin etkisini artıran ve azaltan yiyeceklerin listesi hastaya verilmelidir.

Varfarin etkisini, karaciğerde K vitaminine bağlı olarak üretilen pıhtılaşma faktörlerinden II, VII, IX, X sentezini önleyerek göstermektedir. Bu nedenle antikoagülan kullanan hastalarda en önemli yan etki kanama olmaktadır (94). Özellikle de, yaşlı hastalarda yaşa bağlı olarak endotel hassasiyetinin artması ve yine yaş ile birlikte eşlik eden hastalıkların artması ve buna bağlı olarak çoklu ilaç kullanımı, kanama riskinin daha yüksek olmasına neden olabilmektedir (95). Kanama riskinin OAK ilaç kullanmaya başladıktan sonraki ilk 90 gün içinde en yüksek düzeyde olduğu (94), uzun dönem antikoagülan kullanımıyla birlikte bireylerin antikoagülan ilaç yönetimine alıştıkları; yan etkilerin görülmesinin daha az, yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (26). Bu çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasında, OAK ilaç kullanımından kaynaklı kanama görüldüğü saptanmıştır. En sık görülen kanama tipinin de, minör kanamalar da diyebileceğimiz; deride morarmalar, burun kanaması ve diş eti kanaması şeklinde olduğu, majör kanamalardan olan beyin kanamasının görülme oranının ise minör kanamalara göre çok daha az olduğu görülmüştür. OAK kullanan hastalarla yapılan çalışmalarda, sonuçlarımıza benzer şekilde yaklaşık %30-65 oranında kanama görüldüğü (31,71), kanamalarda ilk iki sırayı ciltte morarmalar, diş eti ve burun kanamasının oluşturduğu belirtilmiştir (31,71,90). Özşenel (84)'in varfarin kullanımına bağlı kanama nedeniyle acil servise başvuran ve hastaneye yatışı yapılan hastaları ele aldığı çalışmasında ise, katılımcıların yarısından fazlasında (%54) majör kanama olduğunu ve sıklıkla da kanamanın %39 oranla üst gastrointestinal sistemde meydana geldiği görülmüştür. Kanama tipi açısından bu büyük farklılığın çalışmanın yapıldığı katılımcılar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların OAK kullanım sürelerine göre kanama görülme durumu incelendiğinde; 12 ay üzerinde OAK ilaç kullananlarda kanama gelişme oranının, 6-12 ay süreyle ilaç kullananlara göre gerilediği saptanmıştır. Bu gerilemenin katılımcıların uzun süredir ilaç kullanıyor olmaları sonucunda yaşam değişikliklerini hayata geçirmiş olmaları, düzenli ilaç kullanma alışkanlığı edinmiş olmaları gibi nedenlerle, tedaviye uyumlarının artmasından kaynaklanmış olabileceği

değerlendirilmiştir. Ancak, katılımcıların ilaç kullanım sürelerine göre kanama görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca 12 ay üzerinde ilaç kullanan katılımcıların yaklaşık yarısında görülen kanama oranı, çok da düşük değildir ancak çoğunluğu minör kanama şeklindedir. Çünkü antikoagülanlar, değiştirebileceğimiz (ilaç-besin, ilaç-ilaç, ilaç-alkol/sigara etkileşimi, vb.) ve değiştiremeyeceğimiz (yaş, eşlik eden hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı/ polifarmasi, CYP2C9 ve VKORC1 gen mutasyonları vb.) pek çok faktörden etkilenmektedir (92, 96). Antikoagülan tedavi yönetimini etkileyen faktörlerden biri de hastanın bu konu hakkındaki bilgi düzeyi ve OAK ilaç kullanımı hakkında eğitim alma durumudur (67). Bu nedenle de hastaların hemşireler tarafından OAK ilaç kullanımı ve özellikle de kanama komplikasyonu konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.

Çalışmamızdaki katılımcıların OAK ilaç kullanımına yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; katılımcıların tamamına yakını, OAK ilacı neden kullandığı bildiğini ve OAK ilaç kullanımı hakkında eğitim aldığını ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların tamamı ilacını her gün aynı saatte almaya özen gösterdiklerini, ilacı almayı unuttuğunda 2 dozu birlikte almadıklarını belirtmişlerdir. OAK kullanan hastaların bilgi düzeylerini değerlendiren Rocha ve diğ. (97)'nin çalışmalarında, kapak replasmanı yapılan hastaların bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca antikoagülanlar hakkında sözlü ve yazılı bilgilendirme sayesinde hastaların antikoagülan düzeyini kontrol etmelerinin arttığı, kanama riskinin ise azaldığı gösterilmiştir (68,69).

Ülkemizde ise, Varfarin kullanan hastaların bilgi düzeylerini ve uyumlarını değerlendiren çalışmalarda, hastaların Varfarin tedavisi hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve ilaca karşı uyumlarında sorunlar deneyimledikleri belirtilmektedir (31,70-73). Kaya (83) 'nın mekanik MKRolan olan 168 katılımcıyla yaptığı çalışmasında, neredeyse her üç hastadan birinin Varfarini yeterli miktarda kullanmadığında ya da gereğinden fazla kullandığında ortaya çıkabilecek hayati sonuçlar hakkında bilgi sahibi olmadığı ortaya konulmuştur. Çalışmamızda ise; katılımcıların kendi ifadelerine göre, OAK ilaç kullanımı hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu ve bu ilaçları kullanırken dikkat edilmesi gereken önemli hususları uyguladıkları görülmektedir. Bu sonucun, bu çalışmada yer alan katılımcıların yaş

ortalamasının diğer çalışmalardaki katılımcıların yaş ortalamasına göre düşük olmasından ve yarısından fazlasının lise ve üzerinde eğitime sahip olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte farklı olarak bu çalışmada katılımcıların neredeyse tamamı OAK kullanırken oluşabilecek kanamaları önlemek için çapma, düşme, kesilme vb. fiziksel yaralanmalardan korunmaya özen gösterirken, katılımcıların %10-45'i kanamaları önlemede yine çok önemli olan giysi, ayakkabı ve diş fırçası, tıraş bıçağı seçiminin önemli olduğunu bilmediklerini ifade etmiştir. Buna paralel olarak bu çalışmadaki katılımcıların yarısından fazlasında kanama görülmesi özellikle bu konuda eğitime ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Ülkemizde Yaman ve Bulut (75)'un çalışmasında, kapak replasmanı yapılan hastalara hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin, hastaların bilgi ve öz bakım düzeylerinin yüksek olmasında, kendi bakımlarını gerçekleştirebilmelerinin sağlanmasında ve taburculuk sonrası diş eti kanamalarının daha az olmasında etkili olduğu ortaya konmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların AİK'na ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise, neredeyse tamamının AİK'na uygun davranışlar sergiledikleri görülmektedir. Varfarin teröpatik aralığı çok dar olan bir ilaç olduğu için, ilaç ve besin etkileşimleri, hatalı doz kullanımı gibi durumlarda antikoagülan etkisi hemen değişebilmektedir. Bu nedenle akılcı ilaç uygulamaları kapsamında ele alınması gereken temel ilaçlardan bir tanesidir. OAK kullanan kişilerin bu konuda eğitim almaları, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde ve hastanın hastalığı yönetebilmesinde önemlidir. Bu konuda anahtar rol, hemşirelere düşmektedir (88). Hemşireler, AİK ilkelerine uygun hareket ederek ve çevresindekilere AİK konusunda eğitim vererek güvenli ilaç uygulama sorumluluklarını da başarıyla yerine getirmiş olacaktırlar (98). Ebiloğlu (90)'nın çalışmasında, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kullandıkları ilaçlar ve olası yan etkileriyle ilgili bilgiyi hekimlerinden aldıklarını, sadece %9.3'ünün gerekli bilgiyi hemşirelerden aldığını saptamıştır. Benzer şekilde OAK kullanan hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da Varfarin tedavisi hakkında hemşirelerden bilgi ve eğitim alma oranlarının (% 0.8 - 37) çok düşük olduğu belirtilmektedir (31,70-72). Baysal ve diğ. (99) tarafından, hemşirelerin antikoagülan ilaçlar hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada, bilgilerinin orta düzeyde olduğu ve antikoagülan ilaçların güvenli kullanımına yönelik verilen hizmet içi eğitimin hemşirelerin bilgilerini arttırmada etkili olduğu

saptanmıştır. Bu doğrultuda AİK konusunda hemşirelerin de bilgi ihtiyaçları olabileceği, yeterli eğitimi aldıkları takdirde, görev alanları ile ilgili olarak AİK'nın yaygınlaştırılmasında önemli roller üstlenebilecekleri belirtilmektedir (98).

5.3. Katılımcıların Oral Antikoagülan Kullanımından Memnuniyetlerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Uzun süreli antikoagülan kullanımı, hastanın algısı ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Bu nedenle, OAK ilaç tedavisi alan hastaların yaşamındaki zorluklarını bilmek önemlidir (13,26). Bu amaçla geliştirilmiş ölçeklerle hastanın sosyal olarak hastalığı yönetebilme durumu, yaşam kalitesi ve tedaviye ilişkin yaşadığı algı değerlendirilebilmektedir. Elde edilen bu bilgiler ile OAK ilaç kullanan hastaların sorun yaşadıkları alanların tespit edilmesinde kullanılabilecek bir ölçeğin varlığı, hastanın bakımının planlanmasında hemşirelere yol gösterici olacaktır (13). Bu amaçla geliştirilen ölçeklerden biri de DAMÖ'dür.

Çalışmamızdaki katılımcıların, ölçek toplam puan ortalaması 75.53 olarak bulunmuştur. Benzer ölçeğin kullanıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Almedia ve diğ. (26)'in OAK ilaç kullanan 72 hasta ile yaptıkları çalışmalarında, hastaların DAMÖ toplam puan ortalamasını 67.1 olarak bulmuşlardır. Mert ve diğ.(31)'in çalışmalarında ise, 65 yaş ve üzerinde OAK ilaç kullanan hastalar ele alınmıştır. Bu hastaların ölçek toplam puan ortalamasının da 68.98 olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızda ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda kısıtlılıklar, yükler ve zorluklar ve olumlu etkiler alt boyutundan da çalışmamızda yer alan katılımcılar, yine aynı çalışmalara göre daha yüksek puanlar almışlardır. Yüksek puanlar, yaşam kalitesinin ve OAK kullanımından memnuniyetin daha kötü olduğunu ve sorunların daha fazla yaşandığını göstermektedir. Bu farklılığın; çalışmamızı oluşturan katılımcıların daha genç olmasından ve hastalarımızın tamamının mekanik kapak replasmanı nedeniyle ömür boyu OAK ilaç kullanmak zorunda olmalarından kaynaklanabileceği, bunun daha fazla stres yaratan bir durum olduğu düşünülmektedir. Ancak bu çalışmada katılımcıların toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının orijinal ölçekten alınabilecek maksimum puanın yarısından bile düşük olduğu değerlendirilmiştir. Bu

da katılımcıların yaşam kalitesinin ve OAK kullanımından memnuniyetlerinin çok da kötü düzeyde olmadığını düşündürmektedir.

Konuya ilişkin literatürde yaşlı hastalarda yaş ilerledikçe sorunların ve olumsuz etkilerin daha fazla yaşanmasına bağlı olarak hastaların yaşı ile DAMÖ'nün "olumlu etkiler" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç, yaşlı hastaların tedavi hakkında bilgilerinin daha az olması nedeniyle memnuniyetlerinin de düşük olmasının beklendiği bir sonuç olduğu şeklinde yorumlanmıştır (26,31). Bu çalışmada katılımcıların yaşları ile DAMÖ ölçek toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Farklılık olmamasının nedeni olarak bu çalışmada yer alan katılımcıların büyük bir çoğunluğunun OAK ilaç kullanımı konusunda bilgilerinin olduğunu ifade etmelerinden kaynaklanabileceği değerlendirilmiştir. Ayrıca katılımcıların, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi diğer sosyodemografik özelliklerine göre de DAMÖ ölçek toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Diğer benzer çalışmalarda da bireysel özelliklerin tedaviden memnuniyeti etkilemediği belirtilmiştir (13,26,31). Farklı olarak bu çalışmada yalnız yaşayan katılımcıların DAMÖ'nün morarma ve kanama olasılığının hastaların aktivitelerine etkisini değerlendiren "Kısıtlılıklar" alt boyutu puan ortalamalarının, ailesi ile yaşayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve ailesi ile yaşayan katılımcıların ise "Olumlu Etkiler" alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Yalnız yaşayan hastaların "Kısıtlılıklar" alt boyutu ile ilgili memnuniyetlerinin düşük olması, tek başlarına iken herhangi bir kanama olmasından endişe duydukları için bu konuda kendilerini daha çok sınırlandırmış olabileceklerini düşündürmektedir. Ailesi ile yaşayan katılımcıların tedaviyi anlama ve sürdürmede kendisine olan güvene ilişkin sorunları içeren "Olumlu Etkiler" alt boyutuna ilişkin memnuniyetlerinin düşük olmasının ise, Türk aile yapısında aile bağlarının kuvvetli olması, çoğunlukla hastalık yüklerinin aile üyeleri ile birlikte paylaşılması ve bu nedenle de hastaların, kendilerinin tedavileri konusunda bilgilerinin daha az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların DAMÖ alt boyut ve toplam puanları OAK ilaç kullanım özelliklerine göre incelendiğinde, INR takibi için üç saat ve üzerinde zaman

harcadığını ifade eden katılımcıların “Yükler ve Zorluklar” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Mert ve diğ. (31)’in çalışmasında da kontrollerini yaptırma ile ilgili güçlük yaşayanların, yaşamayanlara göre ölçek puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve daha fazla sorun yaşadıkları ifade edilmiştir. Dantas ve diğ. (27) Varfarin alan hastalarla yaptıkları niteliksel çalışmalarında da, antikoagülan kullanan hastaların memnuniyetsizlik nedenlerinden birinin düzenli INR testleri için hastaneye gitmekten kaynaklanan maliyet ve zahmet olduğunu belirtmişlerdir. Bu doğrultuda teknolojik cihazları kullanabileceği düşünülen hastalara hemşireler tarafından, INR takip cihazları hakkında bilgi verilmesi ile bu cihazlarının kullanımının artmasının, OAK ilaç kullanan hastaların tedavi memnuniyetini artıracığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, OAK dışında sürekli ilaç kullanan katılımcıların “Kısıtlılıklar” ve “Yükler ve Zorluklar” alt boyutları puan ortalamaları, kullanmayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Varfarin ile etkileşen ilaçlar uzun bir liste oluşturmaktadır. Bazı ilaçlar Varfarin’in vücutta kullanımını engellerken, bazı ilaçlar ise etkisini arttırabilmektedir. Böyle ilaçların kullanılması gerektiğinde hekimin haberdar edilmesi ve daha sık aralıklarla INR kontrolü yapılması gerekmektedir. Ayrıca hastalara hemşireler tarafından verilen eğitimlerde özellikle ilaç-ilâç etkileşimlerine değinildiğinde özellikle varfarinin etkinliğinin artması ile kanama yan etkisinin oluşabileceği hastalar için endişe verici olmaktadır (67). Bu nedenle çoklu ilaç kullanımı varlığında hastaların oluşabilecek morarma ve kanama olasılığı nedeniyle aktivitelerini kısıtlaması (“Kısıtlılıklar” alt boyutu) ve daha sık INR takibi nedeniyle sorumluluklarının artması (“Yükler ve Zorluklar” alt boyutu) tedaviden memnuniyetlerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hasta eğitimlerinde hemşirelerin, OAK ilaçların önerildiği şekilde kullanıldığında ciddi yan etkilerinin olmayabileceği, hayatlarında ya da ilaç dozlarında küçük birkaç düzenleme yapılması ile varfarinin yaşamlarını kısıtlamayacağı konularında, hastalara bilgi vermeleri, hastaların endişe yaşamalarını azaltarak, yaşam kalitelerini artıracaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Tanımlayıcı nitelikte yapılmış olup, kalp kapağı replasmanı sonrası OAK tedavi alan hastaların AİK'larını ve memnuniyetlerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmada yer alan katılımcıların %55'ini erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalamaları 52.2 (17.6) olup, yarıdan fazlası (%53) lise ve üzerinde eğitim almış vengerdeyse tamamına yakını (%95) ailesi ile yaşamaktadır.
2. Çalışmada yer alan katılımcılara en çok, MKR (%38), AKR (%26) ve MKR ile AKR'nın birlikte uygulandığı (%15) görülmüştür.
3. Çalışmada yer alan katılımcıların %57'sinin, 12 aydan daha uzun süredir varfarin kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun (%64) INR takibini ayda bir yaptıkları, fakat %14'nün takiplerini düzensiz yaptırdığı ve katılımcıların yaklaşık yarısının (%51) INR ölçümü için 2 saat zaman harcadığı saptanmıştır.
4. Çalışmada yer alan katılımcıların yaklaşık yarısında (%52) OAK ilaç kullanımından kaynaklı kanama görülmüş olup, en sık görülen kanama tipinin; deride morarmalar (%36.5), burun kanaması (%30.7) ve dış eti kanaması (%21) olduğu tespit edilmiştir.
5. Çalışmada yer alan katılımcıların ilaç kullanım sürelerine göre komplikasyon görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamakla birlikte ($p>0.05$), 6-12 ay süreyle OAK ilaç kullananlarda kanama gelişme oranı %51.2 iken; 12 ay üzerinde ilaç kullananlarda bu oran %42.1'e gerilemiştir.
6. Çalışmada yer alan katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu ve sigara-alkol kullanım durumları ile kanama görülme durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
7. Çalışmada yer alan katılımcıların, AİK'larına ilişkin sorulara verdikleri yanıtlardan yola çıkarak katılımcıların neredeyse tamamının AİK'na uygun davranışlar sergiledikleri tespit edilmiştir.

8. Çalışmada yer alan katılımcıların tamamına yakının, OAK kullandıkları süre zarfında yaşam şekillerine dikkat ettikleri ve kanamalara yol açacak durumlardan sakınmak/uzak durmak gibi davranışlara sahip oldukları görülmüştür.
9. Katılımcıların, DAMÖ “Kısıtlılıklar” alt boyutundan, “Yükler ve Zorluklar” alt boyutundan ve “Olumlu Etkiler” alt boyutundan ve ölçek toplamından aldıkları puanların düşük olmadığı, memnuniyetlerinin ve algılanan yaşam kalitesinin orta olduğu değerlendirilmiştir.
10. Çalışmada yer alan katılımcıların, bazı tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyetlerine, eğitim durumu vb.)’ne göre DAMÖ toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
11. Çalışmada yer alan ailesi ile yaşayan katılımcıların DAMÖ “Olumlu Etkiler” alt boyutu puan ortalamalarının ise, yalnız yaşayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
12. Çalışmada yer alan INR takibi için üç saat ve üzerinde zaman harcadığını ifade eden katılımcıların “Yükler ve Zorluklar” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
13. Çalışmada, OAK dışında sürekli ilaç kullanan katılımcıların “Kısıtlılıklar” ve “Yükler ve Zorluklar” alt boyutları puan ortalamaları, kullanmayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

6.2. Öneriler

Kalp kapağı replasmanı sonrası OAK tedavi alan hastaların, AİK’larını ve memnuniyetlerini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda, aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Gelecek çalışmalarda çok merkezli çalışmaların, farklı popülasyonlarda tekrarlanması,
2. Görüşmelerin mutlaka yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılması ve hastaların bilgi düzeyinin standart ölçme araçları kullanılarak değerlendirilmesi,

3. Görüşmelerin aynı hastalarla ya da aynı hasta gruplarıyla belirli zaman aralıklarında tekrarlanması, bu şekilde geçen zaman zarfında hastaların OAK kullanım süreçlerindeki bilgi, memnuniyet ve yaşam kalitesi durumlarındaki değişimin değerlendirilmesi,
4. Sonraki çalışmalarda bu çalışmada belirtilen faktörler dikkate alınarak hemşireler tarafından verilen planlı bir eğitimin, tedaviden memnuniyet ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması önerilmektedir.



7. SINIRLILIKLAR

Bu çalışmanın birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. Bunlardan biri çalışmanın sadece iki merkezde yürütölmüş olması ve sonuçlarının 100 kişi ile sınırlı olmasıdır. Bir diğeri de verilerin, takiplerini çalışmanın yapıldığı hastane dışındaki sağıık merkezlerinde yaptıran bireylerle telefonla görüşerek toplanmış olmasıdır. Davranışa yönelik bazı soruların telefonla sorulmuş olması, katılımcılardan sağııklı bilgi alınmasını da olumsuz etkilemiş ve değeriendirilmede eksikliklere neden olmuş olabilir. Mümkünse davranışa yönelik sorulardan ziyade bilgiye dayalı sorularla hastaların bu konudaki bilgi düzeyinin değeriendirilmesi gerektiğı düşünölmektedir. Ayrıca DAMÖ ölçeğinin yedili likert tipte bir ölçek olması sebebiyle telefonla doldurulması anlaşılabilirliğinde kısıtlılık oluşturmuştur. Bunlara paralel olduğı düşünölen bir diğeri sınırlılık da ölçeğinin toplam Cronbach alpha katsayısının 0.63 olmasıdır. Ancak alt boyutlar için Cronbach alfa değeri yeterli bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Akılcı ilaç kullanımında solunum ilaçları çalıştay, Türk Toraks Derneği Genel Merkezi, TUSAD ve AİD katkılarıyla 8 Aralık 2012, Ankara, <http://www.solunum.org.tr/TusadData/userfiles/file/AIKcalistayi.pdf>, [07/02/2016].
2. Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., Rayner, M., Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update, *European Heart Journal*, 35 (42): 2950-2959, 2014.
3. Drumm, C., Peterson, K.J., Heart valve surgery, *Cardiac Surgery Essentials for Critical Care Nursing*. Editörler: Hardin, S.R., Kaplow, R., Bölüm 5, Jones and Bartlett Publishers, LLC, ABD, s73-87, 2010.
4. Nkomo, V.T., Gardin, J.M., Skelton, T.N., ve diğ., Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *Lancet*, 368:1005-11, 2006.
5. Seckeler, M.D., Hoke, T.R., The worldwide epidemiology of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Clinical Epidemiology Journal*, 3: 68-84, 2011.
6. Sun, J.C., Davidson, M.J., Lamy, A., Eikelboom, J.W., Antithrombotic management of patients with prosthetic heart valves: current evidence and future trends. *Lancet*, 374:565-76, 2009.
7. Leiria, T.L., Lopes, R.D., Williams, J.B., Katz, J.N., Kalil, R.A., Alexander, J.H., Antithrombotic therapies in patients with prosthetic heart valves: guidelines translated for the clinician, *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 31(4), 514-522, 2011.
8. Karahan, A., kalp damar cerrahisi ve hemşirelik bakımı, *Cerrahi hastalıkları hemşireliği akıl notları*, Editör: Elbaş, N.Ö., s45-58, 2016.
9. Butchart, E.G., Gohlke-Barwolf, C., Antunes, M.J., Tornos, P., De Caterina, R., Cormier, B., Prendergast, B., Lung, B., Bjornstad, H., Leport, C., Hall, R.J.C., Vahanian, A., Recommendations for the management of patients after heart valve surgery *European Heart Journal*, 26:2463-2471, 2005.

10. Korkmaz, F.D., Kalbin kapak hastalıklarında hemşirelik yönetimi, Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Editörler: Karakadovan, A., Aslan, F.E.), Nobel Tıp Kitapevi, Adana, s538-542, 2010.
11. Moyer, P.T., O'Kane, J.D., Baudhuin, M.L., Wiley, C.L., Fortini, A., Fisher, P.K. ve ark., Warfarin sensitivity genotyping: A review of the literature and summary of patient experience. Mayo Foundation for Medical Education and Research, 84(12), 1079-1094, 2009.
12. Frandsen, G., Pennington, S.S., Abrahams'ın klinik ilaç tedavisi: Hemşireler için akılcı ilaç uygulamaları, Çeviri editörleri: İyigün, E., ve Taştan, S., 10. Baskı. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, s104-108, 2014.
13. Yıldırım, J.G., Bayık-Temel, A., Duke antikoagülan memnuniyet ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği, Turk Gogus Kalp Damar, 22(4):761-772, 2014.
14. Doğu, Ö., Oral antikoagülan tedavi uygulanan bireylerde güvenli ilaç kullanımının incelenmesi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
15. Shah, S.G., Robinson, I., Patients' perspectives on self-testing of oral anticoagulation therapy: contentanalysis of patients' internet blogs. BMC Health Services Research Journal, 11:25, 2011
16. Salman, E., Erdoğan, K.E., Sağlam, M.F., Hıdıroğlu, M., Mekanik kalp kapaklı hastalarda antikoagülan kullanımı ve warfarin direnci, Ankara Medical Journal, 15:2, 2015.
17. Şahin, M.A., Tatar, T., Küçükarslan, N., Sağ, C., Öz, E., Protez kapaklar ve warfarin kullanımı, Medical Network Kardiyoloji s392-399, 2006.
18. Vahanian, A., Alfieri, O., Andreotti, F., Antunes, M.J., Baron-Esquivias, G., Baumgartner, H., ve diğ., Joint task force on the management of valvular heart disease of the european society of cardiology (ESC); European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), Guidelines on the management of valvular heart disease, European Heart Journal, 33(19):2451-96, 2012.
19. Eroğlu, M., Çınar, O., Çevik, E., Yamanel, L., Durusu, M., İnal, V., Cömert, B., Warfarin tedavisine bağlı komplikasyonlar nedeniyle acil servisten yoğun bakıma yatırılan olguların analizi, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 11(1):9-12, 2011.

20. Sardar, P., Chatterjee, S., Lavie, C. J., Giri, J. S., Ghosh, J., Mukherjee, D., Lip, G. Y., Risk of major bleeding in different indications for a new oral anticoagulants: Insights From A Meta-Analysis Of Approved Dosages From 50 Randomized Trials, *International Journal of Cardiology*, 179, 279-287, 2015.
21. Alay, M., Demir, C., Atmaca, M., Esen, R., Dilek, İ., Oral antikoagulan tedavi seyrinde kanama komplikasyonu ile gelen hastaların değerlendirilmesi, *Van Tıp Dergisi*, 18 (1):9-14, 2011.
22. Antikoagulan tedavi, Türk toraks derneği pulmoner tromboembolizm tanı ve tedavi uzlaşma raporu (2015), <http://www.toraks.org.tr/page.aspx?menu=6>, [29.06.2015].
23. Demir, M., Tekgündüz, E., Antitrombotik ve antikoagulan kullanım ilkeleri, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1):69-73, 2010.
24. Aşiret, G.D., Özdemir, L., Antikoagulan ilaçların güvenli kullanımında hemşirenin sorumlulukları, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, s58–68, 2012.
25. Başak, T, Açıksöz, S, Kalp kapak hastalıklarında hemşirelik bakımı, *Türkiye Klinikleri Dergisi-Cardiology Special Topics*, 4(5), s24-28, 2011.
26. De Queiroz Almeida, G., De Noblat, L., Passos, L.C.S., Do Nascimento, H.F., Quality of Life analysis of patients in chronic use of oral anticoagulant: an observational study *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 91, 2011.
27. Dantas, G.C., Thompson, B.V., Manson, J.A., Tracy, C.S., Upshur, R.E., Patients' perspectives on taking warfarin: qualitative study in family practice. *BMC Family Practice Journal*, 5:15, 2004.
28. Bajorek, B.V., Krass, I., Ogle, S.J., Duguid, M.J., Shenfield, G.M., Warfarin use in the elderly: the nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 23:19-25, 2006.
29. Samsa, G., Matchar, D.B., Dolor, R.J., Wiklund, I., Hedner, E., Wygant, G., A new instrument for measuring anticoagulationrelated quality of life: development and preliminary validation. *Health Qual Life Outcomes*, 2(1), 22, 2004.

30. Carvalho, A.R.D.S., Ciol, M. A., Tiu, F., Rossi, L. A., & Dantas, R. A. S., Oral Anticoagulation: the impact of the therapy in health-related quality of life at six-month follow-up, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(SPE), 105-112, 2013.
31. Mert, H., Küçükgülü, Ö., Sezgin, D., Barutcu, C.D., Yardımcı, T., Erünel, M., Yaşlı hastaların oral antikoagülan kullanım memnuniyet durumlarının incelenmesi, *Türkiye Klinikleri Journal International Medical Nursing-Special Topics*, 2(1):43-50, 2016.
32. Kupper, N.S., Mitchell, D.A., İnflamantory and structural heart disorders. Editörler: Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Birien, P.G., Bucher, L., Medical surgical nursing, assesment and management of clinical problems, Philadelphia, 37. Bölüm, 7. Baskı, s878-885, 2007.
33. Ozan, H., Kardiyovasküler sistem, Ozan Anatomi, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, , s179-185, 2004.
34. Bayrak, S., Kalp Kası; Bir pompa olarak kalp ve kalp kapaklarının işlevi, Çeviri Editörü: Yeğen, B.Ç, Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji, , İstanbul, 12. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri, s:106-107, 2013.
35. Dicle, A., Vural, F., Kalp kapak hastalıkları, Editörler: Akbayrak, N., İlhan, S.E., Ançel, G., Albayrak, A., , Hemşirelik bakım planları, Ankara, Alter Yayıncılık, s733-750, 2007.
36. Aydın, M., Çetiner, M.A., Kalp kapak hastalıklarında perkütan yaklaşımlar, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 9: Özel Sayı 1; 50-8, 2009.
37. Demirbağ, R., Sade, L.E., Aydın, M., Bozkurt, A., Acartürk, E., Türkiye kalp kapak hastalıkları kayıt çalışması, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 41(1):1-10, 2013.
38. Lung, B, Vahanian, A. Epidemiology of valvular heart disease in the adult, *Nature Reviews Cardiology*, 8:162-72, 2011.
39. Stritzke, J., Linsel-Nitschke, P., Markus, M.R.P., Mayer, B., Lieb, W., Luchner, A., Schunkert, H., Association between degenerative aortic valve disease and long-term exposure to cardiovascular risk factors: results of the longitudinal population-based KORA/MONICA survey. *European Heart Journal*, 30:2044e53, 2009.

40. Barreto-Filho, J.A., Wang, Y., Dodson, J.A., Desai, M.M., Sugeng, L., Geirsson, A., Krumholz, H.M., Trends in aortic valve replacement for elderly patients in the United States, 1999-2011, *Journal of the American Medical Association*, 310(19):2078-2084, 2013.
41. Onat A., Keleş, İ., Çetinkaya, A., Başar, Ö., Yıldırım, B., Erer, B., Ceyhan, K., Eryonucu B., Sansoy, V., On Yıllık TEKHARF Çalışması Verilerine Göre Türk Erişkinlerinde Koroner Kökenli Ölüm ve Olayların Prevalansı Yüksek, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 29(1), 8-19, 2001.
42. Tezel, T., Kalp kapak hastalıkları, Editör: Tezel T., Kalp kapak hastalıkları, İstanbul, Nobel tıp kitapevi, s1-32, 2005.
43. Lapp, H., Krakau, I., The Cardiac Catheter [e-book]. Stuttgart: Thieme; 2014. Available from: eBook Clinical Collection (EBSCOhost), Ipswich, MA.,2. Bölüm: Cardiac Catheterization in the Diagnosis of Specific Diseases, s126-162, [03.03.2016].
44. Greenwood, J.ve Kurian, J., Kardiyoloji Ders Kitabı, Kalp kapak hastalıkları, Editörler: Purcell, H. J., Kalra, P. R., Çeviri Editörü: İlerigelen, B., s121-143, 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitapevi, 2009.
45. Küçükoğlu, M.S., Kalp kapak hastalıkları-Kardiyoloji yaklaşımı 2014, *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiovascular Surgery Special Topics*, 6(1):61-71, 2014.
46. Dirksen, S.R., Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., İç ve cerrahi hastalıkların bakımında klinik rehber. Çeviri Editörleri: Albayrak, N., Hatipoğlu, S., Şenel, N., Ankara, Damla Yayıncılık, s266-267, 2007.
47. Eren, M. ve Uslu, N., 3. Bölüm: Mitral kapak yetersizliği, Editör: Tezel, T., İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, s37-51, 2005.
48. Nishimura, R.A., Otto, C.M., Bonow, R.O., Carabello, B A., Erwin, J.P., Guyton, R.A., Sundt, T.M., ve diğ., American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, *Journal of the American College of Cardiology*, 63:2438-88, 2014.

49. Carabello, B.A., Introduction to aortic stenosis, *Circulation Research*, 113:179-85, 2013.
50. Enar, R., Temel kardiyoloji, semiyoloji ve kardiyovasküler hastalıklar ders kitabı, Editör: Enar, R., Yüksel, H., Edinsel kalp kapak hastalıkları, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, s448-449, 2007.
51. Mestres, C.A., Fita, G., Parra, V.M., Pomar, J.L., Bernal, J.M., Tricuspid valve surgery, *HSR Proceedings in Intensive Care and Cardiovascular Anesthesia*, 4(4): 261-267, 2012.
52. Altaanii, H. A., Jaber, S., Tricuspid valve replacement, mechnical vs. Biological valve, which is better?, *International Cardiovascular Research Journal*, 7(2):71-74, 2013.
53. Lewis, M.L., Ginns, J.N., Ye, S., Chai, P., Quaegebeur, J.M., Bacha, E., Rosenbaum, M.S., Postoperative tricuspid regurgitation after adult congenital heart surgery is associated with adverse clinical outcomes, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 151(2), 460-465, 2016.
54. Can, M.M., Pulmoner kapak hastalıklarının tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar, *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology-Special Topics*, 4(5):92-8, 2011.
55. Öz, B.S., Kapak hastalıklarında replasman tedavisi, *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology-Special Topics*, 4(5):56-60, 2011.
56. Çakıcı, M., Durdu, S., İnan, B., Yazıcıoğlu, L., Şırlak, M., Eryılmaz, S., Akar, A. R., Ciddi aort darlığı olan hastalarda aort kapak replasmanı sonrası sol ventrikül fonksiyon ve geometrisindeki değişiklikler, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 21(2):284-293, 2013.
57. Otto, C.M., Almanac 2014: aortic valve disease. *Cardiologia Croatica*, 10(5-6):129), 2015.
58. Montori, V.M., Ting, H.H., Sharing decision making about cardiac surgery: improving the quality of the decision to undergo or forego surgery. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes Journal*, 2:519-521, 2009.
59. Elbaş, N.Ö., Kalbe ilişkin cerrahi girişimler ve hemşirelik bakımı, *Cerrahi hastalıkları hemşireliği*, Editörler: Erdil, F., Elbaş, N.Ö., 4. Baskı, Ankara, Aydoğdu Ofset, s322-334, 2004.

60. Badır, A., Korkmaz, F.D., Kalp cerrahisi geçiren hastanın hemşirelik bakım planı, Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Editör: Karakadovan, A., Aslan, F.E., Adana, Nobel Tıp Kitapevi, s519- 533, 2010.
61. Baglin, T.P., Keeling, D.M., Watson, H.G., British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on oral anticoagulation (warfarin): third edition-- 2005 update. British Journal of Haematology, 132(3):277-85, 2006.
62. Keren, F., Şahin Balçık, Ö., Antikoagülasyonda yeni ajanlar, Yeni Tıp Dergisi, 31:222-226, 2014.
63. Alışır, M F., Keçebaş, M., Beşli, F., Çalışkan, S., Güngören, F., Yıldırım, A., Baran, İ., Aydınlar, A., Varfarin kullanan hastalarda etkin INR düzeyi oranları ve etiyoloji ile olan ilişkisi, Türkiye Klinikleri 868 Journal Medical Science, 33(3),2013.
64. Eikelboom, J. W., Connolly, S. J., Brueckmann, M., Granger, C. B., Kappetein, A. P., Mack, M. J., Harper, R., Dabigatran versus warfarin in patients with mechanical heart valves, The New England Journal of Medicine, 369:1206-14, 2013.
65. Schulman S., New oral anticoagulant agents – general features and outcomes in subsets of patients, Thrombosis and Haemostasis 111.4, 2014.
66. Coumadin Tablets, For Injection. New Jersey: Bristol-Myers Squibb Pharma Company,
http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/Label/2010/009218s108lbl.pdf
, [02/03/2016].
67. Uzun, Ş., Arslan, F., Warfarin kullanan bireylerin eğitiminde hemşirenin rolü, Medical Network Kardiyoloji 14/1- 70-73, 2007.
68. Kagansky, N., Knobler, H., Rimon, E., Ozer, Z., Levy, S., Safety of anticoagulation therapy in well-informed older patients, Archives of Internal Medicine Journal, 164(18):2044-50, 2004.
69. Tang, E.O., Lai, C.S., Lee, K.K., Wong, R.S., Cheng, G., Chan, T.Y., Relationship between patients' Varfarin knowledge and anticoagulation control, Annals of Pharmacotherapy, 37(1):34-9, 2013.

70. Mercan, S., Enç, N., Varfarin kullanan bireylerin eğitim gereksinimleri, Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 1(2),12-17, 2011.
71. Korkmaz, F.D., Alcan, A.O., Karacabay, K., Do patients with mechanical heart valves have the appropriate knowledge regarding Varfarin therapy and can they adhere to the correct dosage? Turk Gogus Kalp Damar, 23(1):58-65, 2015.
72. Köksal, A.T, Avşar, G. Oral antikoagülan ilaç kullanan hastalar antikoagülan tedavi ile ilgili ne biliyor ve ne yapıyor?: Bir kardiyoloji servisindeki hastaların değerlendirilmesi, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3), 137-142, 2015.
73. Yaka, E., Pekdemir, M., Yılmaz, S., Akalın, E., Acil servis hastalarında oral antikoagülan tedavi bilgi düzeylerinin araştırılması, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 11(4):155-160, 2011
74. Taghadosi, M., Memarian, R., Ahmadi, F., The experiences of “difficult life” in heart valve replaced patients, Iranian Red Crescent Medical Journal, 16(8): e19147, 2014.
75. Yaman, Y., Bulut, H., Evaluation of discharge training given to patients who have undergone heart valve replacement. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi,18(4):277-283, 2010.
76. Saygılı, M., Özer, Ö, Uğurluoğlu, Ö., Bir kamu hastanesinde hemşirelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8 (3),162-170, 2015.
77. Abacıoğlu, N., Akılcı (Rasyonel) ilaç kullanımı, Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, 5 (4), 2005.
78. Özdemir, L., Akdemir, N., Yaşlı bireyde hemşirelik değerlendirmesi ve bakım uygulamaları, Geriatri ve Gerontoloji, Ankara, Medikal-Nobel Tıp Kitabevi, s161-181, 2006.
79. Şahingöz M., Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ve uygulaması konusunda bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı A.D., Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2012.
80. Hastane Yatan Hasta Anketi,
http://www.akilciilac.gov.tr/?p=718&lang=tr_TR, [28/06/2015].

81. Neden akılcı ilaç kullanımı,
http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81&lang=tr_TR, [30/06/2016].
82. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004, Editörler: Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S., Yardım, N., T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, Aralık 2006.
83. Kaya, İ., Mekanik mitral kapak protezi taşıyan hastaların varfarin kullanımının değerlendirilmesi, T.C. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi AD., Uzmanlık Tezi, Tokat, 2012.
84. Özşenel, Ş.M., Varfarine bağlı kanamalarda risk faktörlerinin karşılaştırılması, T.C. Trakya Üniversitesi Tıp fakültesi İç hastalıkları AD., Uzmanlık Tezi, Edirne, 2010.
85. Eroğlu, A.G., Akut romatizmal ateş tanısında güncelleme: 2015 Jones ölçütleri, Türk Pediatri Arşivi, 51: 1-7, 2016.
86. Çakır, H., Tor, F., Yıldız, G., Uçak, H.A., Özsöyler, İ., Mekanik kapak replasmanları: erken dönem sonuçlarımız, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 37(1):49-54, 2012.
87. Emre, A., Gürkan, K., Ulufer, T., Narin, A., Ünal, S., 90 Yaş ve üzerindekilerde ekokardiyografik bulgular, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 22(5): 294-297, 1994.
88. Tülüce, D., Bostanoğlu, H., Pıhtı önleyici tedavi: hemşirelik yaklaşımları, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19:4, 2016.
89. Meyer, S., Frei, C.R., Daniels, K.R., Forcade, N.A., Bussey, M., Bussey-Smith, K.L., Bussey, H.I, Impact of a new method of warfarin management on patient satisfaction, Time, And Cost, Pharmacotherapy Journal, 33(11):1147-1155, 2013.
90. Ebiloğlu, A., Warfarin kullanan hastaların bilgi düzeyi ve sosyodemografik özelliklerinin antikoagülan tedavi kontrolü ile ilişkisi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD., Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.

91. Gürel, N., Klinik farmakoloji araştırma ve uygulama polikliniğine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı ölçütleri ile tedavi başarısının değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji A.D., Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014.
92. Öztürk, M., Warfarin tedavisi alan ve INR yüksekliği ile acil servise başvuran hastaların analizi, T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp AD., Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013.
93. Palareti, G., Cosmi, B., Prescribing anticoagulation medication for the elderly, *Aging Health*, 8(2):205-16, 2012.
94. Lip, D.Y., Lane, D.A., Stroke prevention with oral anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation, focus on the elderly, *Circulation Journal*, 77(6):1380–8, 2013.
95. Acar, A., Hasbahçeci, M., Başak, F., Canbak, T., Çalışkan, M., Alimoğlu, O., Warfarin doz aşımına bağlı oluşan kanamalar, *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2):223-6, 2012.
96. Pıhtıönler ilaç (Coumadine) kullanan hastalar için klavuz, Türk Kardiyoloji Derneği Kapak Hastalıkları Çalışma Grubu, 2012.
97. Rocha, H.T., Rabelo, E.R., Aliti, G., Souza, E.N., Knowledge of patients with mechanical valve prostheses concerning chronic oral anticoagulant therapy, *Revista Latino-Americana de Enfermagem Journal*, 18(4):696-702, 2010.
98. Ulupinar, S, Akici A, Hemşirelik uygulamalarında akilci ilaç kullanımı Türkiye Klinikleri Journal Pharmacology-Special Topics,3(1):84-93, 2015.
99. Baysal, E., Ergin, E., Pakyüz, S.Ç., Hizmet içi eğitim verilmesi hemşirelerin antikoagülan ilaçlar hakkındaki bilgilerini etkiler mi?, *Journal of Human Sciences*, 13(3), 4725-4737, 2016.

EKLER

EK-1

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA



EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491-1483 - 15/1648.4-1483
KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

04 Eylül 2015

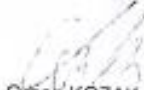
Yük.Hem.Eda YİĞİT'e

İLGİ : GATA K.lığının 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK.EĞT.:50687469-1280-2190-14/
Eğt.Öğt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme
Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 03 Eylül 2015 günü yapılan 11'inci oturumunda, GATF Eğitim Hastanesi KDC AD. Bşk.lığında görevli Yük.Hem.Eda YİĞİT'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Kalp kapak cerrahisi sonrası oral antikoagülan tedavi alan hastaların, akıcı ilaç kullanımlarını ve memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi" başlıklı, çok merkezli, tanımlayıcı dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.


Orhan KOZAK
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkanı

E K İ :
Bir Adet Etik Kurul Raporu (Def.Kyt.No:348)

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 11
OTURUM TARİHİ : 03 Eylül 2015
DEFTER KAYIT NO : 348
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 03 Eylül 2015 günü yapılan 11'inci oturumunda, GATF Eğitim Hastanesi KDC AD. Bşk.lığında görevli Yük.Hem.Eda YİĞİT'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Kalp kapak cerrahisi sonrası oral antikoagülan tedavi alan hastaların, akılcı ilaç kullanımlarını ve memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi" başlıklı, çok merkezli, tanımlayıcı dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

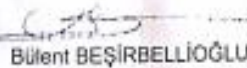
BAŞKAN

ÜYE

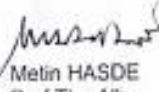
ÜYE

ÜYE


Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Tuğg.


Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Tuğg.

KATILMADI
Yaşar Meriç TUNCA
Prof.Diş.Tbp.Alb.

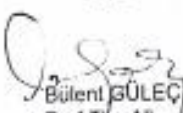

Metin HASDE
Prof.Tbp.Alb.

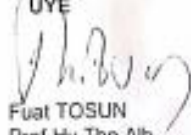
ÜYE

ÜYE

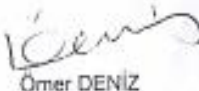
ÜYE

ÜYE


Bülent GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Fuat TOSUN
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Ömer DENİZ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

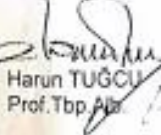
ÜYE

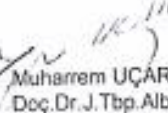
ÜYE

ÜYE


Suzi DEMİRBAG
Prof.Tbp.Alb.

Ahmet KORKMAZ
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Harun TUĞCU
Prof.Tbp.Alb.


Muharrem UÇAR
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.

KATILMADI
Emine İYİGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ve EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
ANKARA



15 Ekim 2015

İÇ HST. BD. : 50687469-3730-500 -15/1601-500

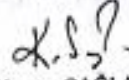
KONU : Araştırma İzin Talebi

GATA KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞINA

İLGİ : GATA Komutan Bilimsel Yrdc.lığının 07 Ekim 2015 tarihli, EĞT.ÖGT.: 50687469-3730
1177-15/Mzn.Son.(4)(1648-1697) sayılı ve "Araştırma İzin Talebi" konulu emri.

İlgili emir ile gönderilen, anket yapma talebinde bulunan personelin anket dosyaları
Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu tarafından incelenerek, sonucu EK' te
gönderilmiştir.

Arz ederim.


Kenan SAĞLAM
Profesör Tabip Tuğgeneral
İç Hastalıkları BD Başkanı

EKİ
EK-A (Anket Değerlendirme Kurulu Raporu)
EK-B (3 Adet Değerlendirme Formu)

EKLER

HİZMETE ÖZEL

EK-A

ARAŞTIRMA AMAÇLI ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KURURLU RAPORU

S. NO.	ARAŞTIRMACININ KİMLİĞİ	GÖREV YERİ	ARAŞTIRMANIN KONUSU	ARAŞTIRMANIN DURUMU
1	Tıp. Öğm. Mırac Burak KABUKÇUOĞLU	GATF Aile Hekimliği AD Bşk. lığı	Gastroözofageal Reflü Hastalığı (GÖRH) Tanısı Alan Hastaların Yaşam Tarzı değişikliği Önerilerine Uyumu ve Tedavi Öncesi ve Sonrası Reflü Şiddeti ve Semptom Profillerinin İncelenmesi	Anket Kurulu tarafından Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurul Yönergesine göre anketin yapılmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.
2	Tıp. Yzb. Ahmet Metin ÖZSEZEN	GATF Aile Hekimliği AD Bşk. lığı	İlköğretim Okulları ve Liselerde Öğrenim Gören Öğrencilerde, İnternet Kullanımının Kilo Fazlalığı, Obezite Uykusu Kalitesi ve Okul Başarısı ile İlişkisi	Anket Kurulu tarafından Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurul Yönergesine göre anketin yapılmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.
3	Svl.Me Hem. Eda YİĞİT	GATF Kalp Damar Cerr. AD Bşk. lığı	Kalp Kapak Cerrahisi Sonrası Oral Antikoagulan Tedavi Alan Hastaların Akıcı İlaç Kullanımlarını ve Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	Anket Kurulu tarafından Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurul Yönergesine göre anketin yapılmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.

KS /

Kenan SAĞLAM
Profesör Tıp Tuğgeneral
İç Hastalıkları BD Başkanı

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası: Svl.Me (V.H.K.) DO. GÜĞEN (4007)

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma kalp kapak cerrahisi sonrası OAK tedavi alan hastaların AİK'ları ve memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışma kapsamında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda ortaya çıkarılacak sonuçlar, kardiyak cerrahi geçiren hastaların algıladıkları aile desteğinin günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini gösterecektir. Bu çalışmaya göstermiş olduğunuz duyarlılık ve katılımınız için teşekkür ederim.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Cevaplar arasında doğru ya da yanlış cevap yoktur. Kendinize en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle işaretleyiniz. Araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplarınız gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışma ile ilgili sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmayacaktır.

Katılımcının Beyanı: Sayın Yük. Hem. Eda YİĞİT tarafından yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “**katılımcı**” olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı	Görüşme Tanığı	Katılımcı ile görüşen araştırmacı
Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:
Adres:	Adres:	Adres:
Tel:	Tel:	Tel:
İmza:	İmza:	İmza:

**KALP KAPAK CERRAHİSİ SONRASI ORAL ANTİKOAGÜLAN TEDAVİ ALAN
HASTALARIN AKILCI İLAÇ KULLANIMLARINI VE MEMNUNİYETLERİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

ANKET NO:.....

Sayın Katılımcı;

Bu anket, kalp kapak cerrahisi geçiren ve en az 6 ay oral antikoagülan ilaç tedavisi alan hastaların akılcı ilaç kullanımlarını ve memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Sorulara vereceğiniz samimi yanıtlar ile araştırma sonucunun doğru ve güvenilir olmasını sağlayacak ve araştırmaya katkı sağlayacaksınız. Sizden elde edeceğimiz bilgiler yalnızca bu bilimsel araştırmada kullanılacak, başkaları ile paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

**Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Oral Antikoagülan İlaç Kullanımına
ve Akılcı İlaç Uygulamalarına Yönelik Bilgi Formu**

1.Doğum Tarihiniz:	
2.Cinsiyetiniz?	☐ Kadın ☐ Erkek
3.Eğitim durumunuz?	☐ Okuma yazma bilmiyor ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Yükseköğretim ve üzeri
4. Medeni durumunuz?	☐ Evli ☐ Bekar
5. Çocuğunuz var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
6. Çalışıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
7. Sosyal güvenceniz var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
8. Kimlerle yaşıyorsunuz?	☐ Ailemle ☐ Yalnız
9. Sigara içiyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet (.....sayı/gün)
10. Alkol kullanıyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet (.....kadeh/gün) ☐ Nadiren
11. Kronik herhangi bir rahatsızlığınız var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (Açıklayınız.....)
12. Herhangi bir madde ya da besine karşı allerjiniz var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (Açıklayınız.....)

13. Besin veya ilaç alerjiniz var ise; muayene sırasında hekimi ve ilgili sağlık personelinin bilgilendirir misiniz?	☐ Hayır, bilgilendirmem ☐ Evet, bilgilendiririm. ☐ Sorarsa bilgilendiririm
14. Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (Açıklayınız.....)
15. Oral antikoagülan olarak hangi ilacı kullanıyorsunuz?	Belirtiniz:
16. Ne kadar süredir oral antikoagülan kullanıyorsunuz?	Belirtiniz:
17. Oral antikoagülan ilacı hangi hastalığınız /rahatsızlığınızdan dolayı kullandığınızı biliyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet (Açıklayınız.....)
18. Tedaviye başlamadan önce size ya da yakınınıza ilaç hakkında eğitim verildi mi?	☐ Hayır ☐ Evet
19. Kullandığınız ilaçlarla ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini nereden öğrenirsiniz?	☐ Hekim ☐ Eczacı ☐ Diğer sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru, vb.) ☐ İlacın prospektüsü ☐ İnternet
20. İlaçlarla birlikte tüketmemeniz gereken yiyecek ve içecekler ile ilgili bilgilendirme yapıyor mu?	☐ Hayır ☐ Evet
21. Antikoagülan ilaç kullandığınız sürece aşağıdakilerden herhangi birini deneyimlediniz mi? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)	☐ Deri üzerinde nokta şeklinde kırmızı lekeler ☐ Deride morarmalar ☐ İdrarda kanama ☐ Gİ kanamalar ☐ Burun kanaması ☐ Diş eti kanaması
22. İlacın yan etkileri ile karşılaşırsanız nasıl davranırsınız?	☐ Hekime başvururum ☐ Eczacıya başvururum ☐ Kendim çözüm ararım ☐ Hiçbir şey yapmam ☐ Diğer sağlık personeline (hemşire, ebe, sağlık memuru, vb.) başvururum
23. Oral antikoagülan ilacınızı her gün aynı saate almaya özen gösterir misiniz?	☐ Hayır ☐ Evet

24. Günlük tedavi dozunu unuttuğunuzda 2 doz birlikte alırmısınız?	☐ Hayır ☐ Evet
25. Ne sıklıkla PTZ-INR testi yaptırırsınız?	☐ Haftada bir defa ☐ Üç haftada bir defa ☐ Ayda bir defa ☐ Yılda bir defa ☐ Hekim çağırdığında / düzensiz
26. Hekime veya sağlık merkezine başvurduğunuzda antikoagülan kullandığınızı belirtiyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet ☐ Bazen
27. Antikoagülan tedavi planınızı düzenlemek için sağlık merkezi /doktora her kontrole gittiğinizde ortalama ne kadar zaman kaybı yaşadığınızı düşünüyorsunuz?	☐ Bir saat ☐ İki saat ☐ Üç saat ve üzeri
28. Giysi ve ayakkabı seçimi, oral antikoagülan kullananlarda deri altı kanamalarını önlemede önemli midir?	☐ Hayır ☐ Evet
29. Jilet ya da elektrikli makine ile traş olmak oral antikoagülan kullananlarda fark eder mi?	☐ Hayır ☐ Evet
30. Antikoagülan tedavi süresince çapma, düşme, kesilme vb. fiziksel yaralanmalardan korunmaya özen göstermek gerekir mi?	☐ Hayır ☐ Evet
31. Oral antikoagülan kullanırken, diş fırçası seçimi diş eti kanamasını önlemede önemli midir?	☐ Hayır ☐ Evet
32. Basında (televizyon, radyo, gazete vb.) reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanır mısınız?	☐ Hekime danışarak kullanırım. ☐ Eczacıya danışarak kullanırım ☐ Kullanan tanıdığıma, komşuma sorar kullanırım ☐ Kullanmam

DUKE ANTİKOAGÜLAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ (DAMÖ)

Antikoagülan ilaç tedavinize yönelik neler bildiğinizi, kendinizi tedavi ile ilgili nasıl hissettiğinizi ve bu tedavinin sizi nasıl etkilediğini belirlemeyi amaçlıyoruz. Tüm soruların her birinin aşağıdaki şekilde gösterildiği gibi yedi cevap seçeneği vardır: **1: Hiç, 2: Çok az, 3: Biraz, 4: Orta derecede, 5: Biraz fazla, 6: Çok, 7: Çok fazla** olarak değerlendirilecektir. Lütfen, kendi durumunuza en uygun seçeneği işaretleyiniz. Sorulardan herhangi biri size uygun değilse, "hiç" yanıtını işaretleyiniz.

	Hiç	Çok az	Biraz	Orta derecede	Biraz fazla	Çok	Çok fazla
1. Morarma veya kanama olasılığı; gerçekleştirdiğiniz <u>fizik aktivitelere katılımınızı</u> (örneğin; ev işi, bahçe işleri, dans etme, spor yapma ve diğer etkinlikler gibi) ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
2. Morarma veya kanama olasılığı; <u>seyahat etmenizi</u> ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
3. Morarma veya kanama olasılığı; ihtiyacınız olan <u>tıbbi bakımı almanızı</u> (örneğin, diş hekimi, masajla tedavi ya da başka bir hekime gitmek gibi) ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
4. Morarma veya kanama olasılığı; <u>iş yaşamınızı</u> ne düzeyde kısıtlamaktadır?							
5. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, morarma veya kanama olasılığı <u>günlük yaşamınızı</u> ne düzeyde etkilemektedir?							

6. Pıhtı önler tedavi <u>yiyecek</u> seçimlerinizi (diyetinizi) ne derece kısıtlamaktadır?						
7. Pıhtı önler tedavi istek duyduğunuzda alkollü içecekleri içmenizi ne düzeyde kısıtlamaktadır?						
8. Pıhtı önler tedavi reçetesiz ilaçları (aspirin, ibuprofen, vitaminler, bitkisel ilaçlar gibi) kullanmanızı ne derece kısıtlamaktadır?						
9. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavi günlük yaşamınızı ne derece etkilemektedir?						
10. Pıhtı önler tedavi <u>günlük</u> sorumluluklarınızı <u>yapmanızı</u> ne <u>düzeyde</u> zorlaştırmaktadır?						
11. Pıhtı önler tedavi <u>gerekli</u> durumlardaki <u>değişen</u> sorumluluklarınızı ne düzeyde zorlaştırmaktadır?						
12. Pıhtı önler tedaviyi ne kadar <u>karmaşık</u> buluyorsunuz?						
13. Pıhtı önler tedaviyi ne kadar <u>zaman</u> <u>alıcı</u> buluyorsunuz?						
14. Pıhtı önler tedaviyi ne düzeyde <u>moral</u> <u>bozucu</u> olduğunu düşünüyorsunuz?						
15. Pıhtı önler tedavi ne düzeyde <u>eziyetli/zahmet verici</u> buluyorsunuz?						
16. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedavi size ne derece <u>külfet/yük</u> getirmektedir?						
17. Yukarıdaki tüm bu özellikleri dikkate aldığınızda, pıhtı önler tedaviyi						

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

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.