

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**KALP DAMAR CERRAHİSİ HASTALARININ PIHTI ÖNLEYİCİ
TEDAVİDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Nursel SERİN

Danışman
Doç. Dr. Saide FAYDALI

Konya-2021

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**KALP DAMAR CERRAHİSİ HASTALARININ PIHTI ÖNLEYİCİ
TEDAVİDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Nursel SERİN

Danışman
Doç. Dr. Saide FAYDALI

Konya-2021

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans / Doktora Öğrencisi **Nursel SERİN**'in “**Kalp Damar Cerrahisi Hastalarının Pıhtı Önleyici Tedaviden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

KONYA / 08/07/2021

Tez Danışmanı	Doç. Dr. Saide FAYDALI	İmzası
	Necmettin Erbakan Üniversitesi / Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM ÇETİNKAYA	İmzası
	Düzce Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Serpil SU	İmzası
	Necmettin Erbakan Üniversitesi / Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 13/07/2021 tarih ve 16/09 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmzası

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

08/07/2021

Nursel SERİN

BENZERLİK RAPORU

Tezin Tam Adı: Kalp Damar Cerrahisi Hastalarının Pıhtı Önleyici Tedaviden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Öğrencinin Adı Soyadı: Nursel Serin

Dosyanın Toplam Sayfa Sayısı: 37

Kalp Damar Cerrahisi Hastalarının Pıhtı Önleyici Tedaviden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

ORJİNALLİK RAPORU

%**2** BENZERLİK ENDEKSİ %**0** İNTERNET KAYNAKLARI %**2** YAYINLAR % ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- | | | |
|----------|--|-------------|
| 1 | "Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish Journal of Biochemistry, 2015
Yayın | <% 1 |
| 2 | Ahmet Taylan ÇEBİ. "Evaluation of the Frequency of Cervical Disc Herniation in Patients with Temporomandibular Joint Dysfunction", Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences, 2020
Yayın | <% 1 |
| 3 | KORKMAZ DEMİR, Fatma, ALCAN OKGÜN, Aliye, ASLAN ETİ, Fatma and ÇAKMAKÇI, Hatice. "Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi", Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derneği, 2015.
Yayın | <% 1 |
| 4 | Hatice Polat, Seher Ergüney. "The Effect of Reflexology Applied to Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Dyspnea and Fatigue", Rehabilitation Nursing, 2017
Yayın | <% 1 |
| 5 | YILDIRIM, Jülide Gülizar and TEMEL, Ayla Bayık. "Duke antikoagülan memnuniyet ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği", Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Derneği, 2014.
Yayın | <% 1 |
| 6 | ACAR, Aylin, HASBAHÇECİ, Mustafa, BAŞAK, Fatih, CANBAK, Tolga, ÇALIŞKAN, Müjgan and ALİMOĞLU, Orhan. "Warfarin doz aşımına bağlı oluşan kanamalar", Dicle Üniversitesi, 2012.
Yayın | <% 1 |

Danışman Öğretim Üyesi Adı Soyadı: Doç. Dr. Saide FAYDALI

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasındaki katkılarından dolayı danışmanım Doç.Dr. Saide FAYDALI'ya, yüksek lisanstaki katkılarından dolayı Doç.Dr. Serpil Yüksel ve Hemşirelik Fakültesi hocalarına, sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen annem ve babama, sevgili eşim ve oğluma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nursel SERİN

İÇİNDEKİLER

Tez Onay Sayfası	ii
Beyanat.....	iii
Benzerlik Raporu	iv
Önsöz ve Teşekkür.....	v
İçindekiler	vi
Kısaltmalar Listesi	viii
Tablolar Listesi.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kalp Cerrahisi	5
2.2. Damar Cerrahisi	6
2.2.1. Koroner Arter Bypass Greft.....	6
2.2.2. Periferik Damar Cerrahisi.....	8
2.3. Pıhtı Önleyici Tedaviler	9
2.3.1. Antitrombotik (Antiagregan) İlaçlar.....	9
2.3.2. Antikoagülan İlaçlar.....	11
2.4. Pıhtı Önleyici Tedavide Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	14
2.5. Pıhtı Önleyici Tedavi Alan Hastanın Eğitimi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	19
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme, Edilmeme Kriterleri.....	20
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	20
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	20
3.5. Veri Toplama Araçları	21
3.6. Araştırmanın Uygulaması	22

3.6.1. Ön Uygulama.....	22
3.6.2. Araştırmanın Uygulaması.....	22
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR	25
4.1. Hastaların Bireysel Özellikleri İle Pıhtı Önleyici Tedavi Kullanımına Yönelik Bulgular.....	25
4.2. Katılımcıların Pıhtı Önleyici İlaç Kullanımından Memnuniyetlerine Yönelik Bulgular	27
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
6.1. Sonuçlar.....	36
6.2. Öneriler.....	37
7. KAYNAKLAR.....	39
8. ÖZGEÇMİŞ.....	46
9. EKLER.....	47
Ek 1. Tanımlayıcı Bilgiler Formu	47
Ek 2. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği {Antikoagülasyon (Pıhtı önleme) Tedavisine Yönelik Hasta Memnuniyeti}	49
Ek 3. Onam Formu	53
Ek 4. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç Dışı Etik Kurul Kararı.....	54
Ek 5. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü 09.02.2019 tarih ve E.1655 sayılı oluru.....	55
Ek 6 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)(Ek-C) İzni	57
Ek 7. Ölçek İzni.....	58

KISALTMALAR LİSTESİ

AAA: Abdominal Aort Anevrizması

DAMÖ: Duke Antikoagulan Memnuniyet Ölçeği

INR: International Normalized Ratio

KABG: Koroner Arter Bypass Greft

MI: Miyokard Infarktüsü

VKA: Vitamin K Antagonistleri

VTE: Venöz Tromboembolizm

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.6.1. Duke Antikoagölan Memnuniyet Ölçeği Özellikleri.....	22
Tablo 4.1.1. Pıhtı Önleyici İlaç Kullanan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	25
Tablo 4.1.2. Pıhtı Önleyici İlaç Kullanan Bireylerin Klinik Özellikleri.....	26
Tablo 4.2.1. Katılımcıların Duke Antikoagölan Memnuniyet Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	27
Tablo 4.2.2. Katılımcıların Özelliklerine Göre Duke Antikoagölan Memnuniyet Ölçeği ve Alt Boyut Puanları.....	28

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kalp Damar Cerrahisi Hastalarının Pıhtı Önleyici Tedaviden Memnuniyet

Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Nursel SERİN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans / Konya - 2021

Bu çalışma kalp damar cerrahisi sonrası pıhtı önleyici tedavi ile taburcu olan hastaların pıhtı önleyici tedaviden memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amacı ile tanımlayıcı türde gerçekleştirilmiştir. Çalışma 1 Nisan 2019- 28 Şubat 2020 tarihleri arasında kalp-damar cerrahisi geçirdikten sonra Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ameliyat sonrası kontrolleri için başvuran 300 hasta ile tamamlanmıştır. Araştırma verileri; Tanımlayıcı Bilgiler Formu ve Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdeler, ortalama, bağımsız çift örneklem t, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve ANOVA testleri kullanılmıştır. Çalışma öncesi etik kurul, ilgili kurum, DAMÖ ölçeğinin kullanım izinleri ve çalışmaya katılan hastaların bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Çalışmada hastaların yaş ortalamaları $57,90 \pm 12,45$ olup, %43,0'ü koroner arter bypass greft, % 33,3'ü kalp kapak cerrahisi, %17,0'si periferik damar cerrahisi, %6,7'si hem kalp hemde damar cerrahisi geçirmiştir. Katılımcıların DAMÖ ölçeği puan ortalamaları $84,22 \pm 20,75$ olarak bulunmuştur. Hastaların yaşlarının, pıhtı önleyici ilaca ek bir ilaç kullanma durumlarının, geçirdikleri cerrahi işlemin türünün, taburculuktan sonraki ilk kontrol zamanlarının, pıhtılaşma testinin yapılıp yapılmamasının, pıhtı önleyici tedavi sürecinde kanama yaşayıp yaşamamalarının, tedaviye ilişkin eğitim alıp almamalarının memnuniyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastaların memnuniyetinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu hastaların cerrahi tedavileri sonrasında antikoagülan kullanımı ile ilgili memnuniyetlerinin artırılması amacıyla araştırmadan elde ettiğimiz sonuçların taburculuk sonrası tedavi ve bakım süreçlerinde dikkate alınması önemlidir. Antikoagülan kullanım memnuniyetinin artmasının hasta konforu ve yaşam kalitesi gibi değişkenleri de olumlu etkileyeceği düşünüldüğünden DAMÖ ile birlikte farklı değişkenlerin incelendiği çalışmaların gerçekleştirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Antikoagülanlar, cerrahi, hasta memnuniyeti, hemşirelik.

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Satisfaction Levels from Anticoagulant Therapy of Cardiovascular Surgery Patients and Factors Affecting

Nursel SERİN

Nursing Department

Master Thesis / Konya-2021

The purpose of this descriptive study was to assess the level of satisfaction of patients discharged with anticoagulant therapy following cardiovascular surgery, as well as the factors affecting anticoagulant therapy. Between April 1, 2019 and February 28, 2020, 300 patients who applied to Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital for post-operative check-ups following cardiovascular surgery were included in the study. The Descriptive Information Form and the Duke Anticoagulant Satisfaction Scale (DASS) were used to collect data for the study. The data were analyzed using the number, percentile, mean, independent double sample t, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, and ANOVA tests. Before the study began, the ethics committee, the appropriate institution, permission for the use of the DASS scale, and informed consent of the patients participating in the study were obtained.

The mean age of the patients in the study was 57.90 ± 12.45 , 43.0% had coronary artery bypass graft, 33.3% had heart valve surgery, 17.0% had peripheral vascular surgery, 6.7% He had both heart and vascular surgery. The mean scores of the participants on the DASS scale were found to be 84.22 ± 20.75 . It was concluded that there was a statistically significant difference in patient satisfaction based on their age, the use of another medication in addition to the anticoagulant, the type of surgical procedure they underwent, the time period between discharge and the first follow-up, whether the coagulation test was performed, whether they experienced bleeding during anticoagulant treatment, and whether a coagulation test was performed ($p < 0.05$). It was determined that the satisfaction of the patients was at a moderate level. To improve these patients' satisfaction with anticoagulant use following surgical treatment, it is critical to incorporate the study's findings into post-discharge treatment and care processes. Given that it is believed that improving patient satisfaction with anticoagulant use will have a beneficial effect on variables such as patient comfort and quality of life, it has been recommended to conduct studies examining multiple variables in conjunction with DASS.

KeyWords: Anticoagulants, nursing, patient satisfaction, surgery.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde yaşlanma, konjenital nedenler, hızlı kentleşme, gelişen teknoloji, fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve artan stres düzeyi ile ilişkilendirilerek yaşam şeklinde değişiklikler olduğu ve bu değişimin kronik hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olduğu belirtilmektedir (Türkmen 2012; Chen ve ark 2018; Philip ve ark 2018; Akpınar ve Ceran 2019). Bu artışla birlikte kronik hastalıklar dünya genelinde ve ülkemizde en yaygın ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Dünyadaki ölümlerin % 71,0'inden sorumlu tutulan kronik hastalıkların en başında % 44,0 oranı ile kalp - damar hastalıkları gelmektedir. Kalp - damar hastalıkları tüm küresel ölümlerin % 31,0'inden sorumlu tutulmaktadır (WHO 2018). Ülkemizde de durum benzerdir ve tüm ölümlerin %38,4'ünü oluşturan kalp damar sistemi hastalıkları ilk sırada yer almaktadır (TUİK 2018).

Kalp - damar sistemi hastalıklarında, konservatif ve medikal tedavinin yetersiz kalması ya da doğuştan gelen nedenler, cerrahi ve/veya invaziv işlemleri zorunlu hale getirmektedir (Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2015). Bu cerrahi ve/veya invaziv işlem nedeni ile ortaya çıkan komplikasyonlardan biri damar bütünlüğünün bozulması, damar endotel hücrelerinin, pıhtılaşma süreci ve tromboz gelişiminin uyarılması ile gelişen tromboembolik olaylardır (Kayaalp 2002, Gürsoy ve Çilingir 2018).

Kalp - damar cerrahisi hastası ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında tromboz ile karşı karşıya kalabilmektedir. Gelişen teknoloji ve tıbbi tedavi ile tromboembolik olaylar kontrol altında tutulmaya çalışılmaktadır. Gibbon (1953)'un kalp akciğer makinesini icadı ve McLean (1959)'in heparini keşfedip klinik uygulamaya sokması, koagülasyonun (pıhtılaşmanın) önlenmesini sağlamış ve kardiyopulmoner bypass teknolojisini uygulanabilir hale getirmiştir. Kalp damar cerrahisi sırasında sistemik heparin kullanılması ve ameliyat sonrasında oral antiagregan veya antikoagülanların rutin kullanımda olması, tromboembolizmin önemli bir ölçüde engellenmesini sağlamıştır (Demir ve ark. 2010). Planlanmış invaziv girişim ve/veya cerrahi operasyon için hastaneye yatırılmış hastalar, cerrahi öncesinde antikoagülan ya da antiagregan tedavi alıyorlarsa; asetilsalisilik asit 7 gün önce, warfarin 5 gün öncesinde kesilip düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisine geçilir (Karadağ ve ark. 2012). Ameliyat sonrası ilk başlanan pıhtı önleyici tedavi düşük molekül ağırlıklı heparindir (Ordu ve Şahin 2020). Cerrahiden sonra pıhtı önleyici tedavi uygulanmadığında;

vasküler cerrahi yapılan hastaların yaklaşık %33,0'ünde venöz tromboemboli, Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı geçiren hastaların yaklaşık %5,0-15,0'inde pıhtılaşma bozuklukları meydana gelmektedir. Özellikle protez kapağı olan hastalarda antikoagülan kullanılmaması durumunda gelişebilecek bir tromboembolik olay % 40,0 ölüme ve % 20,0 oranında ise sekel kalmasına neden olabilmektedir (Whitlock ve ark. 2012; Williams ve ark 2018; Sutzko ve ark. 2018). Bu yüzden ameliyat sonrası evrede tromboembolik olayların önüne geçilebilmek için pıhtı önleyici tedavi (antiagregan ve antikoagülan) önemlidir (Niebauer 2016; Matiasz ve Rigolin 2018).

KABG cerrahisinden sonra, hastalara en az bir yıllık pıhtı önleyici tedavi uygulanmakta ve ilk 48 saat içinde uygulanan antiagregan tedavi ile ameliyat sonrası mortalite insidansında % 68,0'lik bir düşüş sağlandığı bildirilmektedir (Kulik ve ark. 2015; Bobadilla 2018). Tromboembolik olaylar, kapak cerrahisi geçiren hastalarda özellikle ilk üç ayda sık karşılaşılan önemli komplikasyonlardandır. Biyolojik kapak uygulanan hastalarda, tromboemboli komplikasyonunun olmaması halinde, ilk üç ay tedavi için yeterli olabilmesine rağmen, mekanik kapak cerrahisi uygulanan hastalar, ömür boyu pıhtı önleyici tedavi almak zorundadırlar (Stephens ve Whitman 2015; Nishimura ve ark. 2017; Özdemir ve Çelik 2018). Periferik bypass greft ameliyatından sonraki ilk yıl greft oklüzyonu insidansı % 28 ila %45 kadar olup, bunlarda antiagreganlarla yapılan tedavi, ameliyat sonrası sonuçlar üzerinde olumlu etki yapmakla birlikte, greft trombozu riski yüksek olan hastalarda antikoagülan ilavesine ihtiyaç olabilmektedir (Monaco ve ark. 2012). Karotis ameliyatlarından sonra inme riskini önlemek için, uzun süreli pıhtı önleyici tedavi uygulanmakta ve ikili tedaviye de oldukça sık başvurulmaktadır (Naylor 2017; Vezir ve Tekin 2019).

Pıhtı önleyici ilaçlar; istenen etkiler yanında, yaşamı tehdit edebilecek yan etkilere de sahiptir. İlaçların, yetersiz veya hatalı kullanılması, hastaneye yeniden yatışa, morbidite ve mortalitenin artmasına neden olabilmektedir (Uzun ve Arslan 2007; Demir ve Tekgündüz 2010). Pıhtı önleyici ilaçların düzenli ve güvenli kullanımı dolayısı ile tedavinin başarısı; bireyin ilaçla ilgili bilgisinin, yararının, yan etkilerinin, ilacın diğer ilaçlar ve besinlerle etkileşiminin, düzenli hekim kontrolünün, laboratuvar testlerinin ve güvenli çevrenin oluşturulması ve devam ettirilebilmesinin öneminin farkına varmasına bağlıdır. Oluşabilecek problemlerin önlenmesinde, hasta bireylerin

tedavi ve takiplerinden sorumlu olan sağlık bakımı ekibine büyük sorumluluk düşmektedir (Neiheisel ve ark. 2014; Gee 2018).

Tüm tedavi ve bakım girişimlerinde olduğu gibi pıhtı önleyici tedavi uygulamasında da hemşirelerin akılcı ilaç uygulamalarına dikkat etmesi gereklidir (Chauhan ve ark. 2018; Demirtaş ve ark. 2018). Hasta ve aileleri ile geçirdikleri sürede göz önüne alınarak, tedavi ve bakım ekibinin önemli bir parçası olan hemşireler pıhtı önleyici ilaç yönetimiyle ilgili bilgi ve becerilerini geliştirmelidir (Uzun ve Arslan 2007, Aşiret ve Özdemir 2012; Köksal ve Avşar 2015; Schmerge ve ark. 2018). Güvenli ilaç uygulamalarına ilişkin alınan tedbirlere rağmen ilaçların advers etkilerinin ya da yanlış uygulamaların ortaya çıkması ilaçların hastaya verilmesi sonrası olmaktadır. İlacın hastaya verilmesine kadar geçen süreçte ilaç uygulama hatalarının önüne geçilebilir (Wolf ve Hughes 2019; Sivrikaya ve Kara 2019; Yıldız ve Yıldız 2020). Pıhtı önleyici tedavinin taburculuk ile evde devam eden sürecinin hasta ya da yakınları tarafından doğru şekilde sürdürülebilmesinde de hemşireler önemli role sahiptir. Hemşireler pıhtı önleyici tedavi planının oluşturulduğu ilk günden itibaren ilaçların hastalar için güvenli kullanımını sağlamalıdır (Korkmaz 2012; Rızalar ve ark. 2016; Wolf ve Hughes 2019; Amaniyan ve ark. 2020). Hasta ve ailesine ilaç kullanımının planlanması ve değerlendirilmesinde yol gösterici olmak amacı ile eğitim vermeli, tedaviye bağlı istenmeyen yan etkilere yönelik farkındalıkları artırılmalıdır (Uzun ve Arslan 2007, Aşiret ve Özdemir 2012; Köksal ve Avşar 2015; Schmerge ve ark. 2018). Hastaların karmaşık tedavileri anlamalarını sağlayarak komplikasyon oluşması engellenebilir ve tedavi sonuçlarının iyileşmesine yardımcı olunabilir (Berra ve ark.2011).

Tedavi memnuniyeti; hastaların ilaçları alma süreci, tedavilerinin sonuçları ve beklentilerinin karşılama düzeyinin değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (Erdem ve ark. 2008; Liberato ve ark. 2016). Hastaların ilaç tedavilerinden memnuniyeti, bir sonraki davranışlarını etkileyerek, ilaç tedavisinin devamlılığını, tedavi şeklinin doğru ve tutarlı olmasını ve tedaviye uyumlarını sağlar. İlaç uyum yapısını etkileyebilecek faktörler arasında, ilaç tedavisi ile ilgili hasta memnuniyeti öne çıkmaktadır (Liberato ve ark. 2016). Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; kalp - damar hastalığı olan kişilerin % 78,0'i ilaç tedavilerine uymamaktadır. Fakat ilaç tedavisine uyanların % 80,0'den fazlası, uyumsuz olanlara göre daha iyi klinik sonuçlara sahip olmaktadır (Gastelurrutia ve ark. 2011; Bitton ve ark. 2013). Mert ve arkadaşlarının (2016)

tanımlayıcı türde antikoagülan kullanan yaşlı bireylerin memnuniyetini belirlemek için yaptığı çalışmada hastalara verilen eğitim, günlük yaşamdaki kısıtlamalar ve tedaviye ilişkin sorumluluklar ile daha iyi baş edebilmelerine dolayısıyla tedaviden daha memnun olmalarına neden olmuştur. Bu nedenle kliniklerde hastalara bakım veren hemşirelere tedaviden yarar sağlanması ve hastanın zarar görmemesi adına büyük sorumluluk düşmektedir. Kalp - damar cerrahisi ameliyatından sonra kullanılan “pıhtı önleyici tedaviden memnuniyet”, hastalar için bir hedef olarak görülmesine rağmen, bu popülasyonda “pıhtı önleyici tedaviden memnuniyet” hakkında mevcut olan bilgiler yetersizdir (Contreras Muruaga ve ark. 2017; Fernández ve ark. 2018). Kronik hastalığı olan kişilerde uyumun zor olduğu ve memnuniyetin azaldığı belirtilmektedir. Çünkü bu hastalar; hastalıkları, kullandığı ilaçların ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimi, uygulaması gereken diyet, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yeterli bilgiye nadiren ulaşabilir ve günlük yaşam rutinlerine nadiren entegre edebilir oldukları gözlemlenmiştir (Holman ve Lorig 2004, Rochfort ve ark. 2018). Yapılan çalışmalar genellikle antikoagülan ilaç kullanan hastalar ile gerçekleştirilmiş, fakat antiagregan grubu ilaç kullananların memnuniyet düzeylerine bakılmamıştır. Bu nedenle her iki ilaç grubunu da kullanan hastaları kapsayan bu çalışmanın literatüre katkısı önemlidir. Pıhtı önleyici tedavi ile ilişkili hastaların memnuniyet derecesini ve beklentilerini anlamak; pıhtı önleyici ilaç uyumunu arttırmaya, olumsuz klinik sonuçları azaltmaya, sağlık profesyonellerinin bakım ve tedaviyi planlamasına, bakım kalitesini iyileştirmesine yardımcı olacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma kalp damar cerrahisi sonrası pıhtı önleyici tedavi verilerek taburcu olan hastaların pıhtı önleyici tedaviden memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amacı ile yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Kalp - damar cerrahisi hastalarının pıhtı önleyici tedaviden memnuniyet düzeyleri nedir?
2. Kalp - damar cerrahisi hastalarının pıhtı önleyici tedaviden memnuniyetlerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde kalp - damar cerrahi teknikleri, cerrahi sonrası kullanılan pıhtı önleyici tedaviler, hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi konuları yer almaktadır.

2.1. Kalp Cerrahisi

Kalp cerrahisi genel olarak kalbin yapılarına ilişkin onarım (valvoplasti) ya da değiştirme (replasman) işlemlerini kapsar. Konjenital malformasyonların onarımı da bu grupta yer almakla birlikte daha çok çocuk yaşta gerçekleştirildiğinden ve kalp nakilleri hasta grubumuzu içermediğinden burada yer verilmemiştir.

Kapak replasmanı; kalp kapaklarında darlık, yetmezlik ya da her iki patolojinin birden bulunduğu ve kapak onarımının cerrahi tedavi için yeterli olmadığı durumlarda tercih edilen yöntemdir. Replasman ameliyatında, hasarlı kapak ve kapağa ait yapılar (korda, papiller kas, yaprakçıklar) çıkarılır (Korkmaz 2011; Karahan 2016). Kalp kapak replasmanında kullanılan protez kapaklar, biyolojik ve mekanik kapaklar olmak üzere ikiye ayrılır. Bu iki grup; kullanım süresi, pıhtılaşma ve hemodinamik performans yönünden farklılık göstermektedir (Griffin ve Topol 2007; Özdemir ve Çelik 2018). Kalp kapak replasmanında kullanılacak kapak seçiminde hastanın yaşı, klinik durumu gibi faktörler dikkate alınmaktadır. Genç hastalarda uzun süre dayanıklılık özelliği nedeniyle mekanik kapaklar tercih edilmektedir. Antikoagülan kullanımının kontrendike olduğu durumlarda ise (aktif gastrik ya da duodenal ülseri olan, antikoagülan kullanımına uyumsuz, mental retarde olanlar, gebelik planlanan kadınlar vb.) biyolojik kapaklar tercih edilmektedir (Griffin ve Topol 2007; Özdemir ve Çelik 2018).

Biyolojik kapakların en sık kullanılanı ksenogreft olup domuz ve sığır kapaklarından elde edilir ve dayanıklılık süresi ortalama 7 - 10 yıldır. Homogreftler kadavralardan elde edilir. Özellikle aort ve pulmoner kapak replasmanlarında kullanılır ve dayanıklılık süresi ortalama 10-15 yıldır. Otogreftler ise; hastanın kendi pulmoner kapağının aortik kapak olarak kullanılması olup, 20 yıldan fazla dayanabilmektedir. Tromboemboli riskinin, mekanik kapağa göre daha düşük olması ve uzun süre antikoagülan kullanımına ihtiyaç duyulmaması, biyolojik kapakların tercih edilmesinin en önemli nedenleridir. Biyolojik kapakların en önemli dezavantajı

ise, erken dejenerasyon ve kalsifikasyondur (Griffin ve Topol 2007; Karahan 2016; Özdemir ve Çelik 2018).

Mekanik kapaklar farklı metal alaşımlardan yapılmakta olup oldukça dayanıklıdır. Biyolojik kapaklardan daha dayanıklı olmaları ve daha uzun süre kullanılabilmesi en önemli avantajıdır (Griffin ve Topol 2007; Karahan 2016; Özdemir ve Çelik 2018). Kalp kapak replasmanlarından sonra, protez kapağın yaratmış olduğu hemodinamik ve fiziki farklılıklar, trombüs oluşumu için önemli bir risk oluşturmaktadır. Mortalitesi yüksek olan mekanik kapak trombüsü; kapak replasmanlarının ciddi bir komplikasyonu olup, bunun da en önemli nedenlerinin başında yetersiz antikoagülasyon gelmektedir. Bu sebeple mekanik kapak replasmanından sonra hastaların uzun dönem antikoagülan kullanması gerekir (Matiasz ve Rigolin 2018).

Tromboembolik olaylar kapak cerrahisi geçiren hastalarda, özellikle ilk üç ay içinde sıkça karşılaşılan önemli komplikasyonlardandır (Stephens ve Whitman 2015). Bu komplikasyonun önlenmesi ve mekanik kapağın fonksiyon görebilmesi için antikoagülan tedavi son derece önemlidir. Özellikle mekanik kapağı olan hastalarda antikoagülan kullanılmaması durumunda gelişebilecek bir tromboembolik olay, % 40 oranında ölüme ve % 20 oranında ise sekel kalmasına neden olmaktadır (Whitlock ve ark. 2012). Kapak cerrahisi sonrası antikoagülan tedavide vitamin K antagonisti bir antikoagülan (warfarin) ile, düşük doz antiplatelet bir ilacın (75-100 mg/gün asetil salisilik asit) kombine kullanımı tercih edilmektedir. Antikoagülan tedavi; mekanik kapak kullanılanlarda ömür boyu devam ederken, biyolojik kapak tercih edilenlerde ilk üç ay devam etmektedir. Antikoagülan tedavinin istenilen düzeyde olabilmesi için INR (*international normalized ratio*) değerinin düzenli olarak kontrol edilmesi ve 2,5-3,0 aralığında tutulması gerekmektedir (Whitlock ve ark. 2012; Stephens ve Whitman 2015; Nishimura ve ark. 2017; Özdemir ve Çelik 2018).

2.2. Damar Cerrahisi

2.2.1. Koroner Arter Bypass Greft

Koroner arter cerrahisi, dünyada en yaygın yapılan ameliyatlardan biridir. Cerrahi koroner kalp hastalığının etkili ve güvenilir tedavi seçeneklerinden biridir (Spadoti Dantas ve Aparecida Ciol 2008; Korkmaz ve ark. 2015; Melly ve ark. 2018).

Koroner arter bypass greft (KABG) cerrahisi, tıkalı olan bir ya da daha fazla koroner artere safen ven ya da internal mamarian arter (İMA) ile bypass (köprü) yapılarak miyokardın revaskülarizasyonunun sağlanmasıdır. Safen ven ya da İMA tıkalı olan damarların alt ve üst ucundan dikilerek tıkalı olan damar dolaşımı iptal edilir ve yeni dolaşım bu yoldan sağlanır. KABG koroner iskemi ve Miyokard Infarktüsü (MI) olasılığını azaltmak, sol ventrikül fonksiyonunu korumak, hastayı hastalık seyrindeki komplikasyonlardan korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için yapılan bir ameliyattır (Lafçı ve ark. 2014; Korkmaz ve ark. 2015). KABG majör cerrahi bir işlemdir. Bu cerrahi işlem sırasında oluşabilecek komplikasyonlar, hastaların mortalite ve morbidite oranlarını arttırmakta, hastanede ve yoğun bakımda kalış süresi uzatmaktadır (Mavili ve ark. 2016). KABG cerrahisi sonrası oluşan komplikasyonların başında, greft yetmezlikleri gelmekte ve erken dönem greft yetmezliği ile geç dönem greft yetmezliği olarak ikiye ayrılmaktadır. Erken dönem greft yetmezliği; ameliyat sonrası ilk bir ay içerisinde gelişen yetmezliği tanımlar. En sık nedeni ise, cerrahi işlem esnasında gelişen endotelial hasar sonucu tromboz oluşumudur (Motwani ve Topol 1998). Ayrıca, metalik klipsler de çok nadiren greft tıkanıklığının nedeni olabilir. Diğer olası nedenler; hiperkoagülabilité, venöz greftlerin yüksek basınç distansiyonu veya aşırı gerilmesi, intrinsek zayıf antitrombotik özellikler veya distorsiyone venöz greft (variköz ven) olabilir. KABG cerrahisi sonrasında, erken dönem greft yetmezliği oranı %3 ile %12 arasında bildirilmiş olup, ameliyat sonrası 5 yıl içerisinde bypass greftlerin yaklaşık olarak %25 kadarında tıkanıklık olabilir (Gurevitch ve ark. 2003; Dursun ve Şanlı 2013). Bu nedenle, klinik çalışmalarla desteklenen güncel kılavuzlar, greft tıkanıklığını önlemek için KABG’i takiben asetil salisilik asit tedavisini önermektedir (Goldman ve ark. 1989; Kulik ve ark. 2015). Bazı çalışmalar, hem asetil salisilik asit (antiagregan) hem de klopidogrel (antitrombosit) içeren ikili antiplatelet tedavinin, greft tıkanıklığını önlemek açısından tek başına asetil salisilik asit kullanılmasından daha etkili olabileceğini savunmasına rağmen, hekimler bu tedaviye hastanın durumuna göre karar vermektedir (Mujanovic ve ark. 2009; Zhao ve ark. 2018). Fakat genellikle asetil salisilik asit kullanılmakta ve yalnız başına greft tıkanıklığı riski %37 azalmaktadır (Hesterberg ve ark. 2020). KABG cerrahisinden sonra hastalar en az bir yıllık pıhtı önleyici tedaviyi tamamlamaktadır (Bobadilla 2018).

2.2.2. Periferik Damar Cerrahisi

Anevrizma; arter duvarının yapısının bozulması sonucu, damarın lokal olarak zayıflaması ve arter çapının normal çapa oranla %50 ve üzeri genişlemesi ile sonlanan, ilerleyici ve geri dönüşümsüz bir hastalıktır. İlk olarak, tromboembolizm ve onun neden olabileceği organ ve ekstremitelerdeki iskemisi ile kaybını ortadan kaldırmak, daha sonra da anevrizma genişlemesi ve rüptürlerin önlenmesi için, anevrizmaların cerrahi olarak tedavisi gerekmektedir (İnan ve ark. 2013). Abdominal Aort Anevrizma (AAA) aortun hastalıkları arasında en sık rastlanandır. AAA, yaşlı nüfustaki kardiyovasküler ölüm nedenlerinin en önemlileri arasında yer almaktadır (Bulut ve Demirağ 2013; Yavuz ve ark. 2013). Cerrahi teknik olarak anevrizmalı kısmın alt ve üst kısmına klemp konularak, anevrizma eksizyonu yapıldıktan sonra, yerine yapay greft konulur. Vasküler cerrahi sonrası yüksek oranda (%10'a kadar), ameliyat sonrası venöz tromboembolizm (VTE) insidansı görülmekte ve bunların ancak % 41'ine tanı konulabilmektedir. Abdominal aort anevrizması onarımı yapılan ve özellikle açık cerrahi uygulanan hastalarda VTE ve kanama riski yüksektir (Ramanan ve ark. 2013; Aamer ve ark. 2018).

Periferik arter hastalığı; sıklıkla damar duvarları arasında aterosklerotik plakların birikmesi ile oluşan damar sertleşmesi nedeniyle, damarların daralması ve bunun sonucunda damarın beslediği bölgeye yeterince kanın, dolayısıyla oksijenin uzun süreli ve ilerleyici olarak gidememesi durumudur. Hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve uzuv kayıplarının önlenmesi için, periferik bypass cerrahisi yapılır. Arterin tıkalı bölgesini bypass etmek için, safen ven veya sentetik greft kullanılır. Aort damarı ve femoral arter arasında bypass yapılmışsa aorta-femoral bypass; femoral arter ve popliteal arter arasında yapılmışsa femoro-popliteal bypass gibi uygulandığı bölgeye göre adlandırılır (Conte ve Vale 2017). Ameliyattan sonraki ilk yıl, greft oklüzyonu/tıkanıklığı insidansı %28 ila %45 arasında olup antitrombotik ajanlarla yapılan tedavi ameliyat sonrası sonuçlar üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Periferik bypass greftleri olan hastalarda, greft açıklığını iyileştirmek, MI ve inme riskini azaltmak için, antiplatelet ajanlar kullanılır. Greft trombozu riski yüksek olan hastalarda, warfarin ilavesi de yapılmaktadır (Monaco ve ark. 2012).

Karotis Endarterektomi işlemi, karotis arterlerde oluşan aterosklerozu gidermek amacı ile gerçekleştirilmektedir. Oluşan darlığı tromboz ve emboli riskini artırmakta, kan pıhtısı koparak beyni besleyen daha küçük arterleri tıkayarak inme yaşanmasına ve hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde kötüleşmesine neden olabilmektedir (Yip ve ark. 2016; Rich ve ark. 2017). Endarterektomi sonrası, serebrovasküler olaylar ve MI gibi tromboembolik olayları önlemede antiagregan ve antitrombosit kombinasyonu içeren ikili antiplatelet tedavi uygulanmaktadır (Vezir ve Tekin 2019).

Embolektomi; damar içinde trombüs oluşumu durumunda invaziv işlemlerle gerçekleştirilir. Venöz trombüsler pulmoner tromboembolilere, arteriyel trombüsler ise bulunduğu alanda kan akımını kısmen ya da tamamen tıkayarak kalıcı veya geçici iskemiyeye (koroner arterlerde MI, anjina pectorise; serebral arterlerde geçici iskemik nöbetler ve kalıcı nörolojik durumlara; periferik arterlerde organ ve ekstremiteler iskemisi ve kayıplarına) neden olabilir. Tromboembolik olayların tedavisi trombolitik tedavi veya embolektomi ile mortalite ve gelecekte komplikasyonları önlemeyi amaçlar. Uzun vadeli yönetim; embolinin kökenini belirleme, diğer embolik olayların önlenmesi için hastanın durumuna göre antikoagülan ve antiplatelet tedaviyi içerir (Kayaalp 2002; Lyaker ve ark. 2013; Arseven ve ark. 2015; Chernysh ve ark. 2020).

2.3. Pıhtı Önleyici Tedaviler

Bu bölümde kalp - damar cerrahisi hastalarında tromboembolik olayların önlenmesinde kullanılan ve pıhtılaşma mekanizmasını inhibe eden ilaçlar antitrombotik ve antikoagülan ilaçlar başlıkları altında özetlenmiştir.

2.3.1. Antitrombotik (Antiagregan) İlaçlar

Antitrombotik ilaçlar, kandaki pıhtılaşma testlerini bozmadan, kanama süresini uzatarak trombosit fonksiyonunu, özellikle aktivasyonu ve agregasyonu inhibe ederler (http://www.ivek.org.tr/çalışmalar/pıhtılaşma_mekanizmasına_etki_eden_ilaçlar 26 Haziran 2020). Antiagregan (antiplatelet) tedavi, kardiyovasküler hastalıklardan koruyucu olarak inmede, damar hastalıklarında, yapılan cerrahi bypass uygulamalarında stent açıklığını sağlamada profilaktik, primer ya da sekonder tedavi olarak uygulanır (Kulik ve ark. 2015; Amer ve ark. 2018; Zhao ve ark. 2018; Vezir ve Tekin 2019).

Asetilsalisilik asit (Aspirin); güçlü bir trombosit aktivatörü olan tromboksan A2'nin oluşumunu engelleyerek, trombositleri inhibe eder (Ferreira Silva ve ark. 2013). Sekonder koruyucu antiplatelet ilaç kullanımının etkinliğini ve güvenilirliğini destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır (Ferreira Silva ve ark. 2013; Lip ve Lane 2013). KABG ameliyatı olan hastalarda özellikle ameliyattan sonraki ilk yıl, kardiyovasküler olayların önlenmesine ve greft açıklığının korunmasına yardımcı olurlar. Ameliyattan sonraki ilk 48 saat içinde asetilsalisilik asit tedavisinin, ameliyat sonrası ölüm insidansında %68'lik bir düşüş sağladığı belirtilmektedir (Kulik ve ark. 2015). Asetil salisilik asit, karaciğerde metabolize olur. Yarılanma ömrü 15 - 20 dakika olup, 48 saat içinde etkisini gösterir. Oral olarak verilir (Ferreira Silva ve ark. 2013; Oprea ve Popescu 2013). Düşük doz olarak kabul edilen 75-100 mg/gün, kardiyovasküler hastalıkların ikincil tedavisinde kullanılır. (Koziol ve ark. 2016; Levine ve ark. 2016). Asetil salisilik asitin en önemli yan etkileri kanama ve gastrointestinal erozyondur (Ferreira Silva ve ark. 2013). Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAI) ve antitrombotik ajanlar ile kullanılan asetil salisilik asit, yaşlılarda gastrointestinal kanama riskini artırır (Chiong ve Cheung 2013). Asetil salisilik asitin çoklu ilaç kullanımı durumlarında, özellikle yaşlılarda gastrointestinal kanamaya yatkınlıktan dolayı düşük doz kullanımı tercih edilir (Damluji ve ark. 2015). Obez hastalarda emilim yavaş olduğu için optimal olmayan antitrombosit etkilere yol açabilir (Oprea ve Popescu 2013). Omeprazol asetil salisilik asitin etkinliğini azaltırken, lansoprazol etkilememekte, pantoprazol ise artırmaktadır (Mizia-Stec ve ark. 2012; Tülüce ve Bostanoğlu 2016).

Klopidogrel (Plavix); trombosit P2Y12 adenosin difosfat reseptörünü geri dönüşümsüz olarak inhibe eden bir antiplatelet ajandır (Kulik ve ark. 2015). Özellikle koroner arter stent uygulamasından sonra kullanımı endikedir. Asetilsalisilik asitten farklı olarak klopidogrel koroner cerrahiden sonraki ilk 5 gün boyunca trombosit agregasyonunu anlamlı bir şekilde inhibe etmemektedir. KABG ameliyatından sonra 9 ila 28 gün arasında, klopidogrel (günlük dozlarda 75 mg) antiplatelet etkilerinin belirginleştiği gözlenmiştir (Kulik ve ark. 2015). Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, perkütan girişimlerden 6 saat önce klopidogrel yüklemesi yapılan ve işleminden sonra 75 mg/gün devam edilen tedavi ile ölüm, miyokart enfarktüsü ve inme riskinin %38,6 oranında azaldığı görülmüştür (Steinhubl ve ark. 2002). Yükleme doz olarak 300-600 mg ile başlanır, günlük doz 75 mg olarak oral devam edilir. Yarılanma

ömrü 8 saattir. Karaciğerde metabolize edilir. İdrar ve feçesle atılır. İlaç kesildikten 3 gün sonra trombosit fonksiyonlarının %40-60'ı iyileşebilir (Ferreira Silva ve ark. 2013; Oprea ve Popescu 2013). Kanama (gastrointestinal ve kranial dahil olmak üzere) asetilsalisilik asitte olduğu gibi en önemli yan etkisidir. Bulantı, kusma, karında rahatsızlık hissi, bazen kabızlık, mide ve duodenum ülserleri, baş ağrısı, baş dönmesi ve parestezi yapar (Kayaalp 2002).

2.3.2. Antikoagülan İlaçlar

Antikoagülanlar yeni trombüslerin oluşmasını ve dolayısı ile mevcut trombüsün genişlemesini önler. Antikoagülan ilaçlar, standart heparin (fraksiyone olmamış), düşük molekül ağırlıklı heparin ve K vitamini antagonistleridir (Arseven ve ark. 2015).

Standart heparin; spontan ve tıbbi prosedür kaynaklı venöz ve arteriyal tromboemboli tedavisi ve profilaksisinde kullanılır. KABG sonrası tek başına uygulanan heparin tedavisinin oluşabilecek asemptomatik derin ven trombozu riskini %60 ila %70 oranında azaltabildiği bildirilmiştir (Mirhosseini ve ark. 2013). Antitrombine bağlanıp trombosit faktörlerinden II ve X'a etki ederek trombosit sentezini azaltır. Plazmada 18-30 mg/dl konsantrasyonunda etki eder ve plazma yarılanma ömrü 24-36 saattir. Kanda heparinin etkinliği, tam kanın aktive edilmiş parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT/25-36 saniye) ve aktive edilmiş koagülasyon zamanı (aKZ) ile değerlendirilir. Heparin, sindirim kanalından absorbe edilmediği için sadece parenteral yoldan (subkütan ve/veya intravenöz) olarak uygulanmaktadır. Doz aşımı durumunda heparin protamine sülfat ile nötralize edilebilir (Kayaalp 2002; Şendir 2008; Arseven ve ark. 2015). Heparin, hamilelik ve laktasyon döneminde güvenle kullanılabilir. Heparin, aldosteron salgısını azaltarak hiperkalemi riski yaratabilir. Tedavi uzadıkça bu risk artar; bu nedenle tedavi bir haftadan uzun sürerse potasyum düzeyleri ölçülmelidir. Bir ay veya daha uzun süre heparin kullanımı osteoporozda da neden olabilir (Arseven ve ark. 2015).

Düşük molekül ağırlıklı heparin; standart heparinden kimyasal ve enzimatik yolla elde edilir. Düşük molekül ağırlıklı heparinler farklı depolimerizasyon yöntemleri ile hazırlandığından herbirinin farmakokinetik özellikleri ve antikoagülan aktiviteleri değişkenlik gösterir. Düşük molekül ağırlıklı heparinlerin standart heparinden farklı trombosit faktör Xa'yı 1000 kat daha fazla, trombin ise daha az

inhibe edebilmesi ve bioyararlanımlarının daha yüksek olmasıdır. Yarılanma süreleri, subkutan uygulama sonrası 3-6 saat arasında olup, standart heparinin aksine dozdan bağımsızdır. Subkutan yolla bir ya da iki dozda uygulanabilir olması ve aPTT takibi gerekmemesi nedeniyle ayaktan hastalara uygulanabilir. Böbrekten atılması nedeniyle böbrek yetmezliğinde biyolojik yarılanma ömrü uzar. Düşük molekül ağırlıklı heparin kullanma mecburiyeti varsa, normal doz % 50 azaltılarak uygulanmalıdır (Kayaalp 2002; Arseven ve ark. 2015).

K vitamini antagonistleri; Warfarin (Coumadin) kanıtlanmış etkililik ve ekonomiklik nedeniyle antikoagülasyon tedavisinin temelini oluşturur. Warfarin karaciğerde K vitaminine bağlı olarak üretilen pıhtılaşma faktörlerinden II, VII, IX ve X'un sentezini önleyerek koagülasyonun gecikmesine neden olur (Wahlqvist ve ark. 2013). Oral alımı sonrası tamamına yakını barsaklardan absorbe edilip albümine bağlı olarak taşınır. Yarılanma ömrü 36 - 42 saattir. Karaciğerde CYP2C9 enzimi ve K vitamini ile metabolitlerine dönüştürülür. İdrarla atılır. Tedavinin ilk günlerinde, prokoagülan özellik baskın olabileceğinden akut trombotik hastalık durumlarında (örn; derin ven trombozu) ilk günlerde heparin ile birlikte kullanılmalıdır (Şendir 2008). Benzer şekilde standart heparin veya düşük molekül ağırlıklı tedavilerde kanama riski yüksek değilse ilk 24 saat K vitamini antagonistlerinin eşlik etmesi önerilmektedir. Kanama riski düşük olanlarda, ilk 2 gün 10 mg verilmesi, INR değerinin daha çabuk ≥ 2 değerine ulaşmasını, dolayısıyla hastane yatış süresinin kısalmasını sağlar. Kanama riski olanlar ve yaşlı hastalarda (>75 yaş) warfarin tedavisine 5 mg/gün dozunda başlanması önerilir (Holbrook ve ark. 2012). Warfarin etkili olması için ortalama 36 saatlik süreye gereksinim vardır. Bu süre içinde, hastada mevcut hiperkoagülabilitate önlenemeyecektir (Arseven ve ark. 2015). K vitamini antagonistleri VTE ve atriyal fibrilasyon / kalp kapak replasmanı ile ilişkili tromboembolik komplikasyonların profilaksisi ve/veya tedavisi için kullanılmaktadır (Biskupiak ve ark. 2013; Kepez ve Erdoğan 2013). MI riskini azaltmaktadır (Maina ve ark. 2013).

Warfarinin en önemli yan etkisi kanamadır. Artan kanama riski; özellikle yaşlılarda vasküler ve endotel hassasiyetin (fragilite), böbrek ve karaciğer hastalıkları, diyabet, kalp yetmezliği ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların artması, uzun ve/veya çoklu ilaç kullanımı ile ilişkilidir (Acar ve ark. 2012; Snipelisky ve Kusumoto 2013). Warfarin kullanan 100 hastanın 1,3 - 2,7' sinde bir yıl boyunca şiddetli ya da

hayatı tehdit edici kanama görülebilmektedir (Makris ve ark. 2010). Yapılan çalışmalar sonucu, oral antikoagülan ile tedaviye başladıktan sonra ilk üç ay kanama riskinin en yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Hylek ve ark. 2007; Snipelisky ve Kusumoto 2013).

Warfarin kullanan hastaların kanama riski takibi, protrombin zamanı ve standartlaştırılmış kontrol serum oranından elde edilen International Normalized Ratio (INR) ile yapılmaktadır (Acar ve ark. 2012). INR değerinin birimi yoktur ve normal bir insanda INR değeri 1'dir. Orta şiddette bir antikoagülasyonun sağlanması amaçlandığında en çok kabul gören INR değerinin 2,0 - 3,0 aralığında olmasıdır (Guyatt ve ark. 2012). INR ölçümünden sonra ilk 2-3 gün takip gerekmez. Ardından günlük takiplere başlanır. 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 önerilmektedir (Kayaalp 2002). INR düzeyi dengeli seyreden hastalarda INR dengesi sağlandıktan sonra bu süre 12 haftaya kadar uzatılabilir (Guyatt ve ark. 2012). 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 (Arseven ve ark. 2015). Warfarin tedavisinde INR değişikliklerine; uyum eksikliği, yanlış doz, çoklu ilaç kullanımı, var olan ek hastalıklar, karaciğer ve böbrek yetmezliği, tüketilen gıdalarla etkileşim, laboratuvar hatası, ileri yaşın yanında kadın cinsiyeti ve genetik faktörler neden olabilmektedir (Acar ve ark. 2012; Tülüce ve Bostanoğlu 2016). Obezite warfarinin vücuttaki etkinliğini değiştirerek, INR değerlerinde istenen seviyeye gelmesini zorlaştıran bir faktördür (Tülüce ve Bostanoğlu 2016).

Warfarinin bir komplikasyonu da hepatotoksisitedir. İlacın emilimi, dağıtımı, metabolize edilmesi ve atılması toksisite açısından önemlidir. İlaç karaciğer fraksiyonunu ve klirensini etkileyerek ya da karaciğerde üretilen enzimleri inhibe ederek toksisiteye neden olmaktadır (Qui ve ark. 2015). Ayrıca deri nekrozları, kolesterol, mikroembolizm gibi yan etkilerde görülmektedir (Chiong ve Cheung 2013). Warfarin gebelikte kontrendikedir. Plasentaya geçer ve fetüsü olumsuz etkiler (Sağ ve ark. 2006). Bu nedenle ciddi kanama riski doğuracağından gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterında kullanılmaz (Njovane ve ark. 2013).

2.4. Pıhtı Önleyici Tedavide Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Pıhtı önleyici tedavi ile ilgili hemşirenin rol ve sorumlulukları hastanın hastaneye yatışı ile başlar. Taburculuk, evde bakım ve izlem ile devam eder (Cutilli 2020). Hemşireler, ameliyat öncesi hastaneye yatışı yapılan hastanın öyküsünü alırken, hastanın aldığı pıhtı önleyici ilaçları sorgulamalı ve ilaç uygulanan bölgeleri değerlendirmelidir (Ordu ve Şahin 2020). Hastalar cerrahi işlem öncesinde antikoagülan ya da antiagregan tedavi alıyorsa; asetilsalisilik asitin 7 gün önce, warfarinin 5 gün önce kesilmesi önerilmektedir. Ameliyat öncesi ve sonrası kontrollü olarak düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisine geçilmesi gerekir (Karadağ ve ark. 2012; Ordu ve Şahin 2020). Pıhtı önleyici tedaviyi güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmek için doğru ilaç, doğru hasta, doğru doz, doğru yol, doğru veriliş şekli temel alınan ilaç uygulama ilkelerine dikkat edilmelidir (Yıldız ve Yıldız 2020). Düşük molekül ağırlıklı heparin subkutan olarak uygulanır. Uygulama öncesinde alkol ve antiseptik ile cilt temizliği yapılmalıdır. 90 derece açı ile hava kilidi tekniği kullanılarak gerçekleştirilir. Düşük molekül ağırlıklı heparin için özel olarak hazırlanan enjektörler hava kilidi tekniğine uygundur. Enjektörün içerisinde bulunan havanın çıkarılmaması gerekir. Deri altına uygulama yapıldığından iğne ucunun damarda olup olmadığını kontrol etmeye gerek yoktur. Uygulama en az 10 sn olacak şekilde yavaş olarak yapılmalı ve enjeksiyon sonrası masaj, ovma gibi işlemlerden kaçınılmalıdır. Enjeksiyon bölgesinde hematoma, ağrı ve skar dokusunun oluşmasından kaçınmak için rotasyon yapılmalıdır. Enjeksiyon öncesi buz uygulaması yapılabilir. (Çiftçi ve Avşar 2017; Turan ve ark. 2019; Amaniyan ve ark 2020). Literatürde düşük molekül ağırlıklı heparin uygulamasında ekimoz ve ağrı oranlarını azaltmak için öncelikli olarak göbek çevresinin (göbek çevresinin 5 cm. çapındaki alanı ve göbek deliğinden geçen kemer hizası hariç) sağ veya sol tarafına yapılması önerilmektedir (Turan ve ark. 2019; Ordu ve Şahin 2020).

Özellikle emboli riski olan ve embolektomi yapılan hastalarda standart heparin kullanımı söz konusu ise aPTT takibine göre doz ayarlaması yapılır. Hastaların kanama riskleri yüksektir. Bu hastalarda olası kaza, yaralanmalar için tedbir alınmalı ve mümkün oldukça invaziv işlemlerden kaçınılmalıdır. Standart heparin alan hastanın sık tansiyon ve drenaj takibi yapılmalıdır. Hemşire, hasta ve yakınlarını kanlı idrar, koyu renkli gaita ve pansuman bölgesindeki değişiklikler konusunda uyarmalı ve hastayı sık aralıklarla takip etmelidir (Aşiret ve Özdemir 2012).

Oral pıhtı önleyici tedavi ameliyat sonrasında hastanede kalış sırasında başlatılır veya gözden geçirilir. Pıhtı önleyici tedavi ile ilgili hasta eğitiminin nadiren bireysel ihtiyaçlara göre düzenlendiği (Ferguson ve ark. 2016), günlük yaşam aktivitelerinin ve aile desteğinin ise genellikle göz ardı edildiği belirtilmektedir (Mazor ve ark. 2007). Oral alınan pıhtı önleyici tedavi evde devam edeceği için hasta eğitiminin erken başlaması; öğrenilenlerin pekiştirilmesi ve hastanın merak ettiği konular hakkında soru sorabilmesi için çok önemlidir. Antiagregan tedavilerin doz ayarlaması için kan testlerine gerek yoktur. Fakat antikoagülan tedavilerin doz ayarlaması INR takibi ile yapılır. Hemşire, hastaya pıhtı önleyici ilaçları neden kullandığını, ne zaman alacağını, kullanım programı ve dozunu, ilacını almayı unutursa ne yapacağı, ilaçlar ve gıdalar ile etkileşimi hakkında bilgi vermelidir. INR takibinin yapılması ve önemi anlatılmalıdır. Pıhtı önleyici ilaç kullanırken bu ilaç ile birlikte başka ilaç kullanmaya başlarsa ya da kullandığı bir ilacı sonlandırırsa hekim veya hemşireye danışmasının oluşabilecek yan etkileri önleyebileceği anlatılmalıdır. Ev ortamında oluşabilecek travmaları önleme konusunda konuşularak risk faktörlerinin farkına varması sağlanmalıdır (Aşiret ve Özdemir 2012; Kramps ve ark. 2013).

2.5. Pıhtı Önleyici Tedavi Alan Hastanın Eğitimi

İlaç kullanımını da içeren hastalık yönetimi konusunda eğitim, hasta eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturur (Richards 2012; Ferguson ve ark. 2016). Eğitim, hastaları ve ailelerini hastalıklarının tedavi ve bakım sürecini kendi başlarına yönetmeleri için güçlendirmeyi amaçlamalıdır. Hasta ve aile eğitimi, pıhtı önleyici tedavi yönetiminde önemli bir konudur (Holman ve Lorig 2004; Richards 2012). Hastalar bir süredir pıhtı önleyici tedavi kullanıyor olsalar bile, gerekli bilginin yeniden verilmesi (Mazor ve ark. 2007), birkaç pıhtı önleyici tedaviyi aynı anda yönetmek zorunda olan kalp damar cerrahisi hastaları için daha önemlidir (Shaha ve ark. 2012; Ewen ve ark 2014). Pıhtı önleyici tedavi sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi, tedaviye uyumunun artırılması ve hasta memnuniyetinin artması açısından gerçekleştirilecek eğitimde;

- Hangi pıhtı önleyici tedaviyi alacakları, neden reçete edildiği ve doğru bir şekilde nasıl kullanacakları,
- Tromboembolik olaylara neden olmamak için hastaların, doktor veya

hemşirelerine danışmadan, tedaviyi kesinlikle bırakmamaları,

- Pıhtı önleyici tedavi kullanımı sırasında, hastanın başka bir nedenden ötürü ilave ilaç alması gerekiyorsa, mutlaka hekim veya hemşireye danışılması, kontrolsüz ilaç kullanımından kaçınılması gerektiği,
- Diş tedavisi ve / veya herhangi bir cerrahi girişim öncesi, mutlaka hekime bildirmesi ve uygun ilaç dozu için yeniden ayarlama yapılması gerekliliği,
- Yaralanmalara neden olabilecek fiziksel aktivitelerden kaçınmaları (Ör. Olası kanamaları önlemek için, yumuşak diş fırçaları ve elektrikli tıraş makineleri kullanmaları önerilmeli).
- Sert burun temizliğinden ve konstipe olmaktan kaçınması,
- Ev güvenliği ve düşmenin önlenmesi amacıyla çevre düzenlemesi yapılması gerektiği,
- Evde, iş yerinde, bahçe işlerinde kazalardan korunması için delici kesici aletleri kullanmaktan kaçınması,
- Ayak yaralanmalarından korunmak için yalın ayak gezilmemesi, ayakkabı veya terlik kullanımına dikkat edilmesi,
- Oluşabilecek yan etkileri nasıl tanıyacıkları (kanama belirtileri; alışılmadık derecede ağır adet kanaması, koyu renkli veya kanlı idrar, siyah katran renkli dışkı, baş dönmesi veya şiddetli baş ağrısı, kahve telvesi gibi görünen kan kusmak, olağandışı morarma ‘hafif morarma olabilir’, sık burun kanaması, ağrılı, soluk veya morarmış ekstremiteler, ağrılı veya koyu görünen ayak parmakları hakkında) ve 15 dakika içinde geçmeyen kanama durumlarında acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç olduğundan, hemen en yakın sağlık kuruluşuna gitmeleri gerektiği,
- Hastaların pıhtı önleyici tedavi kullandığına dair yazılı bir not ya da bileklik taşımasının gerekliliği (hastanın kendini ifade edemediği herhangi bir kaza veya yaralanma anında, ona müdahale eden kişiyi yönlendireceği),
- Evde düşük molekül ağırlıklı heparin kullanacak hastalara subkutan enjeksiyon tekniği öğretilmeli ve doğru uyguladığından emin olunmalı,
- Alınması gereken doz unutulur ve aynı gün gece saat 24:00’e kadar hatırlanırsa, günlük dozun aynen alınması gerektiği ve normal kullanım şekliyle devam edilmesi,
- Eğer günlük doz alınmamış ise, bir sonraki gün asla iki günlük dozda ilaç

alınmaması, normal kullanım şekline devam edilmesi,

- Yanlış doz ilaç alındığında ve/veya iki gün ve daha fazla ilaç alımı unutulduğunda, mutlaka kayıt edilmesi gerektiği ve hekim veya hemşireye bildirim yapmasının önemi,
- İlacın her gün aynı saatte ve öğleden sonra alınması gerektiği,
- Besin ve ilaç etkileşimleri,
- Hasta antiagregan gurubu ilaç kullanıyorsa gastrointestinal irritasyonu arttırdığından aç karnına kullanılmaması, yemeklerle etkileşimi olmadığından yemeklerle birlikte alabileceği,
- Antikoagülan ilaç kullanıyorsa besinlerle etkileşimi olabileceğinden yemeklerle birlikte kullanmaması aç veya tok kullanabileceği,
- Hastalara ikili pıhtı önleyici tedavi veya nonsteroid antiinflamatuvar içeren ilaçların gastrointestinal kanama riskini arttırabileceği; koyu renk gaita ve hematemez konusunda dikkatli olunması gerektiği,
- Alkol tüketmemeleri veya azaltmaları,
- Bitkisel takviyenin pıhtılaşmayı etkilediği (Ör; sarımsak ve ginkgo biloba kanama risklerini artırabilir. Ginseng ve greyfurt suyu da antikoagülan ilaçların etkilerini azaltabilir),
- Hastalar herhangi bir bitkisel ürün kullanacaksa, önceden hekim / hemşire ve diş hekimleri de dahil olmak üzere tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına aldıkları bitkisel ürünler hakkında bilgi vermeleri,
Eğer hasta antikoagülan ilaç kullanıyorsa bunların dışında;
- Takip ve bakımın nasıl ve nerede alacakları (venöz kan testi ile INR takibi ve INR' lerinin takip aralıkları),
- Antikoagülan alan hastalar, yeşil yapraklı sebzeler ve brokoli gibi K vitamini açısından yüksek gıda tüketimi açısından değerlendirilmesi (Hastalara diyet alışkanlıklarını değiştirmesi değil, yeşil yapraklı sebzelerin sürekli alınmaması konusunda tavsiyelerde bulunulması. En sağlıklı warfarin dozununun reçete edilebilmesi için, hastalar hekimlerine diyet alışkanlıklarını tam olarak söylemeye teşvik edilmesi)
- Kendi ilaç dozlarını ve ölçülen INR değerlerini kaydetme ve kendi kendine tedavi rejimlerini yönetmeleri konuları yer almalıdır (Şendir 2008; Pezzotti ve Freuler 2012; Aşiret ve Özdemir 2012; Köksal ve Avşar 2015; Gee 2018).

Pıhtı önleyici tedavi hakkında hasta eğitimi, komplikasyonları ve planlanmamış hastaneye yatışları azaltabilir veya önleyebilir (Payne ve ark. 2013). Yetersiz hasta eğitimi, hastaların kendilerini kötü hissetmelerine, komplikasyon korkusuna, sınırlı profesyonel desteğe ve pıhtı önleyici tedavi yönetimine sınırlı aile katılımına ve dolayısıyla pıhtı önleyici tedavi uyumdan ödün verilip memnuniyetsizliğe yol açabilir (Ryan ve ark. 2008). Memnuniyeti arttırmak için, pıhtı önleyici tedavi ile ilgili bilgilerin, hastaların günlük yaşamı dikkate alınarak birleştirilmesi önerilmektedir (Ewen ve ark. 2014). Pıhtı önleyici tedaviler hayat kurtarıcı olabilir. Hemşirelerin, pıhtı önleyici tedavi alan hastaların bakımında optimum fayda sağlamak ve olası yan etkileri önleyebilmek için hastayı dikkatle değerlendirmesi, takip etmesi ve planlı bir şekilde eğitmesi hasta memnuniyetini artırabilecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Kalp damar cerrahisi sonrası antikoagülan tedavi alan hastaların pıhtı önleyici tedaviden memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma tanımlayıcı türdedir.

3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri

Araştırma Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. 2002 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu bünyesinde hizmet vermeye başlayan hastane, 2005 yılında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanması ile Devlet Hastanesi, 30 Aralık 2009 tarihinden itibaren ise Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak tescillenmiştir. 01.08.2015 tarihinde ise Kalp Damar Cerrahi Merkezi ek binası faaliyetine başlamıştır. Kalp Damar Cerrahi Merkezi, kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi anabilim dallarının ortak binasıdır. Bu merkez acil servis, poliklinik hizmetleri, kalp damar cerrahisi anabilim dalına ait iki yetişkin, bir çocuk ve bir uyanma yoğun bakımı olmak üzere dört adet yoğun bakım ünitesi, ameliyathaneler, anjio laboratuvarları, kardiyoloji yoğun bakımları, kardiyoloji ve kalp damar klinikleri ile hizmet vermektedir. Merkezin 3 adet kalp damar cerrahi kliniği toplam 96 yatak kapasitesine sahiptir. Yoğun bakımlarda 2 hastaya 1 hemşire bakım verecek şekilde toplam 48 yoğun bakım hemşiresi bulunmaktadır. Bu sayı hasta servislerinde, en fazla 32 hastaya 2 hemşire bakım verecek şekilde düzenlenmiştir. Yıllık ortalama 4 bin civarında kalp damar cerrahisi ameliyatı 4 hekim grubu tarafından gerçekleştirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Merkezi'nde kalp damar cerrahisi gerçekleştirilen hastalar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya alınması gereken hasta sayısının belirlenmesi amacıyla, önsel güç analizi yapılmıştır. Güç analizi için Riva ve ark. (2019) çalışmasında raporlanan morarma yaşayan ve morarma yaşamayan gruplar için DAMÖ toplam ölçek puanına ait bulgular kullanılarak, çalışma gruplarına ait etki büyüklüğü değeri hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü değeri; “DAMÖ toplam ölçek puanı” için, morarma gözlenen grup ve morarma gözlenmeyen gruba ait raporlanan belirtici istatistikleri dikkate alınarak $d=0,38$ olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan orta dereceli etki büyüklüğü değeri kullanılarak $\alpha=0,05$ seviyesinde çalışmanın %90 düzeyinde istatistiksel güce sahip olması için çalışmaya alınması gereken toplam birim sayısı; $n=292$ kişi olarak belirlenmiştir (Süt 2011). Olası kayıpları da dikkate alarak nihai olarak çalışmanın belirlenen örneklem büyüklüğünün %10 fazlası alınarak 321 kişi ile tamamlanmasına karar verilmiştir. Çalışma tamamlandıktan sonra 21 kişinin DAMÖ ölçeğini eksik doldurdukları görüldüğünden örneklem büyüklüğümüz 300 kişiye düşmüştür. Örneklem genişliğinin hesaplanması amacıyla G*Power v 3.1.9.2. programı kullanılmıştır. Araştırma verileri toplandıktan sonra ortaya çıkan kanama oranlarına göre ($d=0,15$) hesaplanan güç analizinde 300 örnek %5 yanılma payı dikkate alınarak %99 güce ulaşıldığı saptanmıştır (<http://sampsiz.sourceforge.net>).

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme, Edilmeme Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kalp damar cerrahisi ameliyatı olup, antikoagülan ya da antiagregan ilaç gruplarından herhangi biri ile taburcu edilen,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Taburculuktan sonra poliklinik kontrolüne gelen,
- Araştırmaya katılım için gönüllü olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Sözel iletişimde problem yaşayan,
- Sorulan soruları algılamasına engel oluşturan alzheimer, demans, işitme kaybı, görme kaybı gibi rahatsızlıkları olan,
- Okuma - yazma bilmeyen,

- Pıhtılaşma bozukluğuna yol açan edinsel ve kalıtsal trombofili hikayesi olan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler literatür taraması sonucunda, araştırmacılar tarafından oluşturulan “Tanımlayıcı Bilgiler Formu” (Ek 1) ve “DAMÖ” (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır.

Tanımlayıcı Bilgiler Formu; (Ek 1) hastanın sosyo - demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, kilosu) ve klinik özelliklerine (diğer tanıları, ailede kanama bozukluğunun varlığı, kullanılan ilaçlar, ameliyatına ilişkin özellikler, kullandığı pıhtı önleyici ilaca ilişkin eğitim alıp almadığı, pıhtılaşma testlerinin yapılma durumu ve zamanı, eğitimi kimden aldığı ve pıhtı önleyici tedavi sırasında yaşadığı sorunlara) ilişkin 18 soru içermiştir.

Duke Antikoagölan Memnuniyet Ölçeği (DAMÖ); Samsa ve ark. tarafından 2004 yılında geliştirilen, Yıldırım ve Temel tarafından 2014 yılında Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılan DAMÖ, 25 madde ve “Kısıtlılıklar”, “Yükler ve Zorluklar”, “Olumlu Etkiler” olmak üzere üç faktörlü bir yapı içermektedir. “Faktör 1 Kısıtlılıklar” alt boyutunda morarma ve kanamaların hastaların gerçekleştirdiği aktivitelere etkisini belirlemeye yönelik 1-9 ve 20. maddeler, “Faktör 2 Yükler ve Zorluklar” alt boyutunda hasta bireyin pıhtı önleyici tedaviye yönelik sorumluluklarıyla ilgili sorunları belirlemeye yönelik 10-16,22 ve 24. maddeler ve “Faktör 3 Olumlu Etkiler” alt boyutunda hasta bireyin bilgileri ve hissettikleriyle ilgili sorunları belirlemeye yönelik 17-19,21,23 ve 25. maddeler yer almaktadır. Pıhtı önleyici tedavi gören hastaların yaşam kalitesi ve memnuniyetinin sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesine fırsat veren araç, yedili Likert tipte yanıtlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı; 1= hiç, 2= çok az, 3= biraz, 4= orta derecede, 5= biraz fazla, 6= çok ve 7= çok fazla şeklinde bir derecelemeyle ölçölür. Ölçekte 17,18,19,21,23 ve 25. sorular ters kodlanmaktadır. Yüksek puanlar pıhtı önleyici ilaç kullanımından memnuniyetin daha kötü olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.88, alt boyutların “Kısıtlılıklar” alt boyutu için 0.87, “Yükler ve Zorluklar” alt boyutu için 0.88 “Olumlu Etkiler” için 0.78 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği 0.80’dir. Ölçekten en düşük 25, en fazla 175 puan alınmaktadır (Yıldırım ve Temel 2014).

Tablo 3.6.1. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği Özellikleri

DAMÖ ve alt boyutları	Yıldırım ve Temel'in geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonuçları		Bu çalışmada elde edilen sonuçlar	
	Min - Max	Cronbach α	Min-Max	Cronbach α
Kısıtlılıklar	10 - 70	0,84	10 - 66	0,82
Yükler ve zorluklar	9 - 63	0,91	9 - 63	0,91
Olumlu etkiler	6 - 42	0,85	6 - 42	0,83
DAMÖ	25 - 175	0,89	36 - 161	0,86

3.6. Araştırmanın Uygulaması

3.6.1. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması, veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırmanın gerçekleştirileceği hastanede 18 yaş ve üstü, kalıtsal koagülasyon hastalığı olmayan, kalp damar cerrahisi ya da invaziv işlemi yapılan 20 hastada yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonunda veri toplama formunda düzenleme gerekmediğinden bu hastalar araştırmanın örneklemine dahil edilmiştir.

3.6.2. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın verileri, kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra "1 Nisan 2019 - 28 Şubat 2020" tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama formları; poliklinik kontrolüne gelen hastalara, çalışma hakkında bilgi verilip, yazılı onamları alındıktan sonra, isimlerini anket formuna yazmak zorunda olmadıkları belirtilerek dağıtılmış, hastaların okuyup sorulara cevap vermesi istenmiştir. Hastalar anket formunu yaklaşık 15 ila 25 dakika içerisinde doldurduktan sonra formlar kapalı zarf ile toplanmıştır. Uygulama esnasında 110 hasta bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı reddetmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenini; kalp damar cerrahisi sonrası hastaların DAMÖ puanları oluşturmuştur.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; hastanın bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, mesleği, eğitim durumu, sosyal güvencesi, kilo), hastalığı, ailede kanama bozukluğu hikayesi olup olmadığı, ilaç kullanımı, kullandığı ilaçlar, ameliyatına

ilişkin özellikler, kullandığı pıhtı önleyici ilaca ilişkin eğitim alıp almadığı, eğitimi kimden aldığı ve antikogulan tedavi sırasında yaşadığı sorunlar oluşturmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Sürekli değişkenlerin ve ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Değişkenler normal dağılıma uygunluk testi sonucuna göre medyan (Q1-Q3) ya da $\bar{X} \pm SS$ değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzdelikler ile ifade edilmiştir. DAMÖ ölçeğine ait ölçek puanlarının gruplar arası yapılan karşılaştırmalarında, iki grup olması durumunda, bağımsız çift örneklem t-testi ya da Mann Whitney U testi, grup sayısının ikiden fazla olması durumunda ise Kruskal Wallis testi ya da ANOVA testleri kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında elde edilen genel anlamlılık için grupların ikili karşılaştırmalarını içeren alt grup analizleri Dunn-Bonferroni yaklaşımı kullanılarak yapılmıştır. Ölçek puanları ve kontrol randevusu için verilen süre arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiş olup Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. DAMÖ ölçeğinin iç tutarlılığı Cronbach alpha katsayısı ile incelenmiştir. İstatistiksel analizler için %90 güç, %5 yanılma payı esas alınmış, ($p < 0.05$) istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.12.2018 tarih ve 2018 / 1604 sayılı izni (Ek 4) alınmıştır. Etik Kurul sonrasında araştırmanın yapılacağı Bursa İl Sağlık Müdürlüğü 09.02.2019 tarih ve E.1655 sayılı oluru (Ek 5) ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunun (TUEK) (Ek 6) izinleri alınmıştır. DAMÖ'nin geçerlilik güvenilirliğini yapan Jülide Gülizar Yıldırım'dan mail yolu ile ölçeğin kullanım izni alınmıştır (Ek 7). Çalışmaya katılan hastalardan da araştırmanın yapılma amacı anlatılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek 3).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma tek bir merkezde gerçekleştirilmiştir. Bu durum sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Araştırma verilerinin toplanması aşamasında

araştırmacı hemşire olarak çalışması nedeni ile haftada bir gün veri toplamak için Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Merkezi'ne gidebilmiştir. Bu nedenle veriler ardışık olarak toplanamamış, araştırma rneklemine “1 Nisan 2019 - 28 şubat 2020” tarih aralığında ulaşılabilmemiştir. Araştırmacının uygulama alanında olmadığı günlerde tedavi ve kontrole gelen hastalar örnekleme dahil olmamıştır.

Verilerin toplanması sırasında hastalara ilaç kullanım bilgileri sorulmuş, bazı hastalar kullandığı ilaçlarla ilgili ayrıntılı bilgi veremediği/hatırlamadığı (adı, dozu, süresi, formu vb.) için ilaç kullanımı bilgisi genel kapsamda kalmıştır. Hastaların tamamının antikoagülan olarak warfarin kullandığı, bazılarının asetil salisilik asit ile kombine edildiği ve/veya devam ettirildiği görülmüştür. Ancak bu tedavi değişimleri ile ilgili süreçte ayrıntılı olarak belirlenememiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kalp damar cerrahisi ameliyatı olup, pıhtı önleyici tedavi ile taburcu olan hastaların tedavilerinden memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla araştırma kapsamına dahil edilen 300 hastaya ait bulgular şu başlıklar altında incelenmiştir:

4.1 Hastaların Bireysel Özellikleri İle Pıhtı Önleyici Tedavi Kullanımına Yönelik Bulgular

4.2 Hastaların Pıhtı Önleyici Tedavi Kullanımına İlişkin Memnuniyetlerine Yönelik Bulgular

4.1. Hastaların Bireysel Özellikleri İle Pıhtı Önleyici Tedavi Kullanımına Yönelik Bulgular

Tablo 4.1.1 Pıhtı Önleyici İlaç Kullanan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri(n=300)

Özellikler		n	%
Yaş ($\bar{X}=57,90\pm 12,45$)	Ortalamanın altı	131	43,7
	Ortalamanın üstü	169	56,3
Cinsiyet	Erkek	200	66,7
	Kadın	100	33,3
Eğitim durumu	İlköğretim	215	71,6
	Ortaöğretim	55	18,3
	Üniversite ve üzeri	30	10,1
Mesleği olma	Çalışan	130	43,3
	Çalışmayan	170	56,7
Sosyal güvence	Var	281	93,7
	Yok	19	6,3
BKİ	Zayıf	23	7,7
	Normal	201	67,0
	Kilolu	76	25,3

Bu çalışmada kalp damar cerrahisi ameliyatı olup pıhtı önleyici tedavi alan 300 hastanın yaş ortalamaları $57,90\pm 12,45$ olup % 66,7'si erkek ve % 33,3'ü kadındır. Katılımcılardan % 71,6'sı ilköğretim (I. ve II. kademe) mezunu, % 43,3'ü bir mesleğe sahipken % 56,7'si emekli ve/veya çalışmamakta ve % 6,3'nün sosyal güvencesi yoktur. Beden kitle indekslerine göre % 7,7'si zayıf, % 67,0'si normal ve % 25,3'ü kiloludur.

Tablo 4.1.2 Pıhtı Önleyici İlaç Kullanan Bireylerin Klinik Özellikleri (n=300)

Klinik Özellikler		n	%
Ailede pıhtılaşma bozukluğu öyküsü	Var	31	10,3
	Yok	269	89,7
Kalp-damar hastalığına ilave hastalığı*	Var	165	55,0
	Yok	135	45,0
Pıhtı önleyici ilaca ek ilaç kullanımı**	Var	194	64,7
	Yok	106	35,3
Geçirdiği cerrahi işlem	Koroner arter bypass greft cerrahisi	129	43,0
	Kalp kapak cerrahisi	100	33,3
	Periferik damar cerrahisi	51	17,0
	Kalp ve damar cerrahisi bir arada	20	6,7
Taburculuktan sonra ilk kontrol zamanı (\bar{X} =11,90±9,06)	1 hafta sonra	150	50,0
	2 hafta sonra	67	22,3
	3 hafta sonra	46	15,3
	4 hafta sonra	37	12,3
Pıhtılaşma testi yaptırma durumu	Evet***	153	51,0
	Hayır	147	49,0
Pıhtı önleyici tedavi sürecinde kanama olması	Evet****	44	14,7
	Hayır	256	85,3
Pıhtı önleyici tedavinin yararına inanma	Evet	285	95,0
	Hayır	15	5,0
Ameliyattan sonra geçen süre	0-1 ay	96	32,0
	2-3 ay	135	45,0
	4-6 ay	40	13,3
	7-12 ay	29	9,7
Pıhtı önleyici tedaviye yönelik eğitim alma	Evet	242	80,7
	Hayır	58	19,3
Eğitimi veren personel	Hemşire	186	62,0
	Doktor	56	18,7
	Eğitim almayan	58	19,3

* Katılımcıların kalp-damar hastalığı dışında 92'sinin hipertansiyon, 69'unun diabetes mellitus, 27'sinin kolesterol yüksekliği, 21'inin KOAH, 12'sinin böbrek yetmezliği, 10'unun mide rahatsızlıkları, 8'inin BPH, 7'sinin romatizma, 5'inin ortopedik rahatsızlıkları, 5'inin nörolojik hastalıkları, 4'ünün tiroid rahatsızlığı, 2'sinin karaciğer rahatsızlığı öyküsü bulunmaktadır.

**Katılımcılardan kullandıkları diğer ilaçların bilgisi net alınamamıştır.

***Pıhtılaşma testi yaptıran 153 kişinin 64'ü ilk 14 günde, 60'ı ilk bir ayda, 29'u 2-6 ay içerisinde pıhtılaşma testi yaptırmıştır.

**** Pıhtı önleyici tedavi sırasında kanama yaşayan 44 hastanın 23'ü deride morarmalar, 18'i burun kanaması, 8'i diş eti kanaması, 5'i iç kanama tanımlamıştır.

Pıhtı önleyici tedavi alan hastaların klinik özellikleri incelendiğinde; %10,3'ünün ailelerin de kanama/pıhtılaşma bozukluğu olduğu, ameliyat olmalarına neden olan hastalıkları dışında %55,0'inin ek bir hastalığı olduğu ve % 64,7sinin pıhtı önleyici ilaca ek bir ilaç kullandığı saptanmıştır. Araştırmamıza dahil olan hastaların % 43,0'ü koroner arter bypass greft cerrahisi, % 33,3'ü kalp kapak cerrahisi, %17,0'si periferik damar cerrahisi, % 6,7'si kalp ve damar cerrahisi bir arada geçirmiştir. Taburculuk sonrası ortalama kontrol zamanları 11,90±9,06'tir ve % 51,0'inin

pıhtılaşma testi ile kanama zamanları kontrol edilmiş, % 14,7'sinin tedavi sürecinde kanama problemi olmuştur. % 95,0'i pıhtı önleyici tedavinin yararına inanmaktadır. Hastalar ameliyattan sonra bir yıl içinde çalışmaya gönüllü olmuşlar, % 32,0'si ilk bir ayda araştırmaya katılmıştır. Katılımcıların % 80,7'si pıhtı önleyici tedaviye ilişkin eğitim aldığını ve bunların % 62,0'si bu eğitimi hemşireden aldığını belirtmiştir.

4.2. Katılımcıların Pıhtı Önleyici İlaç Kullanımından Memnuniyetlerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=300)

DAMÖ ve alt boyutları	DAMÖ puan ortalamaları		Ölçek puan aralığı
	$\bar{X}\pm SD$	Min - Max	Min - Max
Kısıtlılıklar	34,07±11,68	10 - 66	10 - 70
Yükler ve zorluklar	30,21±11,18	9 - 63	9 - 63
Olumlu etkiler	19,93±6,67	6 - 42	6 - 42
DAMÖ Toplam	84,22±20,75	36 - 161	25 - 175

Katılımcıların DAMÖ ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları incelendiğinde; “Kısıtlılıklar” alt boyutunda $\bar{X}=34,07\pm 11,68$, “Yükler ve Zorluklar” alt boyutunda $\bar{X}=30,21\pm 11,18$, “Olumlu Etkiler” alt boyutunda $\bar{X}=19,93\pm 6,67$ ve DAMÖ ölçeği toplamında ise $\bar{X}=84,22\pm 20,75$ puan aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4.2.2 Katılımcıların Özelliklerine Göre Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği ve Alt Boyut Puanları (n=300)

Özellikler (n)	DAMÖ ve alt boyutları				
	n=300	Kısıtlılıklar $\bar{X}\pm SD$	Yükler zorluklar $\bar{X}\pm SD$	Olumlu etkiler $\bar{X}\pm SD$	DAMÖ toplam $\bar{X}\pm SD$
Yaş ($\bar{X}=57,90\pm 12,45$)					
Ortalamanın altı	131	34,89±11,69	31,87±11,71	20,46±6,62	87,21±21,55
Ortalamanın üstü	169	33,44±12,68	28,93±10,61	19,53±6,70	81,89±19,81
U; p		10220,000*; 0,254	9415,500*; 0,026	10056,500*; 0,173	9356,500*; 0,021
Cinsiyet					
Erkek	200	33,74±12,37	29,05±11,51	20,15±6,95	82,94±21,75
Kadın	100	34,73±10,19	32,54±10,15	19,50±6,08	86,77±18,34
U;t; p		9650,000*; 0,621	8235,500*; 0,013	9580,500*; 0,553	-1,512**; 0,132
Eğitim durumu					
İlköğretim	215	33,60±11,83	30,35±11,26	20,29±6,83	84,24±20,64
Ortaöğretim	55	36,18±11,92	30,65±11,78	19,53±6,67	86,36±21,27
Üniversite ve üzeri	30	33,60±9,98	28,40±9,49	18,10±5,17	80,10±20,42
KW; p		3,248***; 0,197	1,151***; 0,562	3,005***; 0,223	1,913***; 0,384
Mesleği olma					
Ç	130	35,08±12,22	30,52±11,72	20,72±6,53	86,31±21,29
Çalışmayan	170	33,29±11,23	29,98±10,77	19,34±6,73	82,61±20,20
U; p		9798,000*; 0,093	10526,000*; 0,481	9740,000*; 0,078	9723,000*; 0,075
Sosyal güvence					
Var	281	34,10±11,76	30,00±11,28	19,71±6,59	83,81±20,80
Yok	19	33,63±10,84	33,37±9,21	23,16±7,23	90,16±19,11
U; p		2636,500*; 0,928	2139,000*; 0,147	1860,000*; 0,027	2175,000*; 0,177
BKİ					
Zayıf	23	34,65±10,76	29,30±11,75	22,43±8,22	86,39±16,95
Normal	201	33,61±12,03	29,74±11,32	19,94±6,36	83,29±21,15
Kilolu	76	35,11±11,06	31,75±10,62	19,16±6,85	86,01±20,70
KW; p		0,898***; 0,638	2,917***; 0,233	2,911***; 0,233	1,991***; 0,370
Ailede pıhtılaşma bozukluğu öyküsü					
Var	31	29,58±13,44	26,94±11,36	23,65±8,44	80,16±21,66
Yok	269	34,59±11,38	30,59±11,11	19,51±6,31	84,68±20,61
U; p		3233,500*; 0,041	3477,000*; 0,130	2964,000*; 0,008	3672,500*; 0,277
Kalp-damar hastalığına ilave hastalığı					
Var	165	34,53±11,79	30,40±11,30	19,51±6,43	84,43±20,92
Yok	135	33,51±11,57	29,99±11,06	20,45±6,93	83,96±20,56
U; t; p		10843,000*; 0,693	10982,500*; 0,836	10349,000*; 0,291	0,197**; 0,844
Pıhtı önleyici ilaca ek ilaç kullanımı					
Var	194	35,19±11,24	31,22±11,27	19,87±6,15	86,27±20,12
Yok	106	32,03±12,24	28,37±10,81	20,06±7,56	80,45±21,38
U;t; p		8854,500*; 0,047	8798,500*; 0,039	10218,500*; 0,929	2,342**; 0,020
Geçirdiği cerrahi işlem					
Koroner arter bypass cer	129	31,74±12,67	25,94±9,99	20,40±7,82	78,07±20,04
Kalp kapak cer	100	36,74±9,68	36,00±9,72	19,61±5,73	92,35±18,69
Periferik damar cer	51	31,76±11,56	26,55±10,14	20,08±6,12	78,39±19,13
Kalp ve damar cer	20	41,65±8,82	38,20±11,31	18,20±3,62	98,05±19,35
F;KW;p		23,095***; 0,000	25,473***; 0,000	1,230***; 0,746	15,100***; 0,000
Taburculuktan sonra ilk kontrol zamanı					
1 hafta sonra	150	37,27±10,30	33,97±10,24	19,69±5,68	90,93±18,00
2 hafta sonra	67	32,76±11,64	28,87±10,95	19,70±5,87	81,33±21,44
3 hafta sonra	46	30,67±12,76	25,70±11,02	20,35±7,46	76,72±21,69
4 hafta sonra	37	27,70±11,84	23,03±9,53	20,81±10,09	71,54±18,85
F;KW;p		9,774***; 0,000	15,568***; 0,000	0,106***; 0,991	13,899***; 0,000
Pıhtılaşma testi yaptırma durumu					
Evet	153	35,88±10,66	34,23±10,58	19,57±5,82	89,68±20,02
Hayır	47	32,18±12,42	26,03±10,24	20,31±7,45	78,53±19,96
U; p		9123,000*; 0,005	6354,500*; 0,000	10895,500*; 0,641	7546,500*; 0,000
Pıhtı önleyici tedavi sürecinde kanama olması					
Evet	44	38,16±9,81	35,61±10,24	18,41±4,78	92,18±17,77
Hayır	256	33,37±11,85	29,29±11,09	20,20±6,92	82,85±20,92
U;t; p		4288,000*; 0,011	3792,000*; 0,001	4843,500*; 0,137	2,791**; 0,006
Pıhtı önleyici tedavinin yararına inanma					
Evet	283	34,02±11,76	30,10±11,20	19,80±6,53	83,92±20,62
Hayır	17	34,82±10,55	32,18±10,90	22,18±8,60	89,18±22,51
U; p		2349,000*; 0,871	2078,500*; 0,346	1850,00*; 0,109	2012,000*; 0,257
Ameliyattan sonra geçen süre					
0-1 ay	96	34,22±12,61	28,79±12,28	20,69±6,79	83,70±21,77
2-3 ay	135	34,16±11,21	30,64±10,70	19,81±6,18	84,61±19,62
4-6 ay	40	34,45±11,42	31,98±10,90	21,43±7,77	87,85±20,84
7-12 ay	29	32,62±11,51	30,48±9,88	15,97±5,48	79,07±21,99
KW; p		0,169***; 0,917	2,683***; 0,443	13,160***; 0,004	1,043***; 0,374
Pıhtı önleyici tedaviye yönelik eğitim alma					
Evet	242	34,75±11,34	30,88±10,97	19,88±6,03	85,51±20,28
Hayır	58	31,24±12,72	27,43±11,70	20,14±8,93	78,81±21,86
U; p		5969,500*; 0,077	5811,000*; 0,042	6559,000*; 0,439	5692,000*; 0,025

*Mann Whitney U Testi ** Bağımsız Örneklem t-testi ***Kruskal Wallis Testi ****ANOVA testi

Katılımcıların özelliklerine göre DAMÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaşı ortalamasının altında olanlarda, pıhtı önleyici ilaca ek ilaç kullananlarda, kalp kapak cerrahisi ile kapak cerrahisi ve damar cerrahisini bir arada geçirenlerde, taburculuktan sonra ilk bir haftada kontrole gidenlerde, pıhtılaşma testi yaptıranlarda, pıhtı önleyici tedavi sürecinde kanaması olanlarda, pıhtı önleyici tedaviye ilişkin eğitim alanlarda diğerlerine göre DAMÖ puanlarının anlamlı fark oluşturacak şekilde yüksek (memnuniyetlerinin daha düşük olduğu) ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Cerrahinin türüne göre ortaya çıkan farkın kaynağı incelendiğinde genel olarak koroner arter cerrahisi ve periferik damar cerrahisi geçirenlerin antikoagülan memnuniyet puan ortalamalarının benzediği, kalp kapak cerrahisi geçirenlerle, kapak ve damar cerrahisi bir arada geçirenlerle ise anlamlı fark görüldüğü saptanmıştır. Kontrol haftalarına ilişkin farkın ilk bir haftada kontrole gelen gruptan kaynaklandığı bulunmuştur.

DAMÖ alt boyutlarında istatistiksel fark incelendiğinde ise; “Kısıtlılıklar” alt boyutunda ailede pıhtılaşma bozukluğu öyküsü olma, pıhtı önleyici ilaca ek ilaç kullanımı, geçirdiği cerrahi işlem, taburculuktan sonra ilk kontrol zamanı, pıhtılaşma testi yaptırma durumu, pıhtı önleyici tedavi sürecinde kanama olması; “Yükler ve Zorluklar” alt boyutunda yaş, cinsiyet, pıhtı önleyici ilaca ek ilaç kullanımı, geçirdiği cerrahi işlem, taburculuktan sonra ilk kontrol zamanı, pıhtılaşma testi yaptırma durumu, pıhtı önleyici tedavi sırasında kanama olması, pıhtı önleyici tedaviye yönelik eğitim alma; “Olumlu Etkiler” alt boyutunda sosyal güvence, ailede pıhtılaşma bozukluğu öyküsü, ameliyattan sonra geçen süreye göre ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmada sorguladığımız özelliklerden; eğitim durumu, mesleği olup olmama, BKİ, kalp damar hastalığına ilave hastalığının olup olmaması, pıhtı önleyici tedavinin yararına inanıp inanmaması faktörleri DAMÖ ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p\geq 0,05$).

5. TARTIŞMA

İlaç kullanımına ilişkin memnuniyet; hastanın ilacı alma sürecini, tedavi deneyimini ve ilaçla ilişkili sonuçları değerlendirmesini içerir. DAMÖ memnuniyetsizlik ve ilaca zayıf uyum nedenlerini belirlemeye yardımcı olma potansiyeline sahiptir (Wild ve ark. 2008). “Kısıtlılıklar” morarma ve kanamaların hastaların gerçekleştirdiği aktivitelere etkisine yönelik memnuniyetlerini, “Zorluklar” hasta bireyin pıhtı önleyici tedaviye yönelik sorumluluklarıyla ilgili yaşadıkları sorunların memnuniyetlerine etkisini, “Olumlu Etkiler” hasta bireyin pıhtı önleyici tedaviye yönelik bilgileri ve hissettiklerinin memnuniyete etkisini ortaya koymaktadır (Yıldırım ve Temel 2014). Tedavi amacı ile kullanılan pıhtı önleyici ilaçlar günlük yaşam aktivitelerimizin, beslenme alışkanlıklarımızın ve çalışma koşullarımızın değişmesine, bu ilaçların düzenli alınması gerekliliğine ve düzenli olarak kanama zamanı kontrollerine, kanama ya da trombüs gibi komplikasyonlara ve/veya zorluklara neden olur (Wild ve ark. 2008; Aşiret ve Özdemir 2012). Bu bölümde pıhtı önleyici tedavi alan hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine yönelik pıhtı önleyici tedaviden memnuniyet algıları tartışılmıştır.

Bu çalışmaya katılan hastaların DAMÖ ölçeği toplamında $\bar{X}=84,22\pm 20,75$, Kısıtlılıklar” alt boyutunda $\bar{X}=34,07\pm 11,68$, “Yükler ve Zorluklar” alt boyutunda $\bar{X}=30,21\pm 11,18$, “Olumlu Etkiler” alt boyutunda $\bar{X}=19,93\pm 6,67$ puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.2.1). DAMÖ ölçeği yorumlanırken puanlar düştükçe memnuniyetin arttığı yorumu yapılmaktadır. Original DAMÖ ölçeğinin ve alt boyutlarının en düşük ve en yüksek puan aralıkları dikkate alındığında bu çalışmada elde edilen sonuçların genel olarak orta düzeyde olduğu yorumu yapılabilir (Samsa ve ark. 2004). Yıldız ve Dayapoğlu'nun (2017) çalışmasında sırası ile DAMÖ, Kısıtlılıklar”, “Yükler ve Zorluklar”, “Olumlu Etkiler” puan ortalamaları $86,34\pm 20,63$, $32,44\pm 12,24$, $28,44\pm 11,48$ ve $25,44\pm 7,74$ olarak bulunmuş ve bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Uçar ve Arslan'ın (2021) hem kardiyoloji hem de kalp damar cerrahisi hastalarında gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise puan ortalamaları $61,71\pm 19,34$, $25,27\pm 10,32$, $22,01\pm 0,65$ ve $14,4\pm 6,65$ olarak bulunmuştur. Ng ve arkadaşlarının (2020) uzun dönem warfarin kullanan atrial fibrilasyonlu hastalarda gerçekleştirdikleri çalışmada puan ortalamaları $55,20\pm 21,30$, $21,60\pm 5,90$, $18,00\pm 10,00$, $15,60\pm 9,10$ iken, Mert ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise $68,98\pm 22,60$, $26,06\pm 12,60$, $22,44\pm 10,42$, $20,48\pm 6,77$ olarak belirlenmiş ve memnuniyet düzeyleri

bu çalışmadan daha yüksektir. Saptadığımız diğer çalışmalarda da antikoagülan memnuniyet oranlarının bu çalışmadan daha yüksek olduğu söylenebilir (Riva ve ark. 2019, Radaideh ve Matalqah 2018, Almeida ve ark. 2011). Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak katılımcıların hepsi ameliyat sonrası dönemde ve taburculuk sonrasında olan kalp-damar cerrahisi hastalarıdır. Literatür incelemesinde bu özelliği ile benzer başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Tüm bu DAMÖ ortalamalarını hangi faktörlerin etkilediği ve memnuniyeti artan grupların özellikleri önemlidir. Tartışmanın devamında bu faktörler incelenmiştir.

Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması $\bar{X}=57,90\pm 12,45$ 'dir ve tamamı yetişkinlerden oluşmaktadır (Tablo 4.1.1). Kardiyoloji hastalarında gerçekleştirilen diğer çalışmalarda yaş ortalamaları $59,44\pm 13,50$ (Uçar ve Arslan 2021), $59,70\pm 15,60$ (Ng ve ark. 2020), $60,40\pm 14,50$ (Radaideh ve Matalqah 2018), $61,18\pm 13,15$ (Yıldız ve Dayapoğlu 2017) bu çalışma ile benzerdir. Bu durum kalp damar cerrahisi gerçekleştirilen örneklem grubumuzun benzer çalışmaların örneklemi ile uyumlu olduğunu, antikoagülan kullanımı gerektiren rahatsızlıkların genç yetişkinliğin sonuna doğru yoğunlaştığını düşündürmüştür. Mert ve arkadaşları (2016) çalışmalarını yaşlı hastalarla gerçekleştirmeyi planladıklarından sadece 65 yaş ve üzerindeki grubu dahil ederek yaş ortalamasını $74,89\pm 6,99$ bulmuşlardır.

Bu çalışmada yaş ortalamasının altında ve üzerinde olan hastalar karşılaştırıldığında DAMÖ ve “Yükler ve Zorluklar” puan ortalamaları yaş arttıkça anlamlı şekilde düşmüş, yani yaş arttıkça memnuniyet artmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). Uçar ve Arslan'ın (2021) warfarin kullanan hastalarda gerçekleştirdikleri çalışmada DAMÖ puanında yaşlara göre fark bulunmazken, “Kısıtlılıklar” alt boyutunda 40 yaş altı ve 65 yaş üzeri arasında bu çalışmada olduğu gibi yaş arttıkça memnuniyet artarken, “Olumlu Etkiler” alt boyutunda 65 yaş ve üzeri grupta memnuniyet azalmıştır ($p<0.05$). Yıldız ve Dayapoğlu (2017)'nin çalışmasında 60 yaş ve üzeri grupta DAMÖ ortalaması $90,50\pm 20,40$ ile daha genç yaş gruplarına göre memnuniyet anlamlı şekilde daha azalmıştır. Bu farklı sonuçlar memnuniyetin doğrudan yaşla ilişkilendirilemeyeceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada DAMÖ puanında cinsiyete göre fark görülmezken “Yükler ve Zorluklar” alt boyutunda erkeklerin pıhtı önleyici tedaviden memnuniyet ortalamaları kadınlardan daha düşük bulunmuş ($p<0,05$), yani kadınların memnuniyetinin erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Uçar ve Arslan'ın (2021)

çalışmasında ise DAMÖ, “Yükler ve Zorluklar”, “Kısıtlılıklar” alt boyutlarında kadınların memnuniyeti erkeklerden daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu çalışmada bir mesleği olan ve olmayan hastalarla, sosyal güvencesi olan ve olmayan hastaların DAMÖ puanlarında “Olumlu Etkiler” alt boyutu dışında fark bulunmamıştır ($p\geq 0.05$). Sosyal güvencesi olmayanların “Olumlu etkiler” alt boyutunda memnuniyetleri sosyal güvencesi olan hastalardan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). Hastaların bir mesleğe sahip olup olmadıklarını soran iki çalışmada DAMÖ puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p\geq 0.05$) (Uçar ve Arslan 2021, Radaideh ve Matalqah 2018). Ancak Uçar ve Arslan (2021) çalışmalarında hastaların ekonomik durumlarına ilişkin algılarının “Yükler ve Zorluklar” alt boyutunda fark oluşturduğunu, ekonomik durum algıları iyileştikçe memnuniyetin arttığını bulmuştur ($p<0.05$).

Bu çalışmada ailede pıhtılaşma bozukluğu öyküsü olanların olmayanlara göre “Kısıtlılıklar” alt boyunda memnuniyetleri daha yüksek, “Olumlu Etkiler” alt boyutunda ise daha memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). Bu durum morarma ve kanama problemlerine aile öyküleri nedeni ile aşına olmalarından ve pıhtı önleyici tedaviye ilişkin geçmiş bilgi ve duygulanımlarının olmasından kaynaklanıyor olabilir. Casais ve arkadaşları (2005) kanama riski daha düşük olan hastaların (INR 2.0–3.0), daha yüksek riskli olanlardan daha fazla olumsuz algıya sahip olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar riskli bir durumla daha uzun süreli karşı karşıya kalmanın memnuniyet algısını olumlu yönde değiştirebileceğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada katılımcıların kullandıkları ilaç, doz bilgisi, kanama zamanı gibi sonuçlar veriler sadece hastalardan toplandığından unutmama, tedavinin hasta yakınının kontrolünde olması gibi nedenlerle saptanamamış ve bu durum çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur. Hastaların tamamı warfarin kullanırken bir kısmı asetil salisilik asitle değişimli ilaç kullanmıştır. Çalışma taburculuk sonrasını kapsadığından hastaların hiçbiri heparin kullanmaya devam etmemiştir. Yıldız ve Dayapoğlu'nun (2017) klinikte yatan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların kullandıkları ilaçlar % 37,5 warfarin, % 47,9 asetilsalisilikasit, % 14,6 heparindir. Bu çalışmada hastaların %64,7'sinin pıhtı önleyici ilaca ek ilaç kullandıkları saptanmışken (Tablo 4.1.2), Almeida ve arkadaşları (2011) % 98,6 oranında ek ilaç kullanımından bahsetmektedir. Bu çalışma ile Almeida ve arkadaşlarının (2011) çalışması arasında çoklu ilaç

kullanım oranlarında fark görülmesi bu çalışma da sadece cerrahi geçiren hastaların örnekleme alınması ve çoğunun hastalık sürecinin akut ortaya çıkma olasılığından kaynaklanabilir. Almeida ve arkadaşları (2011) diğer ilaçların % 45,8'inin antikoagülanların etkisini artırdığını, % 2,8'inin ise antikoagülanların etkisini azalttığını belirtmiş, Uçar ve Arslan (2021) ise hastaların % 49,0'unun warfarinin etkisini artıran ilaçları kullandığını belirtmiştir. Antikoagülanlar diğer ilaçlarla birlikte alındığında ilaç-ilaç etkileşimlerinin dikkate alınması önemlidir. Bu çalışmada pıhtı önleyici ilaca ek ilaç kullananlarda DAMÖ, "Kısıtlılıklar", Yükler ve Zorluklar" puanları ilaç kullanmayanlardan daha yüksek yani anlamlı şekilde daha memnuniyetsizdirler ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). Bu durum kullanılan ilaç miktarı arttıkça memnuniyetsizliğin arttığını, çoklu ilaç kullanımının ilaç etkileşimleri ve yan etkiler nedeni ile yaşanan olumsuzlukları da arttırdığını düşündürmüştür. Radaideh ve Matalqah (2018)'in çalışmasında da bu çalışmaya benzer sonuca ulaşılmış, kullanılan ek ilaç sayısı arttıkça hastaların memnuniyetini olumsuz etkilendiği bulunmuştur.

Bu çalışmada kalp kapak cerrahisi ve kapak ve damar cerrahisi bir arada geçiren hastalarda DAMÖ, "Kısıtlılıklar", Yükler ve Zorluklar" alt boyut puanları anlamlı şekilde daha yüksek yani hastalar daha memnuniyetsizdirler ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). Bu durum kapak cerrahisi geçirenlerde antikoagülan doz ayarlanması ve kullanım zamanının daha uzun, koagülasyon riskinin daha yüksek olması ile uyumludur (Matiasz ve Rigolin 2018). Uçar ve Arslan (2021)'in çalışmasında en sık bildirilen warfarin kullanım nedeninin mekanik kapak protezi (% 45,8) olduğu ve bu çalışma ile benzer şekilde "Yükler ve Zorluklar" alt boyutunda kapak cerrahisi geçiren hastaların atriyal fibrilasyonlu hastalara oranla memnuniyetlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.003$).

Bu çalışmada hastaların ilk kontrol zamanları incelendiğinde; yarısının taburculuktan sonra bir hafta içinde kontrole geldikleri, ilk kontrol zamanının 4 haftaya kadar uzadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Kontrol zamanı kıaldıkça DAMÖ, "Kısıtlılıklar", Yükler ve Zorluklar" alt boyutlarında ölçek puanları anlamlı şekilde daha yüksek yani daha memnuniyetsiz oldukları, bu farkın bir hafta içinde kontrole gelmesi gerekenlerden kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). İlk kontrol zamanları ilaç doz ayarlaması gerektiren hastalarda öne alınmaktadır. Kontrollerin pıhtılaşma testi yapılması amacı ile de istendiği göz önüne alındığında pıhtılaşma testi yaptıranların da bu durumla tutarlı şekilde DAMÖ, "Kısıtlılıklar", Yükler ve

Zorluklar” puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek yani daha memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2).

Bu çalışmada hastaların % 14,7’si kanama yaşadıklarını belirtmiştir (Tablo 4.1.2). Almeida ve arkadaşları (2011) hastaların % 37,5’inin kanama yaşadıklarını, bu kanamaların % 92,3’ünün hafif kanama/çürük şeklinde, % 7,7’sinin ciddi kanama olduğunu belirtmiştir. Uçar ve Arslan (2021) hastaların % 50,5’inin ilaca bağlı yan etki yaşadığı ve en sık görülen yan etkinin kanama (% 63,9) olduğunu, Mert ve arkadaşları (2016) % 30,4’ünün antikoagülan tedavisine bağlı kanama yaşadığını, hastaların % 50,0’sinin burun kanaması, % 64,6’sının tedaviye bağlı morarma problemi yaşadığını belirtmiştir. Bu çalışmada hastaların çoğunluğu antikoagülan kullanımında 3 aylık (% 77,0) bir geçmişe sahiptir (Tablo 4.1.2). Kanama yaşama oranlarının diğer çalışmalardan düşük bulunması hastaya taburculuk sonrası erken dönemde erişilmiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Kanama sorunu yaşadığını belirten hastaların DAMÖ, “Kısıtlılıklar”, Yükler ve Zorluklar” alt boyutlarında daha memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2.2). Mert ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Radaideh ve Matalqah (2018)’un çalışmasında hastaneye yatmayı gerektiren kanama geçmişinin daha düşük memnuniyet ile ilişkili olduğunu sonucuna ulaşılmıştır. Herhangi bir minör kanaması olanlarda DAMÖ ortalaması 60.8 ± 19.1 ve anlamlılık yokken, majör kanama öyküsü olan olanlarda DAMÖ ortalaması 68.2 ± 18.4 majör kanama yaşamayanlarda memnuniyet anlamlı şekilde düşmüştür ($p<0.01$) (Radaideh ve Matalqah 2018). Antikoagülan kullanımı sırasında kanama öyküsünün olması ve kanamanın ciddiyeti memnuniyeti olumsuz etkilemiştir.

Bu çalışmada ameliyattan sonra bir yıla kadar sürede kontrole gelen hastalarla çalışılmıştır (Tablo 4.1.2). Bu çalışmada sadece “ Olumlu Etkiler” alt boyutunda anlamlı fark bulunsa da ($p<0.05$), DAMÖ ve diğer alt boyut değerlerinde de ameliyattan sonra geçen süre arttıkça memnuniyetin arttığı söylenebilir (Tablo 4.2.2). Kardiyoloji hastalarını kapsayan çalışmalarda sürenin 8-10 yıl gibi çok daha uzun aralıklara yayıldığı görülmüştür (Uçar ve Arslan 2021, Almeida ve ark. 2011, Casais 2005). Casais (2005)’e göre, antikoagülan tedavinin başlangıcından itibaren 1 yıldan daha az süre ile ilaç kullanan hastalarda tedaviye ilişkin olumsuz algılar daha fazladır. Tedavi yılı arttıkça 1 ile 8 yıl ve 8 yıldan fazla tedavi gören hastalar, tedaviye yönelik giderek daha olumlu bir algı sergilemektedir (Casais 2005). Uçar ve Arslan’ın (2021)

çalışmasında ise 10 yıl ve üzerinde warfarin kullanan hastalarda kullanım süreleri uzadıkça memnuniyet düşmüş, “Olumlu etkiler” alt boyutunda artmıştır. Radaideh ve Matalqah (2018)’ın çalışmalarında atrial fibrilasyonlu hasta grubunda warfarin kullanım süreleri (2 yıla kadar, 2-5 yıl, 5 yılın üzeri) memnuniyette anlamlı fark oluşturmamıştır ($p \geq 0.05$).

Bu çalışmada hastaların % 80,7’si antikoagülan kullanımına özgün eğitim aldığını ve bu eğitimi % 62,0 oranında hemşirenin verdiğini belirtmiştir (Tablo 4.2.1). Mert ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada hastaların % 36,7’sinin oral antikoagülan kullanımına ilişkin eğitim aldığı, %51,7’sinin verilen eğitimi yeterli bulduğu ve % 86,2’sinin eğitimi hekimden aldığı saptanmıştır. Bu durumda hemşirenin eğitici rolünü yerine getirdiği ortamlarda eğitim oranlarının yükseldiğinin söylenmesi hata olmaz. Pıhtı önleyici tedaviye ilişkin eğitim alanların DAMÖ, “Kısıtlılıklar”, Yükler ve Zorluklar” puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksek yani memnuniyetleri daha düşüktür ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.2). Mert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise pıhtı önleyici tedavi kullanımına bağlı eğitim alma durumu memnuniyeti etkilemezken, “aldıkları eğitimi yeterli bulanların” DAMÖ, “Kısıtlılıklar”, “Yükler ve Zorluklar” puanlarının daha düşük olduğu dolayısıyla memnuniyetlerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu farklılıklar verilen eğitimin niteliğinin eğitim yöntem ve tekniklerinin incelenmesi gerektirdiğini düşündürmektedir. Eğitimle oluşturulan farkındalığın hastaları memnun olup olmadıklarını sorgular hale getirebileceği de unutulmamalıdır.

Bu çalışmada hastaların eğitim düzeylerine, kilosuna, kalp damar hastalığına ilave hastalıklarının olup olmamasına, pıhtı önleyici tedavinin yararına inanıp inanmama durumlarına göre DAMÖ ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p \geq 0,05$) (Tablo 4.2.2). Radaideh ve Matalqah (2018)’ın çalışmasında da eğitim durumu, CHADS2 skoru ile (yaş ≥ 75 , hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp yetmezliği ve önceki inme öyküsü ile hesaplanan inme riski değerlendirmesinin) ve ayrıca değerlendirilen diyabet, konjestif kalp hastalıkları, kapak replasmanı, önceki inme öyküsü olup olmama durumlarına göre hastaların memnuniyetinde anlamlı fark görülmemiştir ($p \geq 0.05$).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kalp damar cerrahisi hastalarının pıhtı önleyici tedaviden memnuniyetlerini belirlemek için gerçekleştirilen çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Bu çalışmaya katılan 300 hastanın yaş ortalamaları $57,90 \pm 12,45$ olup çoğunluğu erkektir.
- Katılımcılardan % 71,6'sı ilköğretim (I. ve II. kademe) mezunu, % 56,7'si emekli ve/veya çalışmamakta ve % 6,3'nün sosyal güvencesi yoktur.
- Pıhtı önleyici tedavi alan hastaların %10,3'ünün ailelerin de kanama/pıhtılaşma bozukluğu olduğu, % 55,0'inin ek başka hastalığı / hastalıkları olduğu ve % 64,7'sinin pıhtı önleyici ilaca ek bir ilaç kullandığı saptanmıştır.
- Araştırmamıza dahil olan hastaların % 43,0'ü koroner arter bypass greft cerrahisi, % 33,3'ü kalp kapak cerrahisi geçirmiştir.
- Taburculuk sonrası ortalama kontrol zamanları $11,90 \pm 9,06$ 'tir ve yarısının kanama zamanları kontrol edilmiştir.
- Hastalar ameliyattan sonra bir yıl içinde çalışmaya gönüllü olmuşlar, % 80,7'si pıhtı önleyici tedaviye ilişkin eğitim aldığını ve çoğunluğu bu eğitimi hemşireden aldığını belirtmiştir.
- Katılımcıların DAMÖ ortalaması $84,22 \pm 20,75$ ve alt boyut ortalamaları; "Kısıtlılıklar" $\bar{X}=34,07 \pm 11,68$, "Yükler ve Zorluklar" $\bar{X}=30,21 \pm 11,18$, "Olumlu Etkiler" $\bar{X}=19,93 \pm 6,67$ 'dir.
- Katılımcıların özelliklerine göre DAMÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınlarda, yaşı ortalamasının altında olanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, pıhtı önleyici ilaca ek ilaç kullananlarda, 'kalp kapak cerrahisi ile' 'kapak cerrahisi ve damar cerrahisini bir arada geçirenlerde', taburculuktan sonra ilk bir haftada kontrole gidenlerde, pıhtılaşma testi yaptırılmalarda, pıhtı önleyici tedavi sürecinde kanaması olanlarda, pıhtı önleyici tedaviye ilişkin eğitim alanlarda diğerlerine göre DAMÖ puanlarının anlamlı fark oluşturacak şekilde yüksek (yani memnuniyetlerinin daha düşük olduğu) ortaya çıkmıştır ($p < 0,05$).
- DAMÖ alt boyutlarında istatistiksel fark incelendiğinde ise "Kısıtlılıklar" alt boyutunda; ailede pıhtılaşma bozukluğu öyküsü olma, pıhtı önleyici ilaca ek

ilaç kullanımı, geçirdiği cerrahi işlem, taburculuktan sonra ilk kontrol zamanı, pıhtılaşma testi yaptırma durumu, pıhtı önleyici tedavi sürecinde kanama olması,

- “Yükler ve Zorluklar” alt boyutunda; yaş, cinsiyet, pıhtı önleyici ilaca ek ilaç kullanımı, geçirdiği cerrahi işlem, taburculuktan sonra ilk kontrol zamanı, pıhtılaşma testi yaptırma durumu, pıhtı önleyici tedavi sırasında kanama olması, pıhtı önleyici tedaviye yönelik eğitim alma,
- “Olumlu Etkiler” alt boyutunda; sosyal güvence, ailede pıhtılaşma bozukluğu öyküsü, ameliyattan sonra geçen süreye göre ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Araştırmada sorguladığımız özelliklerden; eğitim durumu, mesleği olup olmama, BKİ, kalp damar hastalığına ilave hastalığının olup olmaması, pıhtı önleyici tedavinin yararına inanıp inanmama değişkenlerine göre DAMÖ ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p\geq 0,05$).

6.2. Öneriler

Bu çalışma sonucunda;

- Pıhtı önleyici tedavi kullanan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi hastalarda olası komplikasyonların varlığı, kanama zamanı takiplerinin yapılması gibi memnuniyeti etkileyen tedavi ve bakım uygulamalarına ağırlık verilmesi ve farkındalığı artıracaktır. Yalnızca memnuniyeti etkileyen olumsuz sonuçlara odaklanılmamalı, olumlu faktörlerinde güçlendirilmesine olanak sağlanmalıdır.
- DAMÖ kullanımı ile hastaların memnuniyetleri tedavi sürecinde standart bir şekilde ve tekrarlı olarak karşılaştırılabilir ve iyileştirilebilir. Tedaviden memnuniyetsizlik ile ilişkilendirilen kötü klinik sonuçlar ve/veya olumsuz etkileyen faktörler için yönetsel ve bireysel hasta bakımına özgün müdahaleler tasarlanabilir.
- Hasta memnuniyetini artırma çabası tedavi ve bakımın kalitesinin yükselmesine, hasta eğitimlerinin nitelik, yöntem ve teknik olarak iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. Hastalara verilen eğitimlerin özellikleri, uygunluğu, tekniği ve içeriği nitelik ve nicelik bakımından değerlendirilmesi önerilir.

- Antikoagölan kullanımıyla ilgili memnuniyetsizlik hastanın azalmış uyumuna, tedaviyi bırakmalarına yol açabilir. Çoklu ilaç kullanımı, gerçekleştirilen işlemler, kontrol zamanları ve yapılmak zorunda olunan tetkikler, ortaya çıkan yan etkiler, tedaviye ilişkin eğitim verilmesi gibi bu çalışmada da önemi ortaya çıkan konularda ve hastaların yaşadıkları diğer zorluklar, sorunlar konusunda müdahale ya da çalışmaları planlanabilir. Antikoagölan memnuniyeti ile yaşam kalitesi, tedaviye uyumun geliştirilmesi, destekleyici bakım gibi konuların birlikte değerlendirilmesi de önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Türkmen E. Kronik hastalıklar ve önemi. Kronik hastalıklar ve bakım. Eds: Durna Z. Nobel Tıp Kitabevleri, 2012, İstanbul, s:37-49.
- Chen S, Kuhn M, Prettner K, Bloom DE. The macroeconomic burden of noncommunicable diseases in the United States: Estimates and projections. PLoS ONE 2018; 13(11): e0206702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206702> Editor: Muhamma.
- Philip PM, Kannan S, Parambil NA. Community-based interventions for health promotion and disease prevention in noncommunicable diseases: A narrative review. J Educ Health Promot. 2018; 7: 141. doi: 10.4103/jehp.jehp_145_18.
- Akpınar NB, Ceran MA. Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019; 3(2): 140-152.
- World Health Organization (WHO), Noncommunicable diseases country profiles, 2018. file:///C:/Users/acer/Desktop/9789241514620-eng.pdf (ET: 20.11.2020).
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2018. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626> (20 Kasım 2020).
- Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2020, 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı Ve Özürlüler Daire Başkanlığı, Ankara. Türkiye.
- Kayaalp SO. Antitrombotik ilaçlar. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji, 2002, 10. Baskı, Ankara, s: 583-614.
- Gürsoy A ve Çilingir D. Cerrahi hastaları için sessiz tehlike: derin ven trombozu risk azaltıcı hemşirelik bakımı. ACU Sağlık Bil Derg 2018; 9(3):213-219. <https://doi.org/10.31067/0.2018.34>.
- Gibbon JH Jr. The development of the heart-lung apparatus. Am J Surg. 1978; 35: 608-19. doi: 10.1016/0002-9610(78)90119-8.
- McLean J. The discovery of heparin. Circulation 1959; 19: 75-8. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.19.1.75>
- Demir M, Erdemli B, Kurtoğlu M, Öngen G. Cerrahi Hastalarında Venöz tromboembolizm ve tromboflaksi. Ulusal venöz tromboembolizm profilaksi ve tedavi kılavuzu 2010; S.41-42, İstanbul.
- Karadağ B, İkitimur B ve Öngen Z. Yeni oral antikoagülan ve antiagregan ilaçları kullanan hastalarda perioperatif yaklaşım. Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol 2012; 40(6): 548-551. doi: 10.5543/tkda.2012.44977.
- Ordu Y ve Şahin AO. Subkutan heparin uygulamalarında karın ve kol bölgesinde ağrı, hematoma ve ekimoz farklılıklarının değerlendirilmesi. Eurasian JHS 2020; 3(2):77-89. ISSN 2651-3501.
- Whitlock RP, Sun JC, Fremes SE, Rubens FD, Teoh KH. Antithrombotic and thrombolytic therapy for valvular disease: Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2012; 141(2): 576-600. <https://emedicine.medscape.com/article/285265-overview> (26 Haziran 2020). doi: 10.1378/chest.11-2305.
- Williams B, Wehman B, Mazzeffi MA, Odonkor P, Harris RL et al. Acute intracardiac thrombosis and pulmonary thromboembolism after cardiopulmonary bypass. Anesthesia & Analgesia, 2018; 126(2): 425-434. doi:10.1213/ane.0000000000002259.
- Sutzko DC, Georgoff PE, Obi AT, Healy MA & Osborne NH. The association of venous thromboembolism chemoprophylaxis timing on venous thromboembolism after major vascular surgery. Journal of Vascular Surgery 2018; 67(1): 262-271.e1. doi:10.1016/j.jvs.2017.06.087.
- Niebauer J. Is there a role for cardiac rehabilitation after coronary artery bypass grafting? treatment after coronary artery bypass surgery remains incomplete without rehabilitation. Circulation, 2016; 133: 2529-37. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021348.
- Matiasz R, Rigolin VH. 2017 focused update for management of patients with valvular heart disease: summary of new recommendations. Journal of the American Heart Association 2018; 7(1). doi: 10.1161/JAHA.117.007596.

- Kulik A, Ruel M, Jneid H, Ferguson TB, Hiratzka LF et al. Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2015; 131: 927–64. doi: 10.1161/CIR.000000000000182. Epub 2015 Feb 9.
- Bobadilla RV. Duration of dual antiplatelet therapy in the post–acute coronary syndrome patient. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2018; 33(3): 248–254. doi:10.1097/jcn.0000000000000452.
- Stephens RS, Whitman GJ. Postoperative critical care of the adult cardiac surgical patient. part 1: routine postoperative care. *Crit Care Med* 2015; 43: 1477-97. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2015/05/18/09/58/anticoagulation-for-valvular-heart-disease>. doi: 10.1097/CCM.0000000000001059. Erişim Tarihi: 26.06.2020.
- Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd et al. 2017 AHA/ACC focused update of the 2014 aha/acc guideline for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2017; 70(2): 252-289. doi: 10.1016/j.jacc.2017.03.011.
- Özdemir Z, Çelik SŞ. Kalp kapak hastalıkları cerrahisi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics* 2018; 4(1): 26-34.
- Monaco M, Di Tommaso L, Pinna GB, Lillo S, Schiavone V et al. Combination therapy with warfarin plus clopidogrel improves outcomes in femoropopliteal bypass surgery patients. *Journal of Vascular Surgery* 2012; 56(1): 96-105. doi: 10.1016 / j.jvs.2012.01.004.
- Naylor AR. Medical treatment strategies to reduce perioperative morbidity and mortality after carotid surgery. *Semin Vasc Surg* 2017; 30(1):17-24. doi:10.1053/j.semvascsurg.2017.04.006.
- Veziroğlu Ö, Tekin EE. Comparison of preoperative single and dual antiplatelet therapy in bleeding after carotid endarterectomy. *Koşuyolu Heart J* 2019; 22(3): 205-209. doi: 10.5578/khj.68703.
- Uzun Ş, Arslan F. Warfarin kullanan bireylerin eğitiminde hemşirenin rolü. *Aylık Bilimsel Dergiler Grubu-Kardiyoloji*, 2007; 5(13): 352-354.
- Demir M, Tekgündüz E. Antitrombotik ve antikoagülan kullanım ilkeleri. *Trakya Univ Tıp Fak Derg.* 2010; 27(1): 69-73.
- Neiheisel MB, Wheeler KJ, Robert ME. Medication adherence part one: understanding and assessing the problem. *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, 2014; 26: 49- 55. doi: 10.1002/2327-6924.12099.
- Gee E. Principles and nursing management of anticoagulation. *Nursing Standard* 2018; 32(23): 50–63. doi: 10.7748/ns.2018.e11060.
- Chauhan I, Yasir M, Kumari M, Verma M. The pursuit of rational drug use: understanding factors and interventions. *Pharmaspire* 2018; 10(2): 48-54.
- Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, Kılıç FS, Metintaş S. Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2018; 3(3):37-46.
- Aşiret GD, Özdemir L. Antikoagülan ilaçların güvenli kullanımında hemşirenin sorumlulukları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2012; 58-68.
- Köksal AT, Avcı G. Oral antikoagülan ilaç kullanan hastalar antikoagülan tedavi ile ilgili ne biliyor ve ne yapıyor?: bir kardiyoloji servisindeki hastaların değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 4(3): 137-142. doi:10.5505/bsbd.2015.61587.
- Schmerge M, Earl S, Kline C. Management of venous thromboembolism with non–vitamin K oral anticoagulants: a review for nurse practitioners and pharmacists. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2018; 30(4): 185-192. doi: 10.1097/JXX.0000000000000043.
- Wolf ZR, Hughes RG. Best practices to decrease infusion-associated medication errors. *Journal of Infusion Nursing* 2019, 42(4), 183–192. doi:10.1097/nan.0000000000000329.
- Sivrikaya SK ve Kara AŞ. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2019(8):1. ISSN: 2146-9601.
- Yıldız FT ve Yıldız İ. Hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *TFSD* 2020; 1(1): 29-41. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tfsd>. ISSN: 2717-7173.

- Korkmaz O. Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. DEÜSBED 2012; 14(4): 91-112. ISSN: 1302-3284 E-ISSN: 1308-0911.
- Rızalar S, Büyük ET, Şahin R, As T, Uzunkaya G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. DEUHFED 2016, 9(1), 9-15.
- Amanyan S, Ghobadi A and Vaismoradi M. Cold application on bruising at the subcutaneous heparin injection site: a systematic review and meta-analysis. SAGE Open Nursing 2020; 6: 1-10. doi: 10.1177/2377960820901370.
- Berra K, Fletcher B.J and Handberg, E. Antiplatelet therapy in acute coronary syndromes. The Journal of Cardiovascular Nursing 2011; 26(3): 239–249. doi:10.1097/jcn.0b013e3181f1e3bd.
- Erdem R, Avcı L, Köseoğlu S, Kesici T, Üzel S ve ark. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008; 31: 95-110.
- Liberato ACS, Rodrigues RCM, São-João TM, Alexandre NMC & Gallani MCBJ. Satisfaction with medication in coronary disease treatment: psychometrics of the treatment satisfaction questionnaire for medication. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016; 24: 2705. doi: 10.1590/1518-8345.0745.2705.
- Gastelurrutia P, Benrimoj SI, Espejo J, Tuneu L, Manges MA et al. Negative clinical outcomes associated with drug-related problems in heart failure (HF) outpatients: impact of a pharmacist in a multidisciplinary HF clinic. Journal of cardiac failure. 2011; 17(3):217–23. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.10.009> PMID: 21362530.
- Bitton A, Choudhry NK, Matlin OS, Swanton K, Shrank WH. The impact of medication adherence on coronary artery disease costs and outcomes: a systematic review. Am J Med. 2013;126(4): 357.e7-e27. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.09.004.
- Mert H, Küçükçüçlü Ö, Sezgin D, Barutçu CD, Yardımcı T ve ark. Yaşlı hastaların oral antikoagülan kullanım memnuniyet durumlarının incelenmesi. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics, 2016; 2(1).
- Contreras Muruaga MDM, Vivancos J, Reig G, González A, Cardona P et al. Satisfaction, quality of life and perception of patients regarding burdens and benefits of vitamin K antagonists compared with direct oral anticoagulants in patients with nonvalvular atrial fibrillation. Journal of Comparative Effectiveness Research 2017; 6(4): 303–312. doi:10.2217/ce-2016-0078.
- Fernández CS, Castilla-Guerra L, Cantero Hinojosa J, Suriñach JM, Acosta de Bilbao F et al. Satisfaction with oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. Patient Prefer Adherence. 2018; 12: 267–274. doi: 10.2147/PPA.S152109.
- Holman H & Lorig KR. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. Public Health Reports 2004;119(3), 239–243. doi: 10.1016/j.phr.2004.04.002.
- Rochfort A, Beirne S, Doran G, Patton P, Gensichen J et al. Does patient self-management education of primary care professionals improve patient outcomes: a systematic review. BMC Family Practice 2018; 19(1). doi:10.1186/s12875-018-0847-x.
- Korkmaz FD. Yapısal enfeksiyöz ve inflamatuvar kalp hastalıkları. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Editörler: Karadakovan A, Eti Aslan F. Nobel Kitabevi. 2011, 2. Baskı, Adana, s: 465-518.
- Karahan A. Kalp damar cerrahisi ve hemşirelik bakımı. Cerrahi hastalıkları hemşireliği akıl notları. Editör: Elbaş N. Güneş Tıp Kitabevleri. 2016, 1. Baskı, Ankara, s: 45-49.
- Griffin BP, Topol EJ. Kardiyovasküler hastalıklar el kitabı. Editörler: Yavuz B, Aytemir K. Güneş Tıp Kitabevleri.2007, 2. Baskı, Ankara, s: 308-326.
- Spadoti Dantas RA, Aparecida Ciol M. Quality of life after coronary artery bypass surgery. West J Nurs Res. 2008; 30: 477-90. doi: 10.1177/0193945907303140. Epub 2007 Jul 18.
- Korkmaz FD, Alcan AO, Aslan FE, Çakmakçı H. Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Turk Gogus Kalp Dama. 2015; 23(2): 285-294. doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2015.9343.
- Melly L, Torregrossa G, Lee T, Jansens JL, Puskas JD. Fifty years of coronary artery bypass grafting. Journal of Thorac Disease, 2018; 10(3): 1960–1967. doi: 10.21037/jtd.2018.02.43.

- Lafçı G, Çağlı K, Özcan F. Koroner arter baypas greft cerrahisi: güncelleme. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2014; 22(1): 211-215. doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2014.7419.
- Mavili İ, Şahutoğlu C, Pestilci Z, Kocabaş S, Aşkar Z. Koroner arter baypas greftleme cerrahisi sonrası erken dönemde gelişen komplikasyonlar ve ilişkili etiyolojik faktörler. *GKDA* 2016; 22(1):16-23. doi:10.5222/GKDAD.2016.016.
- Motwani JG, Topol EJ. Aortocoronary saphenous vein graft disease: pathogenesis, predisposition, and prevention. *Circulation* 1998; 97: 916-31. doi: 10.1161/01.cir.97.9.916.
- Gurevitch J, Gaspar T, Orlov B. Noninvasive evaluation of arterial grafts with newly released multidetector computed tomography. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: 1523-7. doi: 10.1016/s0003-4975(03)00955-x.
- Dursun M, Şanlı Ş. Koroner baypas greftlerin değerlendirilmesi. *Türk Radyoloji Seminerleri* 2013; 1: 83-92. doi:10.5152/trs.2013.009.
- Goldman S, Copeland J, Moritz T, Henderson W, Zadina K et al. Saphenous vein graft patency 1 year after coronary artery bypass surgery and effects of antiplatelet therapy. Results of a Veterans Administration Cooperative Study. *Circulation* 1989; 80: 1190-7. doi: 10.1161/01.cir.80.5.1190.
- Mujanovic E, Nurkic M, Caluk J, Terzic I, Kabil E et al. The effect of combined clopidogrel and aspirin therapy after off-pump coronary surgery: a pilot study. *Innovations (Phila)*, 2009; 4:265-8.
- Zhao Q, Zhu Y, Xu Z, Cheng Z, Mei J et al. Effect of ticagrelor plus aspirin, ticagrelor alone, or aspirin alone on saphenous vein graft patency 1 year after coronary artery bypass grafting: a randomized clinical trial. *JAMA* 2018; 319: 1677-86. doi:10.1001/jama.2018.3197.
- Hesterberg K, Rawal A, Khan S, Rashid A, Jones D et al. A meta-analysis comparing aspirin alone versus dual antiplatelet therapy for the prevention of venous graft failure following coronary artery bypass surgery. *Cardiovasc Revasc Med* 2020; 21(6): 792-796. <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2019.10.022>.
- İnan B, Teker ME, Ay Y, Aydın C, Başel H et al. Popliteal arter anevrizmalarında cerrahi tecrübelerimiz. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2013; 29(2): 89-93. doi:10.5222/otd.2013.089.
- Bulut Ö, Demirağ MK. Abdominal aort anevrizmalarının endovasküler ve açık cerrahi tamiri sonrası kısa ve orta dönem yaşam kalitesi ve sonuçları. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2013; 21(3): 639-645. doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.7581.
- Yavuz Ş, Özbudak E, Gümüştaş S, Kanko M, Çiftçi E ve ark. Abdominal aort anevrizmalarında endovasküler stent greft uygulamaları: orta ve uzun dönem sonuçlar. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2013; 21(2): 333-340. doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.7027.
- Ramanan B, Gupta PK, Sundaram A, Lynch TG, MacTaggart et al. In-hospital and postdischarge venous thromboembolism after vascular surgery. *Clinical Reserch Sudy From The Midwestern Vascular Surcical Society* 2013; 57(6): 1589-1596. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2012.11.073>.
- Aamer AB, Andreas K, Marcus L, David F. European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis cardiovascular and thoracic surgery. *European Journal of Anaesthesiology* 2018; 35(2): 84-89. doi: 10.1097/EJA.0000000000000708.
- Conte SM, Vale PR. Peripheral arterial disease. *Heart, Lung and Circulation* 2017; 27(4): 427-432. doi:10.1016/j.hlc.2017.10.014 <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2017.10.014>.
- Yip HK, Sung PH, Wu CJ, Yu CM. Carotid stenting and endarterectomy. *International Journal of Cardiology* 2016; 214: 166-174. doi:10.1016/j.ijcard.2016.03.172.
- Rich K, Treat-Jacobson D, DeVeaux T, Fitzgerald K, Kirk L, et al. Society for vascular nursing—carotid endarterectomy (CEA) updated nursing clinical practice guideline. *Journal of Vascular Nursing* 2017; 35(2): 90-111. doi:10.1016/j.jvn.2017.03.004.
- Lyaker MR, Tulman DB, Dimitrova GT, Pin RH, and Papadimos TJ. Arterial embolism. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2013; 3(1): 77-87. doi: 10.4103/2229-5151.109429.
- Arseven O, Ekim N, Müsellim B, Oğuzülgen İK, Okumuş NG ve ark. Türk toraks derneği (TTD) pulmoner tromboembolizm tanı ve tedavi uzlaşısı raporu 2015; İstanbul. <https://toraks.org.tr/site/community/downloads/1887>. 28 Haziran 2020.

- Chernysh IN, Nagaswami C, Kosolapova S, Peshkova AD, Cuker A et al. The distinctive structure and composition of arterial and venous thrombi and pulmonary emboli. *Scientific Reports* 2020; 10:5112. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-59526-x>. Erişim tarihi: 29,06,2020.
- http://www.ivek.org.tr/çalışmalar/pıhtılaşma_mekanizmasına_etki_eden_ilaçlar. Erişim tarihi: 26 Haziran 2020.
- Ferreira Silva MV, SantAna Dusse LM, Vieira LM, Carvalho MG. Platelet antiaggregants in primary and secondary prevention of atherothrombotic events. *Arq Bras Cardiol* 2013;100(6):78-84. doi: 10.5935/abc.20130122.
- Lip DY, Lane DA. Stroke prevention with oral anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation, focus on the elderly. *Circ J* 2013; 77(6): 1380–8. doi: 10.1253/circj.cj-13-0465. Epub 2013 May 9.
- Oprea AD and Popescu WM. Perioperative management of antiplatelet therapy. *British Journal of Anaesthesia(BJA)* 2013; 11(1): i3–i17, <https://doi.org/10.1093/bja/aet402>.
- Kozioł K, Van der Merwe V, Yakiwchuk E, Kosar L. Dual antiplatelet therapy for secondary stroke prevention. *Canadian Family Physician* 2016; 62 (8) 640-645. PMID:27521393 PMCID: PMC4982726.
- Levine GN, Bates ER, Bittl JA, Brindis RG, Fihn SD et al. 2016 ACC/AHA guideline focused update on duration of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease. *Circulation* 2016; 134(10): e123-e155. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000404>.
- Chiong JR, Cheung RJ. Long-Term Anticoagulation in the Extreme Elderly with the Newer Antithrombotics: Safe or Sorry? *Korean Circ J* 2013; 43(5):287-92. doi: 10.4070/kcj.2013.43.5.287.
- Damluji AA, Ramireddy A, Otalvaro L, Forman DE. Secondary cardiovascular prevention in older adults: an evidence based review. *J Geriatr Cardiol* 2015; 12: 459–464. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2015.05.019.
- Mizia-Stec K, Haberka M, Mizia M, Lasota B, Kunecki M, Gieszczyk K. et al. Effects of pantoprazole on dual antiplatelet therapy in stable angina pectoris patients after percutaneous coronary intervention. *Pharmacological Reports* 2012; 64(2): 360-8. doi: 10.1016/s1734-1140(12)70776-4.
- Tülüce D ve Bostanoğlu H. Pıhtı önleyici tedavi: hemşirelik yaklaşımları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19(4): 283-291.
- Steinhuβl SR, Berger PB, Mann JT, Fry ET, DeLago A, Wilmer C, Topol EJ. Early and sustained dual oral antiplatelet therapy following percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(19):2411-20. doi:10.1001/jama.288.19.2411.
- Mirhosseini SJ, Forouzannia SK, Pour Manshadi S, MYM, Ali-Hasan-Al-Saegh S, Naderi N, Sanatkar M. Comparison of aspirin plus heparin with heparin alone on asymptomatic perioperative deep vein thrombosis in candidates for elective off-pump coronary artery bypass graft: a randomized clinical trial. *Cardiology Journal* 2013; 20(2): 139–143. doi: 10.5603/CJ.2013.0026.
- Şendir M. Antikoagulan tedavi uygulanan nöroşirürji hastalarında bakım. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2008; 16(62):129-35. ISSN 1304-4869.
- Wahlqvist ML, Tanaka K, Tzeng BH. Clinical decision-making for vitamin k-1 and k-2 deficiency and coronary artery calcification with warfarin therapy: are diet, factor xa inhibitors or both the answer? *Asia Pac J Clin Nutr* 2013; 22 (3): 492-6. PMID: 24066371.
- Holbrook A, Schulman S, Witt DM, Vandvik PO, Fish J, Kovacs MJ, Svensson PJ, Veenstra DL, Crowther M, and Guyatt GH. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: american college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2012; 141(2): e152S–e184S. doi:10.1378/chest.11-2295.
- Biskupiak J, Ghate SR, Jiao T, Brixner D. Cost implications of formulary decisions on oral anticoagulants in nonvalvular atrial fibrillation. *J Manag Care Pharm* 2013; 19(9): 789-98. doi: 10.18553/jmcp.2013.19.9.789.3.
- Kepez A, Erdoğan O. Anticoagulation for nonvalvular atrial fibrillation: new anticoagulant agents. *Anadolu Kardiyol Derg* 2013; 13(4): 379-84.

- Maina MW, Pastakia SD, Manji L, Kirui N, Kirwa C, Karwa R. Describing the profile of patients on concurrent rifampin and warfarin therapy in western kenya: a case series. *Drugs R D* 2013; doi: 10.1007/s40268-013-0023-7.
- Acar A, Hasbahçeci M, Başak F, Canbak T, Çalışkan M, Alimoğlu O. Warfarin doz aşımına bağlı oluşan kanamalar. *Dicle Tıp Dergisi* 2012; 39(2):223-6. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2012.02.0131.
- Snipelisky D and Kusumoto F. Current strategies to minimize the bleeding risk of warfarin. *J Blood Med* 2013; 4: 89–99. doi: 10.2147/JBM.S41404.
- Makris M, van Veen JJ, Maclean R. Warfarin anticoagulation reversal: management of the asymptomatic and bleeding patient. *J Thromb Thrombolysis* 2010; 29(2):171-81. doi: 10.1007/s11239-009-0412-5.
- Hylek EM, Evans-Molina C, Shea C, Henault LE, Regan S. Major hemorrhage and tolerability of warfarin in the first year of therapy among elderly patients with atrial fibrillation. *Circulation* 2007; 115: 2689–2696. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.653048. Epub 2007 May 21.
- Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD, Schünemann HJ. American college of chest physicians antithrombotic therapy and prevention of thrombosis panel. Executive summary: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: american college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2012; 141(2):7S-47S. doi: 10.1378/chest.1412S3.
- Qui JX, Zhou ZW, He ZX, Zhang X, Zhou SF, Zhu S. Estimation of the binding modes with important human cytochrome p450 enzymes, drug interaction potential, pharmacokinetics, and hepatotoxicity of ginger components using molecular docking, computational, and pharmacokinetic modeling studies. *Drug Des Devel Ther.* 2015; 16(9): 841-66. doi: 10.2147/DDDT.S74669.
- Sağ C, Cansel M. ve Küçük T. Gebelik ve warfarin kullanımı. *MN Kardiyoloji* 2006; 13(6): 377-80. ISSN: 1300-4778.
- Njovane XW, Fasınu PSS, Rosenkranz B. Comparative evaluation of warfarin utilisation in two primary healthcare clinics in the cape town area. *Cardiovasc J Afr* 2013; 24(2): 19–2. doi: 10.5830/cvja-2012-072.
- Cutilli, CC. Excellence in patient education. *Nursing Clinics of North America* 2020; 55(2): 267–282. doi:10.1016/j.cnur.2020.02.007.
- Çiftçi B ve Avşar G. Subkütan heparin uygulamalarında bölge seçimi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2017(4):192-197.
- Turan N, Aydın GÖ, Kaya N. Subkütan enjeksiyon uygulamasında güncel yaklaşımlar. *HSP* 2019; 6(2): 406-11. doi: 10.17681/hsp.449018.
- Ferguson C, Inglis SC, Newton PJ, Middleton S, Macdonald PS, & Davidson PM. Education and practice gaps on atrial fibrillation and anticoagulation: a survey of cardiovascular nurses. *BMC Medical Education* 2016; 16(1). doi:10.1186/s12909-015-0504-1.
- Mazor KM, Baril J, Dugan E, Spencer F, Burgwinkle P & Gurwitz JH. Patient education about anticoagulant medication: is narrative evidence or statistical evidence more effective? *Patient Education & Counseling* 2007; 69: 145–157. doi: 10.1016/j.pec.2007.08.010. Epub 2007 Oct 17.
- Kramps M, Flanagan A & Smaldone A. The use of vitamin K supplementation to achieve INR stability: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2013; 25: 535–544. doi: 10.1111/1745-7599.12022. Epub 2013 Mar 11.
- Richards T. Experts urge commissioners to invest in self management courses for patients with chronic disease. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 2012; 345: e7857. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7857>.
- Shaha M, Wuthrich E, Papalini M & Herr- € mann L. Systematic education in dealing with anticoagulants. *Krankenpflege. Soins Infirmiers* 2012; 105: 32–33. PMID: 22891427.
- Ewen S, Rettig-Ewen V, Mahfoud F, Bohm M & Laufs U. Drug adherence in patients taking oral anticoagulation therapy. *Clinical Research in Cardiology* 2014; 103(3): 173–182. doi: 10.1007/s00392-013-0616-8.
- Pezzotti W, Freuler M. Using anticoagulants to steer clear of clots. *Nursing* 2012; 42(2): 26–34. doi:10.1097/01.nurse.0000410303.18542.9e.

- Payne RA, Abel GA, Guthrie B & Mercer SW. The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal CMAJ* 2013; 185: E221–E228. doi: 10.1503/cmaj.121349.
- Ryan F, Byrne S & O'Shea S. Managing oral anticoagulation therapy: improving clinical outcomes. A review. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics* 2008; 33: 581–90. doi: 10.1111/j.1365-2710.2008.00959.x.
- Riva N, Xuereb CB, Ageno W, Makris M and Gatt A. Validation and psychometric properties of the Maltese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS). *Psychology Research and Behavior Management* 2019; 12: 741–752. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S216617>.
- Süt N. Klinik araştırmalarda örneklem sayısının belirlenmesi ve güç (power) analizi. *RAED Dergisi* 2011; 3(1-2): 29-33. doi:10.2399/raed.11.005.
- ewen<http://sampsizel.sourceforge.net/cgi-bin/s1.cgi>
- Samsa G, Matchar DB, Dolor RJ, Wiklund I, Hedner E et al. A new instrument for measuring anticoagulation-related quality of life: development and preliminary validation. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004; 2:22. This article is available from: <http://www.hqlo.com/content/2/1/22>.
- Yıldırım JG, Temel AB. Duke antikoagulan memnuniyet ölçeğinin türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğı. *Türk Göğüs Kalp Damar Dergisi*, 2014; 22(4): 761-72. doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2014.9664.
- Wild D, Murray M, Shakespeare A, Reaney M and Maltzahn RV. Patient-reported treatment satisfaction measures for lonterm anticoagulant therapy. *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res.*2008; 8(3): 291-299. doi: 10.1586/14737167.8.3.291.
- Yıldız E ve Dayapoğlu N. The satisfaction levels of patients using anticoagulants. *International Journal of Caring Sciences*, 2017; 10(1): 568.
- Uçar A and Arslan S. Perception of treatment satisfaction in patients who receive warfarin therapy in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2021; 14(1): 570-580.
- Ng DLC, Abdul Malik NMB, Chai CS, Goh GMKC, Tan SB et al. Time in therapeutic range, quality of life and treatment satisfaction of patients on long-term warfarin for non-valvular atrial fibrillation: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2020; 18:347 <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01600-z>.
- Radaideh KM and Matalqah LM. Health-related quality of life among atrial fibrillation patients using warfarin therapy. *Epidemiology Biostatistics and Public Health* 2018; 15(1): e12763-1 - 8. doi: 10.2427/12763.
- Almeida G, Noblat LD, Passos L, Do Nascimento H. Quality of life analysis of patients in chronic use of oral anticoagulant: an observational study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011; 9(91):1-6. doi:10.1186/1477-7525-9-91.
- Casais P, Meschengieser SS, SanchezLuceros, Lazzari MA. Patients' perceptions regarding oral anticoagulation therapy and its effect on quality of life. *Current Medical Research and Opinion* 2005;21(7):1085-90. doi: 10.1185/030079905X50624.

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Nursel	Soyadı	SERİN
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
E-mail		Uyruğu	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Y.O.	2008
Yüksek Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2021

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Bursa Gürsu Cüneyt Yıldız Devlet Hastanesi	2018-Halen
Yoğun Bakım Hemşireliği	Isparta Yalvaç Devlet Hastanesi	2016-2018
Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Hemşireliği	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2009-2016
Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği	Bursa Medikal Park Hastanesi	2008

9. EKLER

Ek 1. Tanımlayıcı Bilgiler Formu

'Kalp damar cerrahisi sonrası sizlerin pıhtılaşma önleyici tedaviden memnuniyet düzeyinizi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi yüksek lisans tez öğrencisi Hemşire Nursel Serin tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada hiçbir şekilde kimliğiniz belirtilmeyecektir.

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Erkek Kadın
3. Eğitim durumunuz:()Okur-yazar ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise () Üniversit () Yüksek lisans/doktora
4. Mesleğiniz:
5. Sosyal güvenceniz var mı? Var Yok
6. Kilonuz aşağıdakilerden hangisine uygundur? İşaretleyiniz.
 Zayıf Normal Kilolu Şişman
7. Aile öykünüzde kanama/pıhtılaşma bozukluğu olan var mı?
 Evet Hayır
8. Ameliyat olduğunuz rahatsızlığınız dışında başka hastalığınız var mı?
 Evet Hayır
Yanıtınız evetse nedir? Yazınız.....
- 9.Pıhtı önleyici ilacınız dışında ilaç kullanıyor musunuz?
 Evet Hayır
Yanıtınız evetse nedir? Yazınız.....
10. Neden pıhtı önleyici tedavi alıyorsunuz
 Kalp Bypass Bacakta Bypass
 Karında Bypass Anjio
 Kalp Kapak Ameliyatı Pıhtı Çıkarma Ameliyatı
 Karotis Ameliyat Diğer Kalp Ameliyatları (Belirtiniz).....
- 11.Ne zaman ameliyat oldunuz (Belirtiniz)?
.....
12. Pıhtılaşma önleyici tedaviye ilişkin taburculuk öncesi size eğitim verildi mi?
 Evet Hayır

Verildiyse hangi konular anlatıldı (Yazınız)

.....
.....

Eğitimi kimden aldınız?

Doktor Hemşire Diğer.....

13. Size taburculuk sonrası hangi sıklıkla kontrole gelmeniz söylendi?

..... gün sonra

14. Taburculuk sonrası pıhtılaşma testi/testleri yapılıyor mu?

Evet Yanıtınız evetse hangi sıklıkla(.....)

Hayır

15. Pıhtılaşma önleyici tedavi ile ilgili sorun yaşadınız mı?

Evet Hayır

Yanıtınız evetse nedir? Yazınız.....

16. Pıhtı önleyici tedavisi almaya başladığınızdan beri kanama yaşadınız mı?

Evet Hayır

Evetse hangi bölgenizde yazınız/ne kanaması yazınız.....

17. Kullandığınız pıhtı önleyici tedavinin yararına inanıyor musunuz?

Evet Hayır

18. Pıhtılaşma önleyici tedavi ile ilgili yaşadığınız sorun ya da öneriniz varsa lütfen

yazınız.....

.....
.....

Ek 2. Duke Antikoagülan Memnuniyet Ölçeği {Antikoagülasyon (Pıhtı önleme)

Tedavisine Yönelik Hasta Memnuniyeti}

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Pıhtı önler tedaviyi ne kadar karmaşık buluyorsunuz?

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

13. Pıhtı önler tedaviyi ne kadar zaman alıcı buluyorsunuz?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Ek 3. Onam Formu

Değerli Katılımcılar,

“Kalp damar cerrahisi sonrası sizlerin pıhtılaşma önleyici tedaviden memnuniyet düzeyinizi belirlemek amacıyla yapılan bu yüksek lisans tez çalışmasına, kendi rızaları ile katılmak isteyen bireyler dâhil edilecektir. Çalışmaya katılanların kim olduğu bilinmeyecek ve verilen bilgiler gizli kalacaktır. Katılımcılar istedikleri zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan araştırmayı bırakabilir ve araştırmayı bıraktığı için herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacaktır. Araştırma başladıktan sonra araştırmacı tarafından katılımcı araştırma harici bırakılabilir. Katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecek ve ücret talep edilmeyecektir. Katılımcılar araştırmadan herhangi bir zarar görmeyecektir. Çalışmadan elde edilen veriler sadece bilimsel metin şeklinde rapor edilecektir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen katılımcıların hiçbir etki altında kalmadan çalışmaya katıldıklarını bildirmek amacı ile aşağıda belirtilen yeri imzalamaları yeterli olacaktır. Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Aşağıda imzası bulunan ben planlanan çalışma hakkında, araştırmacı araştırmacıda yazılı ve sözlü olarak bilgi aldım ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı ve İmzası:
İmzası:

Hasta Yakınının Adı-Soyadı ve

Araştırmacının Adı-Soyadı ve İmzası

Nursel Serin

Ek 4. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç Dışı Etik Kurul Kararı

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:78	Toplantı Tarihi: 07 Aralık 2018
---------------------------	--

Karar Sayısı:2018/1604;N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI' nın "**Kalp Damar Cerrahisi Hastalarının Pıhtı Önleyici Tedaviden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 03.12.2018 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Nursel SERİN' in yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI' nın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.
Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Saide FAYDALI
Yardımcı Araştırmacı: Nursel SERİN

ASLI GİBİDİR
07.12.2018

Prof. Dr. Saim ACIKGÖZÖGLÜ
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 5. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü 09.02.2019 tarih ve E.1655 sayılı oluru



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 11392457-044
Konu : Anket İzin Talebi

**SBÜ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektörlüğünün 02.01.2019 tarih ve E.80 sayılı yazısında Üniversitenin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nursel SERİN'in Dr. Öğretim Üyesi Saide FAYDALI'nın danışmanlığında yürüteceği "Kalp Damar Cerrahisi Hastalarının Pıhtı Önleyici Tedaviden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" konulu anket çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde anket sorularını uygulamak isteği ile ilgili Müdürlük Makamının 09.01.2019 tarih ve E.1655 sayılı Olur yazımız ekinde gönderilmektedir.

Gereğini rica ederim

e-İmzalıdır.
Dr. Efrail ATICI
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

EKLER:

- 1- Kurum Yazısı (1 sayfa),
- 2- Etik Kurul Kararı (1 adet),
- 3- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (4 sayfa),
- 4- Anket Formu (3 sayfa),
- 5- Makam Oluru (1 adet).

Dikkaldırım Mah. Hat Caddesi No:4 Osmangazi, BURSA

Telefon: Faks No:

e-Posta: Aynur.Sen2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://bursaism.saglik.gov.tr>

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 10264729-5576-4c75-a99b-6ca6ab116d46 kodu ile erişebilirsiniz.

Bilgi için: Aynur ŞEN

HEMŞİRE

Telefon No: 0224/295 33 65

Ek 5 (Devamı). Bursa İl Sağlık Müdürlüğü 09.02.2019 tarih ve E.1655 sayılı oluru



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 11392457-044
Konu : Araştırma İzin Talebi

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektörlüğünün 02.01.2019 tarih ve E.80 sayılı yazısında Üniversitenin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nursel SERİN'in Dr. Öğretim Üyesi Saide FAYDALI'nın danışmanlığında yürüteceği "Kalp Damar Cerrahisi Hastalarının Pıhtı Önleyici Tedaviden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" konulu anket çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde anket sorularını uygulamak isteği Başkanlığımızca Uygun görülmüş olup;

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Efrail ATICI
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../01/2019
e-İmzalıdır.
Dr. Özcan AKAN
İl Sağlık Müdürü

Dikkaldırım Mah. Hat Caddesi No:4 Osmangazi, BURSA

Telefon: Faks No:

e-Posta: Aynur.Sen2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: http://bursaism.saglik.gov.tr

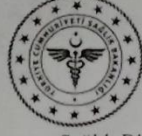
Bilgi için: Aynur ŞEN

HEMŞİRE

Telefon No: 0224/295 33 65

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 10264729-5576-4e75-a99b-6ca6ab116d46 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 6. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)(Ek-C) İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve
Araştırma Hastanesi Başhekimliği - Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği
04/03/2019 16:37 - 31234030 - 799 - E.6713
1001170801

Sayı : 31234050-799
Konu : Dilekçeniz Hk

Sayın Nursel SERİN

Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kuruluna vermiş olduğunuz dilekçenizde; "Kalp Damar Cerrahisi Hastalarının Pıhtı Önleyici Tedaviden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmanız için vermiş olduğunuz dilekçeniz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından uygun bulunmuş olup,yazımız ekinde sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim

e-izmalıdır.
Doç.Dr.Muhammet GÜZELSOY
Başhekim



Ek:
1- Nursel SERİN Gerekli Ekler
2- 04.03.2019 TUEK KARARLARI


Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu
Telefon: 0224 295 50 00 Faks No:
e-Posta: elif.tasli@saglik.gov.tr İnternet Adresi: bursacah1.egitimsek@saglik.gov.tr
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0f421ef0-d2f0-4b1f-a26c-1c0130-0130


Bilgi için: Elif TASLI
Veri Hazırlama ve Kontrol İşli.
Telefon No: (0 224) 295 50 00

Ek 7. Ölçek İzni

Back Archive Spam Delete Move to Labels More

Fwd: DAMÖ veri tabanı  

 **mursel serin**
to me

 Turkish > English [Translate message](#)

----- Yastandiriniz izni -----
Gönderen: Jülide Gülizer YILDIRIM
Tarih: 6 Haziran 2018 12:39
Konu: DAMÖ veri tabanı

MERHABA EİTÖ DAMÖ'nün eklerini gönderiyorum
Word olarak ve elektronik email formatı mevcuttur.
Ayrıca kodlama yapılarak olan SPSS veri tabanını gönderiyorum
Çalışmanızda başarılar dilerim

Herhangi bir sorunuz olduğunda sormaktan çekinmeyiniz.
Saygılarımla

Jülide Gülizer YILDIRIM BScN, RA, PhD, Asst. Prof.