

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP KAPAK AMELİYATI UYGULANAN HASTALARDA
BİREYSEL DANIŞMANLIĞIN ANTİKOAGÜLAN TEDAVİYE
UYUM, ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

EDA AYTEN KANKAYA
Orcid: 0000-0002-2519-4732

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ

İZMİR
HAZİRAN 2021

Tez Kodu: DEU:HSI:Phd-2016970105

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP KAPAK AMELİYATI UYGULANAN HASTALARDA
BİREYSEL DANIŞMANLIĞIN ANTİKOAGÜLAN TEDAVİYE
UYUM, ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

EDA AYTEN KANKAYA
Orcid: 0000-0002-2519-4732

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ

Tez danışmanı: Doç. Dr. Özlem BİLİK
Orcid: 0000-0002-8372-8974

İZMİR
HAZİRAN 2021

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Kalp Kapak Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Bireysel Danışmanlığın Antikoagülan Tedaviye Uyum, Öz-Etkililik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi” başlıklı doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim

Eda Ayten KANKAYA

Tarih:

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
KISALTMALAR.....	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalp Kapak Hastalıklarının Epidemiyolojisi.....	4
2.2. Kalp Kapak Hastalarının Etiyolojisi	4
2.2.1. Akut Romatizmal Ateş (ARA).....	4
2.2.2. Enfektif Endokardit (EE).....	6
2.2.3. Marfan Sendromu	6
2.2.4. Sistemik Lupus Eritematozus (SLE).....	6
2.2.5. Yaş.....	7
2.3. Kalp Kapaklarının Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıkları.....	7
2.3.1. Mitral Kapak Darlığı	7
2.3.2. Mitral Yetmezlik (MY).....	9
2.3.4. Aort yetmezliği (AY).....	12
2.3.5. Triküspit Yetmezlik (TY)	13
2.3.6. Triküspit Darlık (TD)	14
2.4. Tanı.....	15
2.5. Kalp Kapak Hastalıklarında Tedavi	15
2.6. Kalp Kapak Değişimi Öncesi Hemşirelik Bakımı	18
2.7. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı	21
2.7. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Taburculuk Eğitimi	25
2.8. Kalp Kapak Protez Ameliyatı ve Yaşam Kalitesi.....	28
2.9. Kalp Kapak Protez Ameliyatı ve Öz-etkililik.....	30
2.10. Kalp Kapak Protez Ameliyatı ve Antikoagülan Tedaviye Uyum.....	33
2.11. Kalp Kapak Protez Ameliyatı ve Danışmanlık.....	36
ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI: NİTEL ARAŞTIRMA	39
2. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1 Araştırmanın Tipi.....	39

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Çalışma Materyali	40
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	40
3.6. Veri Toplama Araçları.....	40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.7.1. Geçerlilik ve Güvenilirlik	42
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	43
3.9. Etik Kurul Onayı	43
4. BULGULAR	44
5.TARTIŞMA.....	50
Tema 1: Güçlükler	50
Tema 2. Kolaylaştırıcılar	53
Tema 3. Bağımlılık.....	53
Tema 4. Yan etkiler	54
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	56
ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI-GİRİŞİMSEL.....	57
3. GEREÇ VE YÖNTEM	57
3.1. Araştırmanın Tipi	57
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	57
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	57
3.4. Çalışma materyali.....	60
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	60
3.6. Veri Toplama Araçları.....	61
3.6.1.Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek 8.4.2)	61
3.6.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (Short Form-SF 36) (Ek 8.4.3).....	61
3.6.3. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu (Ek 8.4.4).....	61
3.6.4. Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği (ATUÖ) (Ek 8.4.5)	62
3.6.5. Verilerin Toplanması.....	63
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	68
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	69
3.9. Etik Kurul Onayı	69
4. BULGULAR	70
4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının İncelenmesi	72

4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Etkililik Beklenti Puanlarının İncelenmesi	75
4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği Puanlarının İncelenmesi	77
4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki hastaların etkililik beklenti, antikoagülan tedaviye uyum ve yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi	78
5.TARTIŞMA.....	80
5.1.Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Danışmanlığın Yaşam Kalitesine Etkisi	80
5.2. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Danışmanlığın Öz-etkililik Beklentisine Etkisi	83
5.3. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Danışmanlığın Antikoagülan Tedaviye Uyuma Etkisi	85
5.4. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Öz-etkililik Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumla İlişkisinin İncelenmesi	86
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	88
7. KAYNAKÇA	89
8. EKLER.....	103

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Varfarin Kullanımına Yönelik Tema ve Alt Temalar	44
Tablo 2. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi.....	71
Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	74
Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Hastaların Öz-etkililik Beklenti Puanlarının İncelenmesi.....	77
Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Hastaların Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği Puanlarının İncelenmesi.....	78
Tablo 6. Antikoagülan Tedaviye Uyum, Öz-etkililik ve Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	79

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. RHD=Romatizmal kalp hastalığı; IE=İnfektif endokardit, NBTE=Bakteriyel olmayan Trombotik Endokardit, LSE=Libman Sacks Endokarditi.....	7
Şekil 2. Sağlıklı Aort Kapak- Aort Darlığı Olan Kapak.....	11
Şekil 3. Çeşitli Protez Kapak Tipleri –Mekanik ve Biyolojik Kapaklar.....	17
Şekil 4. Niteliksel Araştırma Planı.....	41
Şekil 5. Çalışma Örneklemi ve Girişim	59
Şekil 6. Araştırma Planı ve Takvimi.....	67

KISALTMALAR

COVID-19: Yeni Koronavirüs Hastalığı

KABG: Koroner Arter Baypas Greft

ARA: Akut Romatizmal Ateş

EE: Enfektif Endokardit

PMBV: Perkütan Mitral Balon Valvotomi

MD: Mitral Darlık

MY: Mitral Yetmezlik

MKP: Mitral Kapak Prolapsusu

MY: Mitral Yetmezlik

EF: Ejeksiyon Fraksiyonu

AD: Aort Darlığı

TAVİ: Transkateter Aort Kapağı İmplantasyonu

AY: Aort Yetmezliği

TY: Triküspit Yetmezlik

TD: Triküspit Darlık

PTBV: Perkütan Transluminal Balon Valvüloplasti

INR: International Normalized Ratio

SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

HRQOL: Health Related Quality of Life

ATUÖ: Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince her zaman desteğini hissettiğim ve üzerimde büyük emeği olan danışman hocam

Sayın Doç. Dr. Özlem BİLİK'e,

Sınav süreçlerindeki destek ve katkıları için Tez İzlem Komitesinde yer alan hocalarım Sayın Doç. Dr. Fatma Vural ve Doç. Dr. Tuğra Gençpınar'a,

Tez savunma sürecimdeki jüri üyesi hocalarım

Sayın Prof. Dr. Fatma Demir Korkmaz'a; Sayın Doç. Dr. Yelda Candan Dönmez'e, Sayın Doç. Dr. Aylin Durmaz Edeer'e, Doç. Dr. Yaprak Sarıgöl Ordin'e ve Dr. Öğr. Üyesi Eda Dolgun'a,

Desteklerini her zaman hissettiğim DEÜ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki kıymetli arkadaşlarıma

Kendimin ekibin üyesi gibi hissettiren Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Servisi Çalışanlarına,

Yol arkadaşım Ömer Kankaya'ya,

Hep yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime,

Bana annelik rolünü tattıran, hayatımı yeniden anlamlandıran

Biricik Oğlum Alp'e

Sonsuz teşekkürlerimle...

Eda Ayten KANKAYA

KALP KAPAK AMELİYATI UYGULANAN HASTALARDA BİREYSEL DANIŞMANLIĞIN ANTİKOAGÜLAN TEDAVİYE UYUM, ÖZ-ETKİLİLİK DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Doktora Tezi

Eda Ayten KANKAYA

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

ÖZET

Bu çalışmanın amacı kalp kapak ameliyatı uygulanan hastalarda bireysel danışmanlığın antikoagülan tedaviye uyum, öz-etkililik düzeyi ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir. Araştırma iki aşamalı bir çalışma olup, birinci aşama niteliksel; ikinci aşamada yarı deneysel tiptedir. Birinci aşamada kalp kapak ameliyatı yapılan ve taburculuk sonrası en az üç ay geçen 12 hasta araştırma örneklemini oluşturmuştur. Hastalar ile yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Hasta ifadeleri içerik analizi yapılarak temalara ayrılmıştır. İkinci aşamada ise kalp kapak ameliyatı planlanan ve mekanik kapak protezi takılan 60 hasta (kontrol grubu n=30; girişim grubu n=30) örneklemini oluşturmuştur. Veriler, taburculuktan önce ve ameliyattan üç ay sonra Yaşam Kalitesi Ölçeği, Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği, Etkililik Beklenti Ölçeği ile toplanmıştır. Birinci aşamada yapılan içerik analizi sonucu dört ana tema belirlendi: zorluklar, kolaylaştırıcılar, bağımlılık ve yan etkiler. Uzun yıllardır varfarin kullanan hastalar dahi farklı sorunlar yaşamaktaydı ve varfarin kullanımı ile ilgili bilgi eksikliği mevcuttu. Araştırmanın ikinci aşamasında hastaların danışmanlık alma durumuna göre taburculuk öncesi yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında fark yokken; taburculuk sonrası üçüncü ayda emosyonel rol güçlüğü ve ruhsal sağlık alt boyutlarında anlamlı fark saptandı. Etkililik beklenti ölçeği alt boyutlarında danışmanlık alan hastaların puan ortalamalarının taburculuk öncesi ve ameliyat sonrası üçüncü ayda anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Grupların ameliyat sonrası üçüncü aydaki antikoagülan tedavi ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında girişim grubunda anlamlı olarak yüksektir. Araştırmamızda kalp kapak protezi uygulanan hastaların ameliyat sonrası varfarin ile ilgili yaşadıkları deneyimler ortaya kondu. Hastaların ameliyat sonrası izlemlerinin öz-etkililik düzeylerini ve tedaviye uyumlarını yükselttiği görülmektedir. Bu nedenle hastalara özgü bireyselleştirilmiş eğitimler verilmesi, eğitimlerin tekrarlanması ve hasta özelliklerinin göz önüne alınarak içeriklerin farklılaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: danışmanlık, kalp kapak protezi, öz-etkililik, uyum, yaşam kalitesi

**INVESTIGATION OF THE EFFECT OF INDIVIDUAL
CONSULTANCY ON ADHERENCE TO ANTICOAGULAN THERAPY,
SELF-EFFICACY LEVEL AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS
WITH HEART VALVE SURGERY**

Doctoral Thesis

Eda Ayten KANKAYA

**DOKUZ EYLUL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF SURGICAL NURSING**

ABSTRACT

We aimed to examine the effect of individual counseling on adherence to anticoagulant therapy, self-efficacy and quality of life in patients who underwent heart valve surgery. It was a two-stage study. The first stage is qualitative; in the second stage is semi-experimental. Twelve patients who underwent heart valve surgery in the first stage and at least three months after discharge constituted the study sample. In-depth interviews were conducted with the patients using a semi-structured interview form. The patient statements were divided into themes by content analysis. In the second stage, 60 patients (control group n=30; intervention group n=30), who were scheduled for heart valve surgery and had mechanical valve prosthesis, constituted the sample. Data were collected using the Quality of Life Scale, the Anticoagulant Treatment Compliance Scale, and the Self-efficacy Expectancy Scale before discharge and three months after surgery. Content analysis performed in the first stage, four main themes were determined: difficulties, facilitators, addiction and side effects. Even patients using warfarin for many years had different problems and there was a lack of information on warfarin use. In the second stage, there was no difference between the sub-dimensions of the quality of life scale before discharge according to the counseling status of the patients. It was determined that the mean scores of the patients who received counseling were significantly higher both before discharge and at the third postoperative month in the subscales of the expectation of self-efficacy scale ($p<0,05$). Anticoagulant treatment adherence scores was significantly higher in the intervention group. It was observed that the postoperative follow-up of the patients increases the level of self-efficacy and treatment adherence. It is recommended to provide individualized trainings specific to patients before heart valve prostheses, to repeat the trainings and to differentiate the contents by considering the characteristics of the patient.

Key words: adherence, counseling, heart valve prosthesis, quality of life, self-efficacy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kalp kapak hastalıklarının ilerleyen yaş ile birlikte görülme oranı artmaktadır. Kalp kapak hastalarında cerrahi tedavi minimal invaziv cerrahi ya da açık kalp ameliyatı şeklinde uygulanmaktadır (1). Açık kalp ameliyatı yöntemiyle kapak değişimi yapılan hastalar akut dönemde bir yandan insizyon ağrısı, sternum iyileşmesi, solunum egzersizleri gibi ameliyata bağlı oluşan yeni durumlarla baş etmeye çalışırken; bir yandan da kapak ameliyatına bağlı ilaç tedavisi, beslenme, egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamaya çalışmaktadırlar (2). Bu hasta grubunda diğer kalp ameliyatlarından farklı olarak antikoagülan tedavi ön plana çıkmaktadır. Biyolojik kapak takılan hastalarda üç-altı ay antikoagülan tedavi önerilirken; özellikle mekanik protez kapak takılan hastalar ömür boyu antikoagülan tedaviyi sürdürmek durumundadırlar (3). Bu nedenle bu hastalara antikoagülan tedavinin etkileri, yan etkileri öğretilmelidir. Etkin tedavi ve bakım sağlanmazsa hastalar ilaç kullanımına bağlı kanama ve tromboemboli gibi istenmeyen durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (4). Antikoagülan tedavinin sürdürülmesinde hastalar ilacın doğru kullanımının yanında beslenme, komplikasyonların önlenmesi konularına dikkat etmek durumundadırlar (2). Bu nedenle bu hastaların taburculuk eğitiminde hemşire çok önemli bir role sahiptir.

Kalp kapak hastalıkları bireylerin yaşam kalitesini etkileyen, ömür boyu tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardandır. Kapak hastalıklarında darlık, prolapsus veya yetmezlik söz konusudur (5). Kalp kapak hastalarında kalbin kompanzasyon mekanizması nedeniyle kalp yetmezlikleri oldukça sık görülmektedir. Bu durum hastaların yaşam kalitelerini oldukça etkilemektedir (6,7). Hastaların en sık yaşadığı sorun nefes darlığı olup hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güçlük yaşamalarına sebep olmaktadır (8). Yaşam kalitesi olumlu ve olumsuz yönleri olan, çok boyutlu ve öznel bir kavramdır. Yaşam kalitesi sosyal, psikolojik, spiritüel ve fiziksel iyilik halini kapsayan karmaşık bir durumdur ve bireyin yaşamıyla ilişkili refah halinin ve memnuniyetinin seviyesi ve bu seviyenin hastalıktan, kazalardan ve tedavilerden ne kadar etkilendiği olarak tanımlanmaktadır (9). Kalp ameliyatı olan hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artmaktadır (10–12). Kalp kapak protez ameliyatı sonrası yenilenen kapak, kanın yeterli bir şekilde ventriküllere dolmasını sağlar. Bu nedenle ejeksiyon fraksiyonu artarak oksijenerasyon optimal düzeye gelmektedir. Böylelikle ameliyat öncesi özellikle efor dispnesi, yorgunluk, nefes darlığı gibi hastaların günlük

yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine engel olan durumlar ortadan kalkar ve hastalarda yaşam kalitesinde iyileşme görülebilir (13). Caceres, Cheng, Robertis, Mirocha, Czer, Fardad Esmailian ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada açık kalp ameliyatı geçiren hastaların %83.3'ünün yaşam kalitesinin iyileşme gösterdiği, %4'ünün kardiyak problemlerden ötürü yaşam kalitelerinde azalma olduğu saptanmıştır (14). Klomp, Nierich, Peelen, Bruinsma, Dambrink, Moons ve arkadaşları (2016) aort kapak ameliyatı geçiren hastalarda (n=762) yaptıkları çalışmada hastaların ameliyat sonrası birinci ayda yaşam kalitesi puan ortalamalarının ameliyat öncesi sürece göre azaldığını, bir yılın sonunda ise normal değerlerine yaklaştığını saptamışlardır (15). Başarılı bir kalp ameliyatıyla hastaların yaşam beklentilerinin normale dönebileceği ve belirtilerin ameliyat öncesi döneme göre azaldığı belirtilmiştir (16).

Kalp ameliyatları bireylerin yaşamının fiziksel, duygusal ve sosyal boyutlarını etkileyen ve uyum sağlamalarını gerektiren majör ameliyatlardır (7). Dolayısıyla etkilenen diğer bir boyut da öz-etkililiktir. Bireyin yaşam döngüsündeki değişikliklere karşı gereken davranışları gösterebilmesi inancı öz-etkililik olarak tanımlanmaktadır. Özellikle kapak hastalıkları gibi kronik hastalıklarda hastanın uyumunu gösteren parametrelerden biridir (17). Öz-etkililik inancının yüksek olması, başarı ve iyilik durumunu arttırmaktadır (18). Wang, Ou, Tsai, Chang ve Kao (2015) açık kalp ameliyatı geçiren hastalarla yaptıkları araştırmada egzersiz programının öz-etkililik düzeyine, kalp hızına ve yürüme mesafesine etkisini inceledikleri çalışmada egzersiz programı uygulanan hastaların öz-etkililik puanlarının daha yüksek olduğunu vurgulamışlardır (19). Bazargani, Besharat, Ehsan, Nejatian ve Hosseini (2011) Koroner Arter Bypass Graft (KABG) hastalarında ameliyat sonrası ikinci ve üçüncü ayda tele-sağlık ve psikoeğitimin öz-etkililik düzeyini arttırdığını saptamışlardır (20).

Diğer yandan pandemi sürecinin getirdiği Covid-19 korkusu kişilerin ameliyat sonrası süreçte yeni yaşamına uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Pandemi süresinde elektif ameliyatlara ertelenmiş olup; yalnızca acil ameliyatlara yapılması önerilmiştir. Kapak hastalıklarında cerrahi tedavinin yoğun bakım yatak sayısı; kapak hastalığının ciddiyeti, hastanın prognozu göz önüne alınarak ekip olarak ameliyat kararı verilmesi gerektiğini bildirmiştir (21). Pandeminin en önemli psikolojik sonuçlarından biri olan korku, tehdit edici bir uyarının algılanmasıyla tetiklenen rahatsız edici duygu durumu olarak tanımlanmıştır Hastalığın kırıp geçirmesi ve endemi gibi ekstra durumlar

insanlarda korku yaratmaktadır (22). Bu korkunun sürekliliği anksiyeteye dönüşebilmekte, duygu durumdaki bu değişimler sonucu sempatik tonun, kan basıncının ve kalp hızının artması gibi farklı mekanizmaların etkisiyle çeşitli kalp hastalıkları meydana gelebilmektedir (23). Özellikle kalp ve damar hastalığı olan hastalar açısından düşünüldüğünde korkunun kalbin iş yükünü artırması nedeniyle durum daha travmatik olabilir (22). Covid-19 sürecinde Avrupa Kardiyoloji Derneği ve TC Sağlık Bakanlığı kardiyovasküler hastalıkları olan kişilerin yüksek riskli olduğunu bildirmiştir (21,24). Literatürde Covid-19 salgını sırasında, hastaların pek çok poliklinik ziyaretini iptal ettiği veya ertelediği vurgulanmış, bu hastaların sağlık kaynaklarının yetersizliği veya enfeksiyon riski nedeniyle teletıbbi yöneldiği belirtilmiştir (25).

Literatür incelendiğinde yaşam kalitesi ve öz-etkililik beklenti çalışmalarının daha çok KABG hastalarına yapıldığı, kalp kapak ameliyatı uygulanan hastalara özgü sınırlı çalışma olduğu görülmüştür (7,16,20). Hastalar hastanede iken antikoagülan ilaç dozu doktor kontrolünde kanama zamanına (INR-International Normalized Ratio) bakılarak planlıp uygulanmakta, hastalar diyetisyen önerisiyle beslenmelerini sürdürmektedir. Hasta taburcu olduktan sonra antikoagülan tedavi kullanma durumlarını değerlendirme poliklinik kontrolü ile sınırlı kalmaktadır. Bu konuda literatürde de yeterli bilgi elde edilememiş olup, kalp kapak ameliyatı uygulanan hastalarda antikoagülan tedaviye uyum ile ilgili ülkemizde herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Hastalar özellikle taburculuk sonrası bilgi eksikliğine bağlı olarak kanama, emboli gibi komplikasyonlar, tekrar hastaneye yatış gibi durumlarla baş etmek durumunda kalmaktadır (26). Araştırmamızın kalp kapak ameliyatı uygulanan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları problemlere ışık tutacağı, hemşirelik bakımına katkı sağlayacağı ve bu konudaki literatürü zenginleştireceği düşünülmektedir. Hemşirenin uygulayacağı danışmanlık ile birlikte yaşam kalitelerinin yükseleceği, antikoagülan tedaviye uyumlarının ve öz-etkililik beklentilerinin artacağı öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Kalp kapak ameliyatları, KABG ameliyatları sonrasında ülkemizde en sık yapılan ikinci ameliyat türüdür. Ameliyat genellikle yetmezlik ya da darlık nedeniyle yapılmaktadır. Kalp kapak hastalıkları etkilenen kapak veya kapakçıklara ve fonksiyonel değişikliğin türüne göre darlık veya yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (1).

2.1. Kalp Kapak Hastalıklarının Epidemiyolojisi

Kalp kapak hastalıklarının ilerleyen yaş ile birlikte görülme oranı artmaktadır. İsveç popülasyonunda 2003-2010 yılları arasında hastane kayıtlarının incelenerek kapak hastalıklarının sıklığının belirlenmesi için yapılan bir araştırmada (n=10.164.221), insidansın 100.000 kişide /yılda 63,9 olduğu, aort darlığının %47.2, mitral yetersizliğin %24.2 ve aort yetersizliğinin %18.0 oranında görüldüğü (27). Danimarka'da 1996-2015 yılları arasında sol taraflı kapak değişim ameliyatlarının prevelansının incelendiği araştırmada (n=18.041) 1.751 hastada mitral; 16.018 hastada aort kapak değişimi yapılmıştır (28). Kalp kapak hastalıkları ülkemizde sık görülmektedir. Ülkemizde 42 merkezde yapılan bir çalışmada (2013) Haziran 2009-2011 arasında 1300 kişinin kapak hastası olduğu, mitral darlıkta perkütan mitral balon valvüloplasti (%76), diğer kapak hastalıklarında ise mekanik protez kapak uygulamasının (%74) en çok kullanılan cerrahi türü olduğunu saptamışlardır (8).

2.2. Kalp Kapak Hastalarının Etiyolojisi

2.2.1. Akut Romatizmal Ateş (ARA)

Romatizmal ateş, sıklıkla beş-on beş yaş arasında görülmektedir. Risk faktörleri kötü hijyenik koşullar, yoksulluk, ailesel yatkınlık olarak sayılabilir. Streptokok enfeksiyonlarının daha sık görüldüğü ilkbahar ve kış aylarında, streptokok yayılımının kolay olduğu kalabalık olarak yaşanan yerlerde atak sıklığı daha fazladır. Her iki cins ve tüm ırklarda görülme sıklığı benzerdir. Hastalık etkeni A grubu beta hemolitik streptokoklardır. Doğada yaygın olarak bulunan Gram (+) mikroorganizmalardır. Duvar yapısındaki glikoprotein yapısının antijenik özelliklerine göre A, B, C, D, G grubu şeklinde sınıflandırılırlar. Hücre membranında bulunan M proteini bakterinin serotipini belirler ve virulansdan sorumludur. Akut romatizmal ateş streptokokların neden olduğu üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra % 0,3-3 oranında ortaya çıkar (29).

Patogenez

- Belirli streptokok suşları M proteinlerine karşı antikor oluşturlar.
- Bu antikorlar kalp kasındaki ve kapaklarındaki proteinlere bağlanarak komplemanın ve Fc reseptörünü taşıyan hücrelerin aktivasyonu üzerinden gerçekleşen hasara yol açmaktadır.
- Streptokok peptitlerini tanıyan CD4+T hücreleri de konak antijenleriyle çapraz reaksiyona girer.
- Sitokinlerin aracı rolünü üstlendiği inflamatuvar yanıtlar oluşur (30).

Romatizmal ateş enfekte hastaların çok küçük bir bölümünde (%3'nde) geliştiğinden çapraz bağışıklık yanıtın verilmesine genetik bir yatkınlığın rol oynuyor olma olasılığı vardır. Kronik fibrotik lezyonlar akut inflamasyonun rezolusyonuna eşlik eden iyileşmenin ve nedbeleşmenin tahmin edilebilen sonuçlarıdır (30).

Majör Bulgular

- Poliartrit
- Cilt altı nodülleri
- Eritema marjınatum: Karditli hastalarda daha sıktır. Gövde ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında çevresi koyu pembe renkli, harita gibi girintili çıkıntılı, ortası soluk, kaşıntısız maküler döküntülerdir. Isı ve basınç uygulanması ile yeni lezyonlar ortaya çıkabilir (Akalin 2014).

• Kardit: Hastaların %45-50'sinde görülür. Kalıcı sekeller kardiyak tutulumla bağlıdır. Kalbin tüm tabakalarını tutar, “pankardit” adı verilir. Endokarddan perikarda doğru, içeriden dışarıya bir tutulum söz konusudur. Endokard tutulduğunda akut dönemde kapak yetersizliklerine neden olur. En sık tutulan kapak mitral kapaktır, ikinci sıklıkta aort kapağı tutulur (29).

- Çocukluk çağında mitral yetersizlik en sık romatizmal kalp hastalığı iken erişkin yaşta mitral darlık daha sık görülür.

Minör Bulgular

- Ateş (38°C ve üzerinde)
- Artralji
- Akut faz reaktanlarında artış (Eritrosit sedimentasyon hızı) (29,30).

2.2.2. Enfektif Endokardit (EE)

Enfektif endokardit, kalbin endokardiyal yüzeyinin enfeksiyonu olup, sıklıkla kalp kapaklarını etkilemektedir (Şekil 1). Olguların %80'inden streptokok ve stafilokoklar sorumludur. Mikroorganizma tutulumları enfeksiyonun kaynağına, hastanın yaşına ve komorbiditelerine bağlı olarak değişir. Klinik seyre göre akut (hastalığın toplam süresi 6 hafta), subakut (hastalığın toplam süresi altı hafta-üç ay arasında) veya kronik (hastalığın süresi üç aydan büyük) olarak sınıflandırılabilir (31).

2.2.3. Marfan Sendromu

Marfan sendromu, kardiyovasküler, iskelet ve oküler sistem anormallikleri ile karakterize bağ doku bozukluğudur. Genetik geçişli olup; otozomal dominant geçişlidir. Hastalık fibrillin sentezinin bozulmasına yol açan bir mutasyonla ilişkilidir. Başlıca 15. kromozomdaki bir mutasyon saptanmış ve ilişkili Fibrillin-1 genini etkileyen 125'ten fazla mutasyon bildirilmiştir. Marfan sendromunda hayatta kalımı etkileyen başlıca komplikasyonlar kardiyovasküler sisteme aittir (32,33).

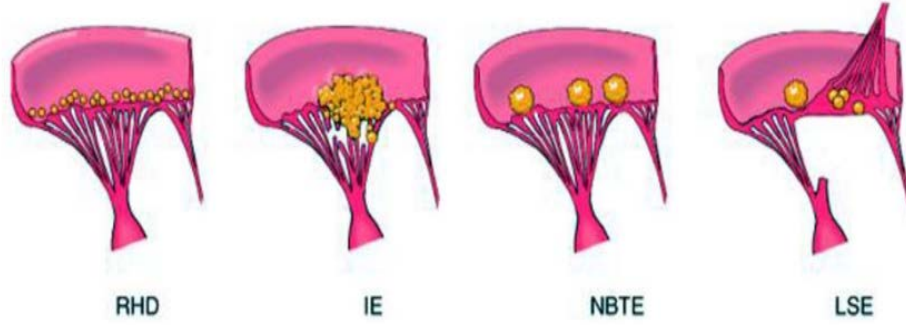
Kardiyovasküler sistemde majör bulgular asenden aort yetmezliği, aort dilatasyonu, valsava sinüs tutulumu ve tip A diseksiyonuyken; minör bulgular ise mitral kapak prolapsusu ve mitral kapak yetmezliği, pulmoner arterde bozukluklar (dilatasyon/darlık), mitral anulusta kalsifikasyon (40 yaş altı), abdominal veya desenden aort diseksiyonu/anevrizmasıdır (50 yaş altı) (32,33).

2.2.4. Sistemik Lupus Eritematozus (SLE)

Sistemik lupus eritematozus otoimmün bir hastalık olup kronik, immünolojik bozukluklara neden olan, çoklu organ ve sistemi tutan bir bağ dokusu hastalığıdır. Libman Sacks endokarditi SLE'nin iyi bilinen bir bulgusudur. Klinik olarak önemli lezyonlar nadiren gelişir. Lezyonlar, üç-dört mm genişlikte ve kalbin her bölgesine yerleşir, kalbin sol tarafında daha sıktır (34).

- *Libman-sacks endokarditi*: Sistemik lupus eritematozusun kalp kapaklarında tutulması sonucu görülür. Lezyonlar bağışıklık kompleksi depolanmasının sonucu olduklarından eşlik eden ve çoğu zaman tutulumla komşu kapak maddesinin fibroid nekrozuyla birlikte bulunan inflamasyon ve daha sonra gelişen fibrozis ve ciddi

deformite lezyonlarla sonuçlanabilir. Bu lezyonlar kapak üzerindeki herhangi bir yerde, kordalarda hatta atrium veya ventrikül endokardında görülebilir (Şekil 1) (30).



Şekil 1. RHD=Romatizmal Kalp Hastalığı; IE=İnfektif endokardit, NBTE=Bakteriyel olmayan Trombotik endokardit, LSE=Libman-Sacks endokarditi (30)

2.2.5. Yaş

İleri yaş, kapak hastalıklarında bir risk faktörüdür. Yaşlanmayla birlikte doku düzeyinde aort sklerozuna bağlı olarak erken dönemde endotelde bozulma, endotel altı bölgede hücre içi ve hücreler arası lipid birikimi ve makrofaj infiltrasyonu oluşur. Komşu fibroz tabakada kalınlaşma protein, lipid ve kalsiyum birikimi vardır. Bu değişiklikler özellikle kapağın bazal kısmında oluşur. Özellikle aort kapak hastalıklarında ilerlemiş yaş önemli bir nedendir (1).

2.3.Kalp Kapaklarının Cerrahi Girişim Gerektiren Hastalıkları

- Darlık: Bir kapağın tamamen açılmaması ve ileri doğru geçen kan akışının kısmen ya da tamamen tıkanmasıdır.
- Yetmezlik: Bir kapağın tam olarak açılmaması ve ileri doğru kan akımının regürjitasyonuna izin vermesidir (2).

2.3.1. Mitral Kapak Darlığı

Etiyoloji ve Patofizyoloji

Yetişkin mitral kapak darlığı vakalarının çoğu romatizmal kalp hastalığından kaynaklanır. Romatizmal mitral stenoz gelişmekte olan ülkelerde yaygındır. Daha az

yaygın nedenler, konjenital mitral stenoz, romatoid artrit ve sistemik lupus eritematözdür. Romatizmal endokardit kapakçık yaprakçıklarında ve korda tendinallerinde yaralara neden olur. Komissürler arasında kontraktürler ve yapışıklıklar gelişir. Stenotik mitral kapak, mitral kapak yapılarının kalınlaşması ve kısalması nedeniyle “balık ağzı” şeklini alır. Bu deformiteler kan akışını bloke eder ve diyastol sırasında sol atrium ile sol ventrikül arasında bir basınç farkı oluşturur.

Sol atriyal basınç ve volüm artar. Bu, daha yüksek pulmoner vasküler basınca neden olur. Aşırı yüklenmiş sol atriyum, hastayı atriyal fibrilasyon riskine sokar. Kronik mitral kapak darlığında, sol atriyum, pulmoner yatak ve sağ ventrikülde aşırı basınç oluşur (2).

Belirtileri

Birincil belirti efor dispnesidir. S1 den sonraki kalp sesi daha derinden gelir ve diyastolik murmurlar duyulur. Hemoptizi (pulmoner hipertansiyon nedeniyle), göğüs ağrısı (koroner perfüzyon azalması), ses boğukluğu (atrial genişlemenin larengeal sinire bası yapması nedeniyle), nöbet /inme (emboli), atriyal fibrilasyon nedeniyle güçsüzlük ve palpitasyon görülebilir (2,13).

Mitral Darlıkta Cerrahi Tedavi Endikasyonları

Semptomatik hastalarda Perkütan Mitral Balon Valvotomi (PMBV) için olumsuz şartlar yoksa PMBV yapılabilir.

Semptomatik hastalarda cerrahi tedavi yüksek riskli veya kontrendikeyse PMBV önerilir.

Semptomatik hastalarda PMBV için olumsuz şartlar varsa cerrahi tedavi gereklidir.

Romatizmal nedenli mitral darlık (MD) hastalarında cerrahi tedavi gereklidir.

Hastaya başka nedenlerle kalp cerrahisi yapılacaksa ve ciddi mitral darlık varsa mitral kapak cerrahisi önerilir.

Aseptomatik çok ciddi mitral kapak darlığı (mitral kapak alanı $\leq 1.0 \text{ cm}^2$) olan hastalarda kapak yapısı uygunsa, sol atriumda trombüs yoksa, ciddi mitral yetmezlik bulunmuyorsa PMBV endikedir (1,3,35).

2.3.2. Mitral Yetmezlik (MY)

Etiyoloji ve Patofizyoloji

Mitral kapak yetmezlik kapak işlevi, sol atriyum, sol ventrikül, korda tendinalar, papiller kaslar, anulus ve yaprakçıklarda görülen bir problem nedeniyle oluşur (1). Vakaların çoğu miyokard infarktüsü (MI), kronik romatizmal kalp hastalığı, mitral kapak prolapsusu, iskemik papiller kas disfonksiyonu ve EE'den kaynaklanır. Sol ventrikül yetmezliği ile birlikte görülen MI, korda tendinelerinin rüptürü ve akut mitral yetmezlik (MY) riskini artırır. Mitral yetmezlikte sistol sırasında tam olmayan kapak kapanması nedeniyle kan sol ventrikülden sol atriya doğru geçiş yapar. Hem sol ventrikül hem de sol atriyum kardiyak outputu korumak için daha fazla çalışır. Akut MY'de basınç ve hacimdeki ani artış pulmoner yatağa geçer. Bu durum tedavi edilmezse pulmoner ödem ve ardından kardiyogenik şokla sonuçlanır. Kronik MY'de hacim sol atriya genişlemeye, sol ventrikül genişlemesine ve hipertrofiye ve son olarak kardiyak outputta bir düşüşe neden olur (2,5).

2.3.3.1. Mitral Kapak Prolapsusu (MKP)

Mitral kapak prolapsusu (MKP), mitral kapak yaprakçıklarının ve papiller kasların veya kordaların, yaprakçıkların sistol sırasında sol atriya geri sarkmasına veya bükülmesine izin veren bir anormalliktir (13).

Primer MKP: Kalıtsal, Marfan sendromu, diğer konnektif doku hastalıkları

Sekonder MKP: İskemik kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, sol ventrikül boyutlarında azalma ile seyreden hastalıklar, hipertrofik kardiyomiopati, atriyal septal defekt

- Pulmoner hipertansiyon, Anoreksia nervosa, Dehidratasyon, Pektus ekskavatum

Mitral Kapakta Miksamatoz Dejenerasyon: Mitral kapakçıklardan biri veya her ikisi gevşektir ve sistol sırasında sol atriyum içine balonlaşır. Miksamatoz kapak MKP'de kapak değişiminin en sık nedenidir. Primer miksamatoz değişimin nedeni bilinmemektedir. Sekonder miksamatoz değişiklik kapaktaki miyofibroblastın normal olmayan hemodinamik güçlere kronik olarak maruz kalmasına bağlıdır (30).

Mitral Kapak Prolapsusu Belirtileri

- Mitral kapak prolapsusu birçok hastada belirti vermez. Hastaların %10'u semptomatik hale gelir. Sistol sırasında regürjitasyon nedeniyle yüksek sesli üfürüm duyulabilir. Göğüs ağrısı, çarpıntı ve aktivite intoleransı görülebilir. Göğüs ağrısı genellikle atipiktir. Hasta göğsünün sol tarafında keskin bir ağrı tarif eder. Baş dönmesi, senkop, çarpıntı, atrial ve ventriküler (özellikle erken vurular) disritmiler görülebilir (2,36).

Mitral Yetmezlik Belirtileri

Akut MY deki hastalarda ipliksi periferel nabız ve ekstremiteler ılık, nemlidir. Düşük kardiyak output üfürümleri gizleyebilir. Hızlı değerlendirme ve tedavi (kapak değişimi/onarımı) gereklidir. Kronik MY de yıllarca belirti vermeyebilir. Sol ventrikül yetmezliği nedeniyle hastalarda yorgunluk, güçsüzlük, çarpıntı, nefes darlığı, paroksizmal nokturnal dispne, periferel ödem görülebilir (3).

Mitral Yetmezlikte Cerrahi Tedavi Endikasyonları

- Cerrahi tedavi semptomatik primer MY olan ve EF %30'dan büyük olan olan (Sınıf 4) hastalarında düşünülmelidir.
- Asemptomatik, ciddi, kronik mitral yetmezliklerde sol ventrikül disfonksiyonu varsa mitral kapak cerrahisi gereklidir. Anterior ve posterior yaprakçıkta onarımın kalıcı ve dayanıklı olacağı isteniyorsa mitral kapak replasmanı tercih edilmelidir.
- Başka bir nedenle açık kalp cerrahisi yapılacak olan kronik orta derecede primer mitral yetmezliği olan hastalarda mitral kapak onarımı yapılabilir (1,35).

2.3.3. Aort Darlığı (AD)

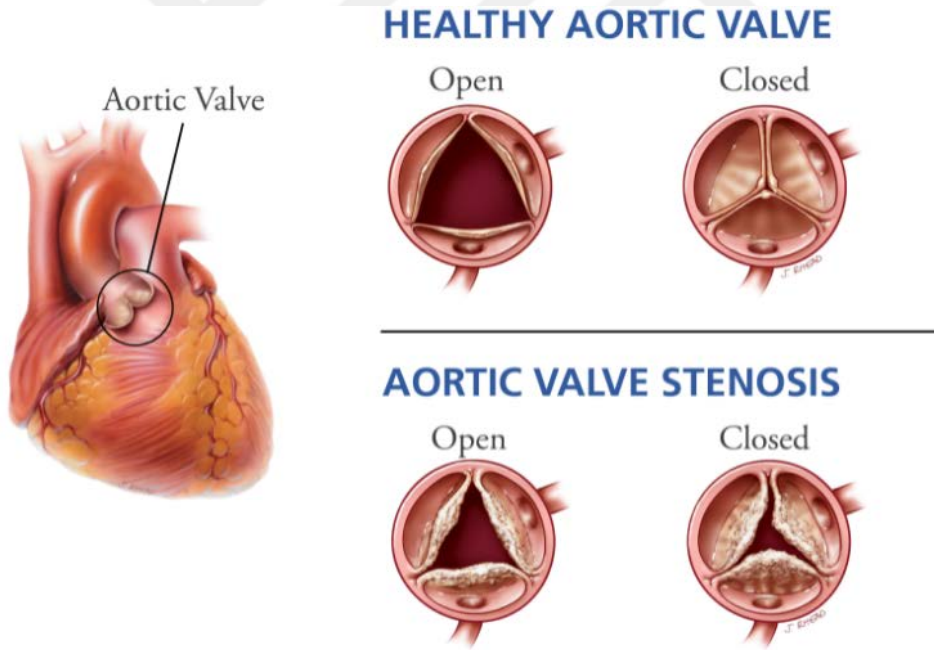
Etiyoloji ve Patofizyoloji

Amerika'da aşınma ve yıpranma nedeniyle en sık görülen kapak hastalığıdır. Yaş ortalamasının yükselmesiyle birlikte insidansı artmaktadır. Bu darlık hastalar 70'li 80'li yaşlara geldiğinde kendini belli etmeye başlar (1,3,28).

- Ateroskleroz, dejeneratif kalsifikasyon, konjenital biküspit ve uniküspit kapaklar, Romatizmal hastalıklar yetişkinlerde başlıca AD nedenleridir (2).

- Aşınma ve sürtünmenin yanında, kapakçık fibrozisin ve kalsifikasyonun yaşla bağlantılı olarak aterosklerozun artması darlığa neden olmaktadır. Yaşlanmayla birlikte aort kapak kalınlaşır (Şekil 2). Hiperlipidipemi, hipertansiyon ve inflamasyona ve aterosklerozda rolü olan diğer faktörlere bağlı kronik hasar patogenezinde oldukça önemli role sahiptir (30).

- Aort darlığında sistol sırasında sol ventriküllerden çıkışı engeller. Bu durumda ejeksiyona ve afterloada direnç artar ve ventrikül hipertrofisi gelişir. Darlık kötüleştikçe kardiyak output değişmez ve vücudun ihtiyacını karşılayacak kadar artamaz. Kompanzasyon mekanizmasında ise koroner akımı azaltır ve sol ventiküler diyastolik disfonksiyona neden olur. Sol ventrikül yetmezliği kanın atriyumlara geri kaçıışı, pulmoner sistemde konjesyon meydana gelebilir. İlerlemiş tabloda sağ kalp yetmezliği de tabloya eşlik eder. Kapak yüzey alanı bir cm ya da daha az olduğunda, cerrahi acil olarak gereklidir (3).



Şekil 2. Sağlıklı Aort Kapak- Aort Darlığı Olan Kapak (37)

Aort Darlığı Belirtileri

Aort darlığı belirtileri sol ventrikül hipertrofisi nedeniyle görülür. Efor dispnesi, anjina, senkop, güçsüzlük, yorgunluk ve periferik siyanoz bu hastalarda yaygın görülen belirtilerdendir. Oskültasyonda kreşendo-dekreşendo üfürümleri duyulur (1,13).

Aort Darlığında Cerrahi Tedavi Endikasyonları

Aşağıdaki hasta gruplarında kapak değişimi önerilmektedir:

- Sistolik sol ventrikül disfonksiyonu (ejeksiyon fraksiyonu %50'den küçük olan) olan asemptomatik hastalar
- Ciddi aort darlığına bağlı olarak egzersizle belirtiler ortaya çıkan hastalar
- Çok ciddi aort darlığı, ciddi kapak kalsifikasyonu olan hastalar
- Başka bir sebebe bağlı olmayan şiddetli pulmoner hipertansiyon (1).

2.3.4. Aort yetmezliği (AY)

Etiyoloji ve Fizyopatoloji

Aort yetmezliği, aort kapak yaprakçıklarının, aort kökünün veya her ikisinin birincil hastalığının sonucu olabilir. Travma, EE veya aort diseksiyonu, yaşamı tehdit eden bir acil durum olan akut AY'e neden olabilir. Kronik AY, genellikle romatizmal kalp hastalığı, konjenital biküspit aort kapağı, sifiliz veya ankilozan spondilit veya reaktif artrit gibi kronik romatizmal durumların sonucudur.

Aort yetmezliğinde, diyastol sırasında, aorttan sol ventriküle geriye doğru kan akımına sebep olur. Bu durumda, volüm artar. Sol ventrikül başlangıçta genişleme ve hipertrofi ile kronik AY'yi kompanze eder. Miyokardiyal kasılma sonunda azalır ve sol atriyum ve pulmoner yataktaki kan hacmi artar. Bu pulmoner hipertansiyona ve sağ ventrikül yetmezliğine yol açar. Sol ventrikül kompanzasyon gereği artan kan volümünü arttırmak amacıyla hipertrofiye uğramıştır. Sol ventrikülün kompanzasyonu nedeniyle AY yıllarca asemptomatik ilerleyebilir.

- Hastalık ilerledikçe sol ventrikül yetmezliği, efor dispne, paroksizmal nokturnal dispne görülebilir. Nabız basıncı genişlemiştir (38).

Aort Yetmezliği Cerrahi Tedavi Endikasyonları

- Semptomatik hastalarda cerrahi gereklidir.
- İstirahatte sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu $\leq 50\%$ olan asemptomatik hastalarda cerrahi girişim düşünölmelidir.
- Koroner arter baypas greft veya çıkan aort cerrahisi veya başka bir kapağa cerrahi uygulanacak hastalarda cerrahi girişim önerilir.
- Aort kapak onarımının kapak replasmanına uygun bir alternatif olabileceği seçilmiş hastalarda ekibin karar vermesi önerilir.
- Şiddetli sol ventrikul genişlemesi olan ve istirahat ejeksiyon fraksiyonu 50% den büyük olan hastalarda cerrahi tedavi gereklidir (1,35).

2.3.5. Triküspit Yetmezlik (TY)

Triküspit kapak diyastolde kanın sağ atriyumdan sağ ventriküle, sistol sırasında ise kanın sağ ventrikül çıkış yönüne yönlendirilmesini sağlar.

• Triküspit Yetmezlik enfeksiyon, inflamasyon (romatizmal kalp hastalıkları, endokardit), konjenital (ebstein anomalisi, prolapsus), iatrojenik (ilaçlar, radyasyon, pacemaker veya defibrilatör leadleri) diğer nedenler (karsinoid sendrom, endomyokardiyal fibrozis, migzamatöz hastalıklar, torasik travma), pulmoner hipertansiyona neden olan tüm sebepler (Sol Kalp Hastalıkları, kapak hastalıkları veya sol ventrikül disfonksiyonu, dilate kardiyomyopatiler, şantlar, yüksek debili kalp hastalıkları) nedeniyle görölebilir (1).

Triküspit Yetmezlik Belirtiler

Triküspit yetmezlikte jüğüler venöz dolgunluk, sol sternal kenarda nefes almakla şiddeti artan sistolik üfürüm, hepatomegali ve sistolde karaciğer pulsasyonu, hepatojüğüler reflü, plevral sıvı birikimi, sarılık, asit, ödem, atriyal fibrilasyonlu olgularda düzensiz nabız, kalp debisi düşük olgularda periferik siyanoz, pulmoner hipertansiyon gibi belirtiler görölmektedir (3).

Triküspit Yetmezlikte Cerrahi Tedavi Endikasyonları

- Sol taraflı kapak cerrahisi uygulanacak, şiddetli birincil ya da ikincil TY'si olan hastalarda cerrahi girişim gereklidir.

- Şiddetli birincil TY'si olan ve şiddetli sağ ventrikül işlev bozukluğu bulunmayan semptomatik hastalarda cerrahi girişim gereklidir.
- Ciddi sağ ventrikül disfonksiyonu olmayan, ciddi izole primer triküspit yetmezliği bulunan semptomatik hastalarda cerrahi girişim gereklidir.
- Sol taraflı kapak cerrahisi uygulanacak, orta derecede birincil TY'si olan hastalarda cerrahi girişim düşünülmelidir.
- Sol taraflı kapak cerrahisi uygulanacak ve hafif veya orta derecede sekonder triküspit yetmezliği olan hastalarda sağ kalp yetmezliği belirtileri mevcutsa cerrahi girişim düşünülebilir (1,3).

2.3.6. Triküspit Darlık (TD)

Triküspit darlıkta, kapağın yapısında gelişen patolojik değişimler sonucu sağ atriumdan sağ ventriküle geçiş engellenmektedir. Triküspit darlığı (TD) tüm organik triküspit kapak hastalıklarının %2.4'ü oluşturup, genelde genç kadınlarda görülür.

Triküspit darlık çoğunlukla romatizmal kalp hastalıklarına bağlıdır. Diğer nedenler arasında enfektif endokardit, konjenital triküspit atrezisi ve metastatik karsinoid sendrom yer almaktadır. Romatolojik hastalıklarda triküspit darlığı genellikle mitral ve aortik kapak hastalıkları da eşlik eder. Valvüler anülüsde daralma, korda tendinealarda ve kapakçıkların kenarlarında füzyon ve kısalma, sağ atriyumda dilatasyon ve kalınlaşma mevcuttur (39,40).

Triküspit Darlık Belirtileri

Klinik bulgular azalmış kardiyak outputa bağlı gelişir. Yorgunluk, halsizlik, boyun ven dolgunluğu, hepatomegali, periferik ödem, atrial fibrilasyon yaygın görülen belirtilerdir (41).

Triküspit Darlık Cerrahi Tedavi Endikasyonları

Şiddetli TD'si olan semptomatik hastalarda cerrahi girişim gereklidir.

Sol taraflı kapak girişimi uygulanacak, şiddetli TD'si olan hastalarda cerrahi girişim gereklidir. Perkütan balon triküspit komissurotomi semptomatik ciddi triküspit darlığında kapak yetmezliği yoksa yapılabilir (1,35).

2.4.Tanı

Kalp kapak hastalığının tanısında hasta öyküsü, fiziksel muayene ve çeşitli testlere/grafilere dayanır. Ekokardiyogram kapak yapısını, işlevini ve kalp odası boyutunu gösterir. Transözofageal ekokardiyografi ve doppler renkli akış görüntüleme, kalp kapak hastalığının ilerlemesini teşhis etmeye ve izlemeye yardımcı olur. Gerçek zamanlı 3-D ekokardiyografi, mitral kapakçığı ve doğuştan kalp hastalıklarının tanılanmasında önemlidir. Göğüs röntgeni kalp boyutunu, değişen pulmoner dolaşımı ve kapak kireçlenmesini ortaya çıkarır. EKG, kalp atış hızı, ritim ve herhangi bir iskemi veya ventriküler hipertrofiyi tanımlar. Kalp kateterizasyonu, kalp odalarındaki basınç değişikliklerini algılar, kapaklar arasındaki basınç farklılıklarını kaydeder ve kapak açıklıklarının boyutunu ölçer (2).

2.5. Kalp Kapak Hastalıklarında Tedavi

2.5.1. Konservatif tedavi

Amaç tekrarlayan romatizmal ateşin ve EE'nin önlenmesidir. Tedavinin başarısı, ilgili kapaktaki hastalığın derecesine bağlıdır. Tedavide amaç kalp yetmezliği, akut pulmoner ödem, tromboembolizm ve tekrarlayan endokardit alevlenmelerinin önlenmesidir. Kalp yetmezliğinin tedavisinde vazodilatörler, pozitif inotropalar, β -adrenerjik blokerler, diüretikler ve düşük sodyumlu diyet yer alır. Antikoagülan tedavi, sistemik veya pulmoner embolinin önlenmesinde ve tedavisinde kullanılır. Atriyal fibrilasyonu olan hastalarda da profilaktik olarak kullanılır. Atriyal disritmiler yaygındır ve kalsiyum kanal blokerleri, alfa adrenerjik blokerleri, antidisritmik ilaçlar veya elektriksel kardiyoversiyon ile tedavi edilir (1,3).

2.5.2. Perkütan Transluminal Balon Valvüloplasti (PTBV)

Kalp kapak hastalığı olan bazı hastalar için alternatif bir tedavi perkütan transluminal balon valvüloplastidir. Balon valvüloplasti sırasında, yapışan komisyonlar bölünerek açılır. Balon valvüloplasti mitral, triküspit ve pulmonik hastalıklar için kullanılır, aort kapakta daha az sıklıkta kullanılır. İşlem kalp kateterizasyon tekniği ile yapılır. Balon uçlu bir kateter femoral arterden veya damardan stenotik kapağa ilerletilir. Kapak yaprakçıklarını ayırmak için balon şişirilir. Balon valvüloplasti prosedürü genellikle yaşlı yetişkinler ve cerrahi açıdan yüksek riskli hastalarda uygulanır (5,35).

2.5.3. Transkateter Aort Kapağı İmplantasyonu (TAVİ)

Transkateter Aort Kapak İmplantasyonu (TAVİ); açık kalp ameliyatı yapılmadan, kateter yöntemi kullanılarak kalbe biyoprotez aort kapak takılması işlemidir. Aort kapak replasmanı cerrahisi açısından yüksek riskli ya da inoperable kabul edilen semptomatik ciddi aort darlığı olan hastalar için, TAVİ alternatif bir tedavi stratejisidir. Transkateter aort kapak implantasyonu, yalnızca kalp cerrahisi uygulanabilen hastanelerde gerçekleştirilmelidir. (35)

2.5.4.Cerrahi Tedavi

Kapak hastalıklarının cerrahi tedavisinde kapak onarımı ve kapak değişimi yer almaktadır. Uygulanacak yöntem ilgili kapakçıklara, hastalığın patolojisine, ciddiyetine ve hastanın klinik durumuna bağlıdır.

Kapak onarımı genellikle tercih edilen cerrahi prosedürdür. Ameliyat sırasındaki mortalite riski kapak değişiminden daha düşüktür. Sıklıkla mitral ve triküspit kapaklarda kullanılır. Kapak onarımı değiştirme riskini ortadan kaldırsa da, kapak eski haline dönmeyebilir.

Mitral komissurotomi (valvülotomi) MD hastalarına uygulanan bir yöntemdir. Kapalı prosedürde, sol ventrikülün apeksinden mitral kapağın açıklığına bir transventriküler dilatör yerleştirilir. Açık girişimde kardiyopulmoner baypas yöntemi kullanılır. Cerrah atriyumdaki trombüsü çıkarır ve komissür kesisi yapar. Daha sonra, kaynaşmış korda papiller kasın bölünmesi ve kireçlenmiş kapakçığın debride edilmesiyle ayrılır.

Açık cerrahi valvüloplasti, yırtık yaprakçıkların, korda tendineaların veya papiller kasların dikilmesiyle kapağın onarımını içerir. Öncelikle mitral veya triküspit yetersizliğini tedavi etmek için kullanılır.

Anüloplasti mitral veya triküspit yetersizliği olan hastalar için daha fazla kapak onarımı veya rekonstrüksiyonu bir seçenektir. Anüloplasti, protez halkaların yardımı ile veya yardımcı olmadan anülüsün yeniden yapılandırılmasını içerir (1).

Kalp Kapak Protez Ameliyatı

Mitral, aort, triküspit ve bazen pulmoner kapak hastalığı için kapak değişimi gerekmektedir. Kapak değişiminde protezlerin trombojenitesinin düşük olması,

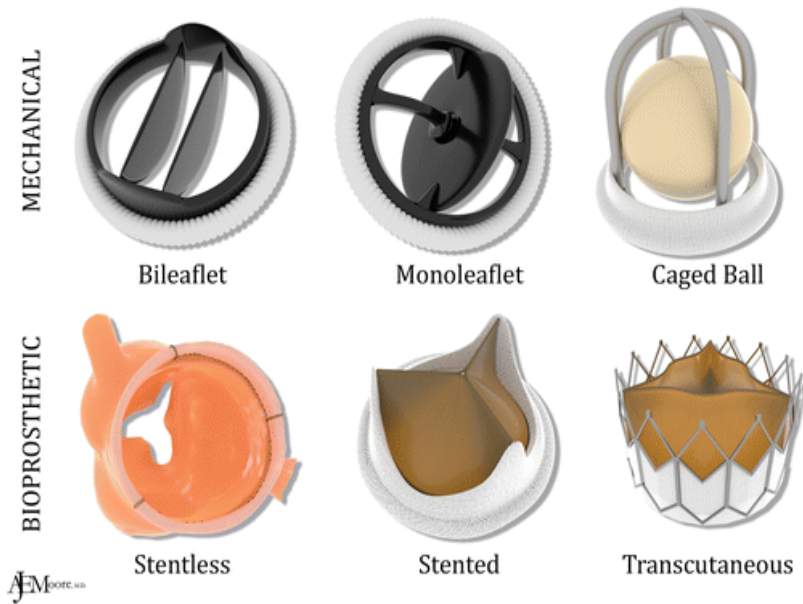
dayanıklı olması, minimal darlık yaratması istenmektedir. Kapak değişiminde protez kapaklar kullanılmaktadır.

Protez kapaklar, mekanik veya biyolojik (doku-kapakçık) kapaklar olarak iki tiptir. Mekanik kapaklar yapay malzemelerden üretilmiştir ve metal alaşımları, pirolitik karbon ve dacron kombinasyonlarından oluşur. Biyolojik kapaklar, sığır, domuz ve insan (kadavra) kalp dokusundan yapılır. "Hücresizleştirme" işlemi ile kadavra hücreleri kapaktan çıkarılır. Bu, bağışıklık tepkisi ve doku reddi riskini azaltır. Biyolojik kapakçıklar şekil olarak asimetriktir ve mekanik kapaklara kıyasla daha doğal bir kan akışı modeli oluşturur (2).

Protez Kapak Seçimi

Kapak protezlerinde mekanik ve biyolojik kapaklar öne çıkmaktadır (Şekil 3). Her iki protezi tutarlı bir şekilde karşılaştıran randomize çalışmalarda mekanik kapaklarda kapak trombozu ve tromboembolizm oranları daha yüksekken; biyoprotezlerde yeniden müdahale oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Yetişkinlerde mekanik ve biyolojik kapak, temel olarak mekanik bir kapakla antikoagülasyona bağlı kanama ve tromboembolizm riskine karşılık bir biyoprotez ile yapısal kapak bozulması riskinin tahmin edilmesi ve hastanın yaşam tarzı ve tercihleri dikkate alınarak belirlenir (42).



Şekil 3. Çeşitli Protez Kapak Tipleri –Mekanik ve Biyolojik kapaklar (43)

Mekanik kapak protez seçimine ilişkin öneriler:

- Bilgilendirilmiş hastanın isteğine göre ve uzun süreli antikoagülasyon için herhangi bir kontraendikasyon yoksa mekanik protez önerilir.

- Hızlandırılmış yapısal kapak bozulması riski olan hastalarda mekanik bir protez önerilir.

- Başka bir kapak pozisyonundaki mekanik protez nedeniyle halihazırda antikoagülasyon tedavisi gören hastalarda mekanik protez düşünülmelidir.

- Aort pozisyonundaki protezler için 60 yaşın altındaki hastalarda ve mitral pozisyonundaki protezler için 65 yaşın altındaki hastalarda mekanik protez düşünülmelidir.

- Makul bir yaşam beklentisi olan ve gelecekteki tekrar kapak cerrahisinin yüksek risk oluşturacağı hastalarda mekanik bir protez düşünülmelidir.

- Yüksek tromboembolizm riski nedeniyle halihazırda uzun süreli antikoagülasyon tedavisi gören hastalarda mekanik protez düşünülebilir (1,42).

Biyolojik kapak protezi seçimine ilişkin öneriler:

- Antikoagülasyon sağlanamadığında veya yüksek kanama riski nedeniyle (önceki büyük kanamalar, komorbiditeler, uyum sorunları, yaşam tarzı, meslek) kontrendike olduğunda biyoprotez önerilir.

- Uzun süreli antikoagülan kontrolüne rağmen mekanik kapak trombozu için yeniden ameliyat için bir biyoprotez önerilir.

- Düşük olasılık ve /veya gelecekteki tekrar kapak ameliyatı için düşük ameliyat riski olan hastalarda biyoprotez düşünülmelidir.

- Gebelik düşünen genç kadınlarda biyoprotez uygulanmalıdır.

- Aort pozisyonundaki bir protez için 65 yaş üstü veya mitral pozisyonda 70 yaş üstü veya beklenen ömür süresi biyoprotezin tahmini dayanıklılığından daha düşük olan hastalarda biyoprotez düşünülmelidir (42).

2.6. Kalp Kapak Değişimi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Kalp kapak değişimi ameliyatından önce hasta öyküsü sorgulanarak ve sistem tanılması yapılarak tüm sistemler değerlendirilmelidir.

- Hastanın öyküsünde akut romatizmal ateş ve EE varlığı, bu hastalıkları ne zaman geçirdiği ve antibiyotik kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır.
- Hastanın yorgunluk düzeyi, aktiviteyi tolere etme durumu, anjina varlığı, palpitasyon varlığı sorgulanmalı ve değerlendirilmelidir. Apikal ve periferik nabızların hızı ve ritmi değerlendirilir, kaydedilir. Kan basıncı ve ortostatik değişiklikler değerlendirilerek kaydedilmelidir. S3 ve/veya S4 varlığı için kalp sesleri dinlenmelidir. Akciğer sesleri dinlenmeli, yakın zamanda oluşan paroksizmal nokturnal dispne veya ortopne belirlenmelidir. Yorgunluk ve aktivite toleransında azalma şikayetlerinin olup olmadığı, eğer varsa yorgunluğun hangi aktivite düzeyinde geliştiği veya efor dispnesi gelişip gelişmediği belirlenmelidir. Efor dispnesi olan hastaların başı 45° elevasyona alınır (2,5).
- Hastaya derin solunum öksürük egzersizleri ve spirometre kullanımı öğretilmelidir (2). Yapılan randomize kontrollü çalışmada (2016) ameliyat öncesi spirometre kullanan hastaların ameliyat sonrası ventilasyon süresinin kısaldığı ve atelektazi riskini azalttığı belirtilmektedir (44).
- Bilinç durumunda değişiklik olup olmadığı değerlendirilmelidir.
- İdrar miktarı değerlendirmeli, hastanın hangi sıklıkta idrara çıktığı belirlenmeli, sıvı izlemi ile ilaç, laboratuvar bulguları (BUN, Kreatinin, Na⁺, K⁺) düzenli olarak takip edilerek var olan değişiklikler hekime bildirilmelidir. Diüretiklerin olası yan etkileri (hipokalemi, hiponatremi, hipomagnezemi, serum kreatinin düzeylerinde yükselme) izlenmeli ve kaydedilmelidir. Hekim istemine göre önerilen sıvı alımı ve sodyumdan kısıtlı diyeti alması sağlanmalıdır (2,45).
- Hastaya enerjiyi koruma teknikleri (oturarak çalışmak, çekmek yerine itmek, yukarı kaldırmak yerine kaydırmak, sık kullanılan eşyaları kolay ulaşılabilir yere koymak, çalışma ve dinlenme çizelgesi yapmak) öğretilir.
- Hastaya yapılacak olan ameliyat öncesi eğitimde: sternal insizyonu bulunacağı, bir ya da iki göğüs tüpü olacağı, üriner kateteri olacağı, pacemaker telleri olacağı, yoğun bakım ünitesinde hemodinamik monitorizasyon yapılacağı, ağzında endotrakeal tüp (ETT) ile uyanacağı, birkaç saat mekanik ventilasyona bağlı olacağı, ETT varken konuşamayacağı anlatılmalıdır (2,46).

Ameliyat öncesi anksiyete yaygın olarak görülmektedir. Anksiyete düzeyi belirlenerek, hastanın baş etmesi desteklenmelidir. En büyük korkular bilinmeyen

korkusu, zarar görme korkusu ve ölüm korkusudur. Hastanın kendini ifade etmesi sağlanmalı, soru sormasına fırsat verilerek anksiyetesi azaltılmaya çalışılmalıdır. Benzer ameliyatı geçirmiş hastalarla bir araya gelmesi sağlanarak, diğer hastaların deneyimlerinden yararlanması sağlanmalıdır (2).

Ameliyat öncesi açlık: Yetişkin ve çocuklar elektif cerrahiden iki saat öncesine kadar berrak sıvı alabilirler. Katı gıdalar ameliyattan altı saat öncesinde kesilmelidir.

Ameliyattan önce sigara içilmesi, sakız çiğnenmesi, şeker yenmesi ameliyatın ertelenmesine yol açmaz. Elektif cerrahiden iki saat önce hastaların (diyabet hastaları dahil) karbonhidrattan zengin sıvı içmeleri güvenlidir. Elektif cerrahi öncesi karbonhidrattan zengin sıvıların içilmesi subjektif iyilik halini artırır, susuzluk ve açlık hissini azaltır ve ameliyat sonrası insülin direncini azaltır (47).

Kan şekeri regülasyonu: Oral antidiyabetik alan hastalarda kan şekeri altı saat arayla izlenmelidir. İnsulin kullanan hastalarda izlem dört saat arayla olmalıdır. Kan şekeri 100-180 mg/dl arasında tutulmalıdır (48).

Tüy temizliği: Ameliyat öncesi tüy temizliği şart değildir. Eğer yapılacaksa ameliyattan hemen önce ameliyathanede ya da serviste klipperlarla yapılmalıdır. Cerrahi alanın temizliğinde klorheksidin içeren alkol bazlı solüsyonlar kullanılması önerilmektedir. Cerrahi el yıkamada, eldiven giymeden önce ameliyat öncesi su ve antimikrobiyal sabun ya da alkol bazlı antiseptiklerle fırçalama önerilmektedir. Cerrahi el yıkama iki-beş dk sürmelidir. Ellerde takı, protez tırnak ve oje bulunmamalıdır (49).

Ameliyat öncesi duş: Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede klorheksidinli duş almanın üstünlüğünü gösteren yeterli kanıt bulunamamasına rağmen (50) uygulamada hastalar ameliyat öncesi klorheksidin ile duş almaktadır.

Antibiyotik profilaksisi: Standart kardiyak cerrahi prosedürlerinde uygunluk ve maliyet etkililiği açısından sefalosporin türleri profilaksi amacıyla kullanılabilir. Beta laktam grubu antibiyotik türleri hastada MRSA görülme riski yüksekse kullanılabilir. Stafilokok kolonizasyon testi negatif çıkmadığı sürece nazal mupirosin kalp cerrahisi geçiren hastalara önerilmektedir. Kalp cerrahisi için sefazolin kullanılacaksa cilt kesinden bir saat önce uygulanmalıdır. Hasta 60 kg'dan fazla ise bu doz iki gram olmalıdır. Hastanın böbrek fonksiyonları normal ise üç dört saat sonra bir gramlık tek doz tekrarlanabilir. Kardiyopulmoner Baypas (KPB) dört saatten az sürecekse, KPB bitene dek doz ertelenebilir (51).

2.7. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Hemşirelik Bakımı

Kalp kapak ameliyatı sonrası her hastanın kalış süresi birbirinden farklı olsa da tüm hastalar yoğun bakım ünitesinde izlenmektedir. Hastalar anestezi etkisinden kurtulup, hemodinamik stabilite sağlanana dek bakım ve tedavileri yoğun bakım ünitesinde sürdürülmektedir.

Hastalar yoğun bakım ünitesinde invaziv ve noninvaziv monitorizasyonla izlenmektedir. Hemşire, hastanın bakımını yürütürken uyanıklık durumunu kontrol ederek, hastayı ekstübasyona uygunluk açısından değerlendirmelidir (5). Kalp cerrahisi sonrası hemşirelik bakımının temel amacı komplikasyonların önlenmesi ve iyileşmenin sağlanmasıdır (52). Ameliyat sonrası hemşirelik bakımının amaçları şu şekilde sıralanabilir:

Kanama kontrolü

Açık kalp cerrahisi sonrası kanama ciddi bir komplikasyondur ve ani gelişebilir. Hastanın göğüs tüplerinden gelen drenaj miktarı, yaşam bulguları, santral venöz basıncı yakından izlenmelidir (52). Göğüs tüplerinden gelen ani ve akışkan drenaj ameliyat yerinde mekanik nedenlerden kaynaklı bir kanamayı işaret etmektedir. Yapılan bir araştırmada (2016) 29 merkezde 4.094 hastanın 129'unda kanama gelişmiş olup, 52 hasta yeniden ameliyata alınmıştır. Genel insidans %2.6 olarak bildirilmiştir. Bu çalışma sonucunda akut kanama tanımlaması olarak İlk 24 saat içinde ardarda altı saat boyunca 1,5 ml/ kg /saat'ten fazla kan kaybı veya hemostaz için erken yeniden ameliyata alınma akut kanama olarak tanımlanmıştır (53).

Kardiyak fonksiyonun ve yeterli doku perfüzyonunun sürdürülmesi

Yeterli dolaşımın göstergeleri olan kalp debisi, nabız hızı, invaziv kan basıncı, periferik nabızlar ve idrar çıkışı izlenmeli, kalp sesleri ve varsa kalp pilinin işlevselliği ve durumu kontrol edilmelidir. Kan basıncının kontrolü yeterli doku perfüzyonunu sağlanmasında temeldir. Ayrıca anastomozu koruyarak kanamayı önler. Kan basıncı kontrolü önemli olup, hipertansiyon durumunda sodyum nitroprusit kullanılabilir.

Hemodinamik parametreler (kan basıncı, ön yük, kalp debisi vb.), arteriyel kan gazları (pO₂, PCO₂, pH, elektrolit düzeyleri özellikle potasyum, sodyum, kalsiyum), laboraturar bulguları, kan şekeri, pıhtılaşma profili izlenir (54).

Mediastinal ve/veya toraks göğüs tüpleri sızıntı ve tıkanıklık açısından değerlendirilmeli ve pansumanları kontrol edilmelidir. Özellikle ameliyat sonrası ilk dört saatte sık takip edilmelidir. Göğüs tüpü drenajının 200 cc/saat'den fazla olması kanamayı düşündürmeli ve hipovolemiye bağlı kalp debisini azaltacağı unutulmamalıdır.

Hasta tromboemboli belirtileri açısından izlenmelidir. Hastada göğüs ağrısı (miyokard ya da akciğer), sırt ağrısı (mezenterik), ekstremitelerde ağrı, idrar atımında azalma, hemiparezi, pupil değişiklikleri (serebrovasküler olay) açısından takip edilmelidir (55).

Pulmoner komplikasyonların önlenmesi

Atektazi ve pnomoni açık kalp ameliyatı sonrası en yaygın görülen komplikasyonlardandır. Kardiyopulmoner baypas tekniği ve açık ameliyat olması nedeniyle akciğerler en fazla etkilenen organdır. Ameliyat öncesi solunum fonksiyonlarda bozukluk olan hastaların akciğer fonksiyonlarında kötüleşme beklenen bir sonuçtur. Pulmoner fonksiyonların sürdürülmesinde hastaya solunum- öksürük egzersizler ile spirometrik egzersizlerin yaptırılması oldukça önemlidir. Pulmoner komplikasyonların önlenmesinde diğer önemli konu göğüs tüplerinin izlemidir. Göğüs tüpü olan hastanın akciğer sesleri dinlenmeli, pansumanı gergin olmalı, drenaj varlığı izlenmeli, hava kabarcıkları olup olmadığı değerlendirilmeli, tüpün bağlantı noktaları kontrol edilmeli, tüpte kıvrılma katlanma olmamasına dikkat edilmeli, tüp giriş yerinden yüksek seviyeye çıkarılmamalı ve tüpün devrilmemesine dikkat edilmelidir. Göğüs tüpü bakımında dikkat edilecek noktalar hasta ve ailesine açıklanmalıdır (56,57)

Sıvı volüm ve elektrolit dengesinin sürdürülmesi

Kalp cerrahisi sonrası oluşabilecek sıvı ve elektrolit dengesizliklerinin önlenmesi için hastanın aldığı çıkardığı sıvıların izlenmesi, hemodinamik parametrelerin izlenmesi, boyun venlerinde dolgunluk olup olmadığının kontrolü, akciğer seslerinin dinlenmesi ve hastanın elektrolit değerlerinin izlenmesi gereklidir (55,57).

Serum elektrolitlerinde değişiklikler özellikle potasyum, sodyum, magnezyum ve izlenmesi ve eksikliğinde yerine konması çok önemlidir. Hipokalemi, kalp cerrahisinden sonra yaygındır çünkü bu hastalarda sodyum tutulmakta ve idrarla potasyum atılmaktadır. Hipokalemi ventriküler aritmi riskini arttırdığından, özellikle

ameliyat sonrası erken dönemde poliüri varlığında serum potasyumu sık sık izlenmelidir. Ameliyat sonrası ventriküler aritmi riski, serum potasyumunun normal aralıkta tutulmasıyla azaltılabilir. Hipomagnezemi diğer yaygın görülen elektrolit dengesizliğidir. Normal böbrek fonksiyonuna sahip hastalarda magnezyum desteği önerilmektedir (57,58).

Disritminin önlenmesi

Ameliyat sonrası dönemde hastaların kalp seslerinin dinlenmesi, ritim ve hız kontrolünün yapılması oldukça önemlidir. Hasta monitorize değilse, kalp sesleri apeksten bir dakika boyunca dinlenmelidir. Açık kalp ameliyatı sonrası en yaygın görülen disritim atrial fibrilasyondur. Tedavide atrial fibrilasyona neden olan hipoksi, volüm dengesizlikleri ve elektrolit dengesizliklerinin (özellikle potasyum ve magnezyum) önlenmesi ve yönetilmesi ilk yaklaşımdır (58). Sinüs ritminin sağlanmasında hemodinamik dengesizlik varsa, elektriksel kardiyoversiyon önerilmektedir. Semptomatik hastalar için antiaritmik ilaçlar önerilmektedir. Kanama ile ilgili risk göz önüne alınarak inme riski yüksek olan hastalarda oral antikoagülasyon kullanılabilir. Antikoagülasyon alan hastanın gerekli hemşirelik yaklaşımları uygulanmalıdır (59).

Nörolojik komplikasyonların önlenmesi

Açık kalp ameliyatı sonrası nörolojik komplikasyonlar inme, kognitif bozukluk ve deliryum olarak sıralanabilir. Hastanın nörolojik durumu ameliyat öncesi durumu ile karşılaştırılmalıdır. Nörolojik komplikasyonların önlenmesinde kan basıncının hastaya göre optimal düzeyde tutulması, oksijen saturasyonunun ameliyat öncesi döneme kadar yükseltilmesi, hemoglobin düzeyinin en az 7,5 g/dl üzerinde tutulması önerilmektedir (60). Hastanın dinlenmesi ve mümkün olduğu kadar kesintisiz uyuması sağlanmalıdır. Hastaya verilecek tüm bakımlar öncesinde hasta ile konuşularak açıklanmalı, işbirliği sağlanmalıdır (40,57,61).

Ağrı kontrolü

Kalp cerrahisinden sonra ağrının giderilmesi pulmoner komplikasyonların önlenmesinde ve sonra yoğun bakım ünitesinde kalış süresinin azaltılmasında etkilidir (62). Hastalar sternotomi insizyonununa göre göğüs tüpü giriş bölgelerinde daha fazla

ağrı yaşamaktadırlar (63). Öksürük yarada mekanik baskıya neden olur. Hastanın bir yastığa veya battaniye rulosuna sarılmasıyla yara yerini desteklemesi sağlanabilir. Amaç, solunum dürtüsünü veya öksürük refleksini baskılamadan hastayı mümkün olduğunca ağrısız tutmaktır. Kalp cerrahisi sonrası ağrının giderilmesinde en yaygın olarak opioid analjezikler kullanılmaktadır. İntravenöz hasta kontrollü analjezi, aralıklı dozlaşmanın yetersiz olması durumunda etkili bir ağrı kontrol yöntemi olmuştur. Kontrendikasyon yoksa steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar kullanılabilir.

Kalp cerrahisi sonrası multimodal analjezi kullanımı önerilmektedir (64). Yirmi üç çalışmada 2.669 katılımcının incelendiği bir sistematik incelemede, psikolojik müdahalelerin açık kalp cerrahisi sonrası ağrıyı azalttığına dair yeterli kanıt olmamasına rağmen; bire bir yapılan yüz yüze görüşmelerde mental distressi azaltmada etkili olduğu, olumlu etkinin devamı için klinisyenlerin mümkünse taburculuk sonrası görüşmelerini sürdürmesi önerilmiştir. Hiçbir müdahale yönteminin (psikoeğitim, gevşeme veya bilişsel-davranışçı yaklaşım) diğerlerine üstünlüğü saptanmamıştır. (65).

Kalp cerrahisi geçiren yetişkin hastaların, optimal analjezi için ağrı varlığı ve şiddeti rutin değerlendirmesinden geçmesi önerilir. Hasta kontrollü analjezi, hemşire tarafından yönlendirilen bir protokol üzerinden uygulanmalıdır. İntravenöz opioidler ile birlikte IV parasetamol, kalp cerrahisi sonrası yoğun bakım ünitesinde postoperatif ağrı için birinci basamak tedavi olarak düşünülmelidir. Ameliyat sonrası kontraendikasyonu olmayan hastalarda kısa süreli düşük doz NSAID'ler ikinci basamak olarak uygulanması önerilir. COX-2 inhibitörleri, kalp cerrahisi hastalarında uygulanmamalıdır (66).

Renal komplikasyonların önlenmesi

Renal fonksiyonlarda bozulma ameliyat sonrası dönemde önemli bir problemidir. Kardiyopulmoner baypas ile kalp ameliyatlarından sonra, fazla sıvının çoğu vasküler boşlukta olmamasına rağmen toplam vücut suyu (ve sodyum) arttığı için diürez beklenir.

Hastanın idrar miktarının izlenmesi önemlidir. Saatte 0,5-1 mL/kg idrar çıkışı genellikle normal böbrek fonksiyonunu ve perfüzyonu gösterir. Ameliyat sonrası erken dönemde düşük idrar çıkışı genellikle dolaşımdaki yetersiz kan hacmine bağlıdır. Hastanın aldığı çıkardığı sıvıların takibi, göğüs tüplerinden gelen drenaj miktarının

izlenmesi önemlidir. Böbrek fonksiyon testleri (BUN, kreatinin, GFR) değerlendirilmelidir. Gerekli ise hekim istemine göre diüretik ilaçları verilir. Verilen diüretik ilaçların etkisi izlenmelidir. Ameliyat sonrası böbrek fonksiyonlarında ciddi bozukluk olan hastalarda diyaliz uygulanması gerekebilir (52,61).

2.7. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Taburculuk Eğitimi

Ameliyat sonrası hastaların taburculuğa hazırlanması ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Taburculuk eğitiminde yer alması gereken temel konular şu şekildedir:

Enfektif endokardit

Kalp kapak hastaları EE açısından risk altında olduklarından hastalara endokarditin önlenmesi için gerekli açıklamalar yapılmalıdır. İnvaziv işlemler öncesinde antibiyotik kullanmaları gerektiği anlatılır.

Şu durumlarda profilaksi gerekmektedir:

- Diş etine herhangi bir invaziv girişim, diş çekimi gibi işlemler
- Solunum yolu ile ilgili yapılan invaziv girişimler (biyopsi, insizyon Tonsillektomi ve adenoidektomi vb.)

- Deri veya kas-iskelet yapılarını içeren herhangi bir cerrahi girişim

Profilaksi için önerilen antibiyotikler kullanılmalıdır. Girişimden 30-60 dk önce, tek doz haline uygulanmalıdır.

Amoxicillin – 2 g oral (dental işlemler)

Ampicillin – 2 g intramüsküler veya intravenöz

Cefazolin or Ceftriaxone – 1 g intramüsküler veya intravenöz

Cephalexin – 2 g oral (50 mg/kg) (dental işlemler)

Clindamycin – 600 mg oral; intramüsküler veya intravenöz

Azithromycin veya Clarithromycin – 500 mg oral (dental işlemler) (67).

Ameliyat bölgesi bakımı

Ameliyat bölgesi temiz ve kuru tutulmalıdır. Kıyafetlerin temizliğine özen gösterilmelidir. Pamuklu giysiler tercih edilmelidir. Ameliyat bölgesinin iyileşme sürecinde kaşıntı, gerginlik veya uyuşma normaldir. İnsizyon bölgesinde hassasiyet,

akıntı, kızarıklık artışı olduğunda hekime başvurulmalıdır. Duş sırasında keseleme yapılmamalı ve aşırı sıcaktan kaçınılmalıdır (57).

Sternum korunmasına ilişkin öneriler

Sternotomi uygulanan hastalara ameliyat sonrası ilk altı-sekiz hafta öksürürken ve hapşırırken "kendi kendine sarılmaları" öğretilmelidir. Toraksın tüm çevresini destekleyecek sternal bir yelek giymelidir. Sternotomiden altı-sekiz hafta sonra başta BKİ ≥ 35 olan hastalar sternal koruma için destekleyici yelek giymelidir. Sütüyen bedeni D ve üzeri olan hastalar ameliyat sonrası ilk altı-sekiz hafta destekleyici şekillendirici sütüyen giymelidir. Hastalar sırtüstü yerden oturur pozisyona geçerken alt göğüs ağrısını en aza indirmek için sternotomiden sonraki ilk altı-sekiz hafta "dirsek yöntemini" kullanabilirler (68).

Fiziksel Aktiviteler

İyileşme için bir dinlenme ve egzersiz dengesi gerekmektedir. Faaliyetler arasında dinlenme ve kısa uyku zamanları yer almalıdır. Dinlenme, 20-30 dakika boyunca sessizce oturmayı da içerir. Egzersiz yapmadan önce yemeklerden 30 dakika sonra dinlenme gereklidir. Rahat nefes alamadığında, kalp atışlarının düzensizleştiği, göğüs ağrısı hissettiğinde aktivite hemen bırakılmalıdır. Aktivite sonlandırıldıktan 20 dk sonra, belirtilerde gerileme olmuyorsa hemen hekime başvurulmalıdır. En iyi egzersiz şekli yürüyüştür. Yürüyüş dolaşımı arttırarak kalp kasını güçlenmesine yardımcı olmaktadır. Hekim önermeden merdiven çıkılmamalıdır. Yorgunluk durumunda mutlaka dinlenme sağlanmalıdır (69).

Cinsel aktivite

Ameliyat öncesinde özellikle ciddi yetmezlikleri olan hastalarda cinsel fonksiyon önemli ölçüde azalırken, ameliyat sonrasında protez kapak sonrasına hastalar cinsel hayatlarına devam edebilmektedirler. Kalp ameliyatları hastaların cinsel fonksiyonlarını etkilemektedir. Hasta iki-dört hafta sonra kendini rahat hissettiğinde cinsel ilişkiye başlayabilir. Cinsel ilişki sırasında kollara ağırlık vermeyerek, sternuma baskı yapmayacak şekilde cinsel ilişki önerilmektedir. Yemek sonrası, alkol alındıktan sonra ya da yorgun hissedilen zamanlarda cinsel aktivite önerilmemektedir (70,71).

Seyahat

Ameliyattan sonra sternum iyileşmesi ile ilişkili olarak hasta altı boyunca ağır aktivitelerden kaçınmalıdır. Altı hafta araba kullanmamalıdır. Taburcu olduktan sonra otobüs yolculuğu yapılabilir. Ameliyat bölgesinin üstü küçük bir yastıkla destekleyerek emniyet kemeri kullanılması gerekmektedir (70).

İşe dönüş

Ameliyat sonrası işe başlama genellikle 12 hafta sürmektedir. Hekim önerisine göre işe başlanması gerekmektedir.

Ameliyat sonrası ilk altı hafta yapılabilen aktiviteler:

Hafif ev işleri (Toz almak, masayı silmek, bulaşık yıkamak)
Yemek pişirmek
Kitap okumak
Merdiven çıkmak
Alışveriş yapmak
Araba ile seyahat etmek
Saç şampuanlamak

İlk üç ayda yapılabilen aktiviteler

Kısmi zamanlı işe geri dönebilmek
Ağır ev işleri (Elektrik süpürgesi kullanmak)
Ütü yapmak
Balık tutmak
Köpek gezdirmek
Küçük bir el arabasını kullanabilmek

İlk altı ayda yapılan aktiviteler

Ağır ev işleri (Yerleri silmek)
Ağır bahçe işleri (Toprağı kazmak, çiçek ekmek vb.)
Futbol, tenis, bowling oynayabilmek
Yürüyüş, bisiklet binme, ağır kaldırma

Motorsiklete binme (70).

Gebelik

Gebelik öncesi ve esnasındaki tedavi ve doğumun planlanması- doğum uzmanları, kardiyologlar, hasta ve ailesi arasında tartışılmalıdır. Hamilelik öncesi kapak hastalığı değerlendirilmeli ve gerektiğinde tedavi edilmelidir. Belirli durumlarda hamilelik önerilmeyebilir. Mekanik kapaklı hastalarda maternal mortalitenin %1-4 olduğu tahmin edilmektedir. Hastalar riskler hakkında ve gebelik olduğunda pıhtı önler tedaviyle ilgili zorluklarla ilgili bilgilendirilmelidir. İlk üç aylık dönemde K vitamini antagonistleri, düşük moleküler ağırlıklı heparinler arasında seçim yapılırken anneye ve fetusa ait riskler dikkatle değerlendirilmelidir. İkinci ve üçüncü üç aylık dönemde, 36. haftaya kadar K vitamini antagonistleri tercih edilmeli ve 36. haftadan sonra heparine geçilmelidir (72).

2.8. Kalp Kapak Protez Ameliyatı ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini, bir bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile bağlantılı olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algısı olarak tanımlamaktadır (73) (74). Bir bireyin fiziksel sağlığından, psikolojik durumundan, bağımsızlık düzeyinden, sosyal ilişkilerinden ve onların göze çarpan özellikleriyle ilişkilerinden etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır. Yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (health related quality of life-HRQOL) kavramını ve çevre, aile ve iş gibi diğer alanları kapsar. HRQOL, kişinin olağan veya beklenen fiziksel, duygusal ve sosyal refahının tıbbi bir durumdan veya tedavisinden ne ölçüde etkilendiğidir. Bu nedenle HRQOL ölçümü, kişinin sağlığı ve hastalığı bağlamında yaşam kalitesini yakalamaya çalışır (75). Hasta tarafından bildirilen sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, tamamlayıcı bir sağlık hizmeti sonucudur ve tedavi ve bakımının etkinliğini değerlendirilmesinde önemlidir (76).

Kalp hayati bir organ olduğu için özellikle kalp cerrahisinden önce hastalar için önemli bir sorundur. Kalp kapak değişimi ameliyatı sonrası amaç erken mortalitenin yanı sıra yüksek yaşam kalitesini de içeren morbiditeyi önlemektir (77). Kalp kapak değişimi sonrası yenilenen kapak, kanın yeterli bir şekilde ventriküllere dolmasını sağlar. Bu nedenle ejeksiyon fraksiyonu artarak oksijenasyon optimal düzeye gelmektedir. Böylelikle ameliyat öncesi özellikle efor dispnesi gibi hastaların günlük

yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine engel olan bir durum ortadan kalkar ve hastalarda yaşam kalitesinde iyileşme görülebilir (13).

Kalp ameliyatları sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (Short form-SF-36) en sık kullanılan ölçektir. Mekanik kapak değişimi ameliyatı sonrası sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin incelendiği bir sistematik derlemede sekiz çalışma incelemeye dahil edilmiş olup çalışmaların tamamında SF-36 kullanılmıştır. Sistematik inceleme sonucunda ameliyat öncesi yaşam kalitesi ölçeğinde özellikle SF-36 ölçeği alt boyutlarında sağlık rol-fiziksel, fiziksel-fonksiyon, canlılık ve duygusal rollerde bozulma olduğu; ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesinde iyileşme olduğu, ameliyat sonrası erken dönemde tüm veriler, sekiz sağlık alanından en az dördünde (fiziksel işlev, rol-fiziksel, canlılık, sosyal işlev) önemli gelişme gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (78).

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler incelendiğinde yaş ve ameliyatın da tek başına etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası yaşam kalitesi ile hem yaş hem de ameliyat riski arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir korelasyon saptandığı; aynı zamanda ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (79). Ameliyat sonrası hastaların yaşam kalitesinde iyileşme olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur (15,80–83). Yetmiş beş yaş ve üstü hastalarda yapılan bir araştırmada kalp ameliyatından üç ay sonra tüm ortalama SF-36 skorlarının ameliyattan 12 hafta sonra önemli ölçüde iyileştiği gösterilmiştir (80). Yapılan bir araştırmada ameliyat öncesi duruma kıyasla, hastaların %21.9'unun kalp cerrahisinden bir yıl sonra SF-36 fiziksel alan skorunda bir iyileşme göstermediği saptanmıştır. Fiziksel alanında iyileşmeme için bağımsız risk faktörleri, temel SF-36 fiziksel alan puanı, diyabet, kadın cinsiyet, ameliyat sonrası enfeksiyon ve bir yıl içinde perkütan koroner girişim yapılması olarak bulunmuştur (81). Kalp ameliyatından altı ve on iki ay sonra yaşam kalitesinin incelendiği başka bir araştırmada özellikle ameliyat sonrası altıncı ayda yaşlı hastaların yaşam kalitesi puanlarının genç hastalar kadar iyileştiği; SF ölçeğinde yaşlı ve genç grup arasındaki tek farkın fiziksel rol olduğu bildirilmiştir (84). Başka bir çalışmada yaşam kalitesinde ameliyat öncesi ile kıyaslandığında ameliyattan on yıl sonrasında da iyileşme olduğu saptanmıştır (82). Yoğun bakımda kalma durumunun hastaların yaşam kalitelerini etkilediği bildirilmiştir. Yaşam kalitesi ile yoğun bakımdaki kalış süresi

arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada yoğun bakımda beş günden fazla kalan kardiyak cerrahi hastalarının, yoğun bakımda daha kısa kalan hastalara göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlandığı ve daha fazla ailesel desteğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır (85).

Kapak cerrahisi hastalarında yaşam kalitesinin incelendiği çalışmalar sınırlı olup (15) yapılan çalışmalar genellikle tanımlayıcı özelliktedir ve tüm kalp cerrahisi hastalarının yer aldığı çalışmalardır (79–81,84,86). Bazı araştırmalarda örneklem grubunun ameliyat tipi belirtilmemiştir (81,85).

Literatür incelendiğinde hemşire liderliğinde danışmanlığın yaşam kalitesine etkisinin incelendiği araştırma sonuçlarına ulaşılammıştır. Türkiye’de yapılan araştırmaların ikisi tanımlayıcı olup; yaşam kalitesi düzeyini belirlemeye yöneliktir. Bu çalışmalardan ilki KABG ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirildiği tanımlayıcı araştırmadır. Bu araştırmada ameliyattan altı hafta ve bir yıl sonraki yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarında ameliyat öncesi değerlere göre anlamlı derecede artış olduğu saptanmıştır (10). Kara ve Yılmaz ise koroner baypas greft hastalarında uyum, öz-etkililik ve yaşam kalitesini incelemiş olup; öz-etkililik ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (87). Ülkemizde kardiyak cerrahi hastalarında yaşam kalitesinin incelendiği girişimsel tipte bir araştırmaya ulaşılmıştır. Bu çalışma randomize kontrollü prospektif tipte olup, yapılandırılmış hasta eğitiminin KABG hastalarında hastaların bilgi düzeyini ve yaşam kalitesini arttırdığını ortaya koymuştur (88). Tüm bu nedenlerden dolayı hemşirenin yapacağı danışmanlığın çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesine ile etkilerinin incelenmesi, bu araştırmanın yapılma amaçlarından birini oluşturmaktadır.

2.9. Kalp Kapak Protez Ameliyatı ve Öz-etkililik

Öz-etkililik, bir bireyin belirli bir görevi gerçekleştirmek için gereken motivasyonu, bilişsel kaynakları ve eylem planlarını harekete geçirme yetenekleri hakkındaki güvenini veya inançlarını ifade eder. Öz-etkililik, sağlıkta ve kronik hastalıkta davranışsal, kişisel ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimi tanımlayan sosyal-bilişsel teoriye dayalı psikolojik bir yapıdır (89,90). Öz-etkililik kavramı ilk olarak Bandura tarafından ortaya konmuş olup; davranış değişikliklerinin ortak bir mekanizma aracılığıyla gerçekleştiğini ileri sürmüştür. Bu teoriye göre, iki tür beklenti

davranışı etkilemektedir. Sonuç beklentisi ve öz-etkililik beklentisi. Sonuç beklentisi belirli davranışların belirli sonuçlara neden olacağına ilişkin inançtır. Öz-etkililik beklentisi ise, kişinin söz konusu davranışı başaracağına inancıdır (89,91). Bandura'ya göre, öz-etkililik beklentileri davranış değişikliğinin en önemli belirleyicisidir. Çünkü öz-etkililik beklentisi davranışın oluşması için karar vermeyi, zorluklarla başa çıkmayı ve gösterilen çabayı belirler. Aynı zamanda etkililik beklentisine kişisel deneyimlerin de önemli katkısı olmaktadır. Geçmişte başarı deneyimleri daha fazla olan bireylerin, başarısızlık deneyimleri daha fazla olan bireylere göre pozitif öz-etkililik beklentilerine sahip olmaları beklenmektedir. Bu nedenle bireylerin genel öz-etkililik beklentilerinde bireysel farklılıklar olduğu öne sürülmüştür. Kişinin çeşitli durumlarda başarı ve başarısızlıkla ilgili geçmiş deneyimleri, bireyin yeni durumlar hakkında beklentilerine ışık tutmaktadır (89,90).

Öz-etkililik teorisi, hastaların sağlık davranışlarını uygun davranmalarına ilişkin duydukları güvenin bu davranışlara katılımlarını ve bu davranışların eylemi etkilediğini (örneğin, diyet ve egzersize bağlılık) ve bunun da sağlık sonuçlarını etkilediğini ileri sürer. Gerçekte, öz-etkililik yapısı psikolojik alanın çok ötesine geçmiştir ve birçok kronik hastalık ortamında sağlık davranışlarını ve kronik hastalık yönetimini etkilemektedir (92).

Öz-etkililik kavramı hemşirelik kuramlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Öz-etkililik kavramı sağlığı yükseltme modelinde merkezde yer alır. Bu modelde kişinin sağlığının çevreden etkilediği vurgulanmaktadır. Pender'e göre insan davranışlarının nedeni oldukça karmaşıktır ve biyopsikososyal süreçler insanı sağlığı sürdürme davranışlarına yöneltir. Pender, önceki deneyimlerin, davranışların şimdiki sağlık davranışlarını etkilediğini belirtilmektedir. Kişinin engel olarak algıladıkları durumlar, davranışlarını sınırlandırabilir. Bir davranışa yönelik olumlu etki, daha fazla algılanan öz-etkililik ile sonuçlanır ve bu da, olumlu duygulanımın artmasıyla sonuçlanabilir. Aileler, akranlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlığı geliştirici davranışa bağlılığı ve katılımı artırabilen veya azaltabilen önemli kişiler arası etki kaynaklarıdır (93,94).

Algılanan öz-etkililik sağlığı iki şekilde etkiler. Birincisi, biyolojik sistemdir. Fiziksel durumlarını iyileştiren bir şeyler yapabileceklerine inanan hastaların daha az depresif ve daha az stresli oldukları bildirilmiştir. İkinci olarak, öz-etkililik inançları

sağlıklı davranışların seçilmesini ve hareket etmesini etkiler ve böylece sağlığın durumu etkilenir. Sağlıklı davranışın sağlık risklerinin ve faydalarının farkında olmak ön koşul iken, davranış değişikliklerinin meydana gelmesi için öz-etkililik esastır. Artan öz-etkililik davranışları, motivasyonu, inançları, düşünce kalıplarını ve duygusal refahı geliştirir. Özyönetim programları ve tele sağlık sistemini kullanarak öz yeterliliği geliştirmek ve arttırmak, sağlıklı sonuçlarla doğrudan ilişkili davranışlara yol açar. Sağlık sonucu, sırayla hastalarda daha fazla bağlılığı etkiler. Sistemik ve geri bildirim döngüsü geliştirilerek sağlıklı alışkanlık ve davranışların takibi kolaylaştırılır. Diğer bir deyişle, elde edilen sağlık gelişimi, bireysel ve sosyal motivasyonu yükselterek sağlıklı davranışları gerçekleştirme özsaygısını artırarak öz yeterliliğin artmasına neden olabilir. Sonuç olarak, bu olumlu geri bildirim, sağlıklı davranışlar sergileme çabalarını ve zaman içinde daha fazla bağlılığı güçlendirir (20,93).

Literatürde kalp hastalıklarında öz etkililiğin incelendiği çalışmalar yer almaktadır. Koroner kalp hastalarında yapılan bir araştırmada öz-etkililik düzeyinin kalp yetmezliği ile ilişkili olan hastane yatışlarında bir belirleyici olduğu, kardiyak fonksiyonun azalmasında öz-etkililik düzeyinin düşük olmasının ilişkili olduğu saptanmıştır (95). Kalp yetmezliği hastalarında yapılan hastalıkla ilgili teorik bilgi, günlük kendi kendine yönetim ve egzersiz rehberliği konusunda yapılan sağlık eğitiminin hastaların öz yeterlilik, öz yönetim ve yaşam kalitesine etkisini arttırdığı belirtilmiştir (96).

Literatürde yapılan araştırmalar incelendiğinde kalp kapak ameliyatları sonrası hemşirenin yaptığı danışmanlığın öz-etkililik üzerine etkisini inceleyen bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte öz-etkililik değiştirilebilir bir özelliktir; sağlık davranışlarıyla ilgili yapılan birçok müdahalenin kalp ameliyatı olmuş hastalarda öz etkililiği geliştirdiği gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada KABG yapılacak hastalara verilen akran eğitiminin ameliyattan beş gün, dört hafta ve sekiz haftaki sonraki öz-etkililik düzeylerini arttırdığı ve hastaneye yeniden yatış oranlarını azalttığı saptanmıştır (18). Multimedya egzersiz eğitiminin öz-etkililik düzeyine etkisinin incelendiği deneysel bir araştırmada eğitim verilen hastaların kalp ameliyatı sonrasında iyileşmelerinin ve öz-etkililik düzeylerinin arttırdığı belirlenmiştir (19). İran'da mekanik kapak hastalarında öz yönetim programının öz-etkililik ve ilaç uyumuna etkisinin incelendiği randomize kontrollü araştırmada (n=80) deney ve kontrol grubu

arasında öz-etkililik ve ilaç uyumu ortalamalarının, programın ardından önemli ölçüde iyileştiği ve kendi kendine tedavi programının mekanik kalp kapağı olan hastaların öz yeterlilik ve ilaç uyumu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (97).

Kalp kapak ameliyatı geçirecek hastaların öz-etkililik düzeylerinin belirlenmesi ve ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların öz-etkililik düzeylerinin yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu etkileyeceği düşünülmektedir. Hemşire, diğer sağlık çalışanları ve hasta yakınları hastanın öz yönetimini destekleyerek sağlık durumunun iyileştirilmesine katkı sunabilir. Araştırmamızda hemşire danışmanlığının öz-etkililik düzeyini etkileyeceği, bununla birlikte hastanın kendi sağlığını koruma davranışlarını planlayarak antikoagülan tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini iyileştireceği ön görülmüştür.

2.10. Kalp Kapak Protez Ameliyatı ve Antikoagülan Tedaviye Uyum

Kalp kapak ameliyatların sonrasında en önemli noktalardan biri tedaviye uyumdur. Uyum, uyaranlara olumlu yanıt verme olarak tanımlanabilir (98). Uyum ile en çok karıştırılan adaptasyon ise “bireylerin bütünlüğünü ve bütünlüğünün çevre ile koruyan değişim sürecinin, tüm organizma ile bütünleşmesinin bir ifadesi” olarak tanımlanmıştır (94). Selye’nin adaptasyon kuramına göre biyolojik bir sisteme etkide bulunan herhangi bir iç ya da dış uyaran genel ya da bölgesel tepki doğurarak ortama ve koşullara uyum sağlama eylemine yol açar. Roy’a göre ise kişi ve çevre birbiriyle sürekli etkileşim içindedir. Kişinin adaptasyonu sürekli değişir. Adaptasyon düzeyi kişinin herhangi bir durumda olumlu olarak cevap verme yeteneğini gösteren değişme noktasıdır. Adaptasyon düzeyi bireyin alışılmış adaptif tepkilerini içeren ve değişen durumlara uyum sağlamadaki kendi standartlarını gösteren bir durumdur (94,99). Kalp kapak ameliyatları sonrasında hasta antikoagülan kullanımıyla beraber hem ameliyat hem de antikoagülan ilaç nedeniyle uyum sağlamak durumundadır. Cerrahi yara, sternotomi, kardiyak rehabilitasyonun yanında antikoagülan tedavinin başlanması, sürdürülmesi ve komplikasyonların önlenmesinde uyum oldukça önemlidir (52).

Uyumsuzluk; hasta, bakım sağlayıcılar, sağlık sistemi ve bunlar arasındaki etkileşimlerin sonucunda ortaya çıkabilir. Uyumu arttırmak için her hastaya özgü bireyselleşmiş yöntemler seçilmelidir. Kişiye özgü engeller ve kolaylaştırıcılar tanımlanmalıdır. Hastanın uyumunu arttırmak için sağlık profesyonellerinin desteği

yanında hastanın motivasyonunun artırılması da ilaca uyumluluğu arttırmaktadır. Uyumsuzluk; hasta, bakım sağlayıcılar, sağlık sistemi ve bunlar arasındaki etkileşimlerin sonucunda ortaya çıkabilir (100).

Literatürde yapılan çalışmalarda ilaç uyumunu etkileyen üç faktörden söz edilmektedir:

Hasta ilişkili faktörler:

- Hastalığı ile ilgili süreçlerde bilgi eksikliği
- Tedaviye karar verme sürecinde hasta katılımının olmaması
- Sağlık okuryazarlığında yetersizlik
- Hastanın tedavinin etkililiğine ilişkin sağlık inançları ve tutumları
- Farmakolojik tedavilerle ilgili önceki deneyimleri ve motivasyon eksikliği
- Düşük sosyoekonomik düzey (yüksek ilaç maliyetler, ulaşım eksikliği vb.)
- İlaç kullanma talimatlarının yeterince anlaşılması
- Sosyal destek eksikliği
- Depresyon/anksiyete varlığının hastanın ilaç uyumunu olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.

Hekim/Hemşire ilişkili faktörler

- Hastaya ilaç etkilerinin-yan etkilerinin yeterince açıklanmaması
- Hasta ile etkin iletişim kurulamaması nedeniyle ilaç alımı hakkındaki alışkanlıkların değerlendirilmemesi
- Hekimler arasındaki (1. Basamak-2. Basamak-3. Basamak tedavi hizmetleri arasında) yetersiz iletişim
- Hasta ile güven ilişkisi kurulamaması sonucu hastaya ait alternatif, şifalı veya tamamlayıcı tedavilerin geçmişini ortaya çıkaramamak uyumu olumsuz etkileyen diğer faktörlerdir.

Sağlık sistemi ilişkili faktörler

- Sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda yetersizlik
- Hastanın bakıma erişmesindeki problemler
- Sağlık bilgi teknolojilerinin kullanılmasında yetersizlikler
- Klinisyenlerin, bireysel hasta ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde, çok sayıda hastayı gördüğü aşırı yüklü sağlık sistemleri olarak belirtilmektedir (101).

Taburculuk eğitiminin yanında hastanın tedaviye uyumu değerlendirilmelidir. İlaç uyumunun değerlendirilmesinde direkt ve indirekt yöntemler bulunmaktadır. İndirekt yöntemler arasında hastaya ilaçları ne kadar kolay aldığını sorgulama, klinik yanıtı değerlendirme, ilaçları sayma, reçetelerin tarihlerini değerlendirmesi, hasta anketleri ile veri toplama, elektronik monitörleri, fizyolojik belirteçleri ölçme, ilaç günlüğü, klinik yanıtları değerlendirme uygulaması kolay yöntemlerdir. En sık uygulamalar ise hastanın öz raporlaması, eczane kayıtları ve elektronik izlem sistemleridir (MEMS, Ardex grubu, İsviçre) dir. Hastanın kanında ya da idrarında ilacın veya ilaca ait bir metabolitin değerlerinin incelenmesini içeren biyolojik indeks ölçümü ise uyumun değerlendirilmesinde kullanılan direkt yöntemdir (101,102). İlaç uyumunun değerlendirilmesinde hangi yöntemin daha etkin olduğu ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır (103).

İlaç uyumunu artıran girişimlerin etkinliğinin incelendiği bir sistematik incelemede elektronik hatırlatıcıların, eczacı önderliğindeki müdahalelerin ve hastalara yapılan sağlık eğitimlerini içeren müdahalelerin standart bakıma kıyasla kısa vadede (altı aya dek) önemli ölçüde etkin olduğunu göstermiştir (104). Başka bir araştırmada düşük uyumun ilaç yan etkisi ile ilgili endişeler, ilacın etkileri hakkında yetersiz bilgi, tedavisine uyumun öneminin farkında olmaması, düzenli kan testlerinden korkma, sık klinik ziyaretlere katılamama, invaziv tedavilere veya prosedürlere maruz kalmak ve komorbiditeler olarak belirtilmiştir (105). İlaç uyumunu etkileyen bir diğer faktör öz etkililik düzeyi olup; yapılan araştırmalarda öz-etkililik düzeyi arttıkça tedaviye uyumun artacağı vurgulanmaktadır (106).

Kalp kapak protezleri ameliyatı sonrası tedaviye uyum sağlaması gereken ilaç varfarindir. Ülkemizde kalp kapak protezleri ameliyatları sonrasında antikoagülasyonu sağlamak için K vitamini antagonisti olarak varfarin kullanılmaktadır. Antikoagülasyon durumları uluslararası normleştirilmiş oran (International Normalized Ratio-INR) testi ile değerlendirilmektedir. Bu test ile intrinsek ve ortak yolla yer alan faktör II, faktör VII, faktör X, protrombin ve fibrinogenindeki eksiklikler saptanmakta ve K vitamini antagonisti tedavisinin takibi yapılmaktadır (107). Mekanik protezler için hedef INR risk faktörü olup olmamasına göre değerlendirilmektedir. Düşük risk faktörü olan hastalarda INR düzeyi 2,5-3; orta risk grubundaki hastalarda 3-3,5 ve yüksek riskli hastalarda 3,5-4 düzeyinde tutulmalıdır (3). Terapötik aralıktan düşük değerler

emboliye yol açarken, terapötik aralıktan yüksek değerler istenmeyen kanamalara yol açabilir (3,108). Hastanın varfarine uyumunu artıran faktörler; ilacı kullanmanın nedenini ve önemini bilmek, ilacı her gün aynı saatte alma, ilacı önerilen dozda alma (109), en az dört haftada bir kontrollerine devam etme (110) kontrolelerini aynı hastanede/poliklinikte sürdürme, besin etkileşimlerini göz önünde bulundurarak besin seçimine özen gösterme (111–113) yeni bir ilacı kullandıktan sonraki üç-yedi gün içinde INR düzeyini kontrol etme (114) komplikasyon semptomlarını bilme, komplikasyonlardan kaçınma yöntemlerini bilme (115) olarak sıralanabilir.

Literatür incelendiğinde varfarin kullanan hastalarda bilgi eksikliğinin devam ettiği araştırmalarla ortaya konmuştur. Yapılan bir çalışmada (n=200) hastaların %56'sının olası ilaç etkileşiminden habersiz olduğu, %58'inin yan etkilerden haberdar olmadığı ve %12'sinin yan etkiler nedeniyle hastaneye kaldırıldığı belirlenmiştir (116). Kenya'da yapılan bir çalışmada (n=147) hastaların varfarin uyumu Morisky İlaç Uyum Ölçeği ile değerlendirilmiş, kadınlarda, ileri yaş gruplarında ve kalp kapağı ameliyatı geçiren hastalarda uyumun daha iyi olduğu saptanmıştır (117). Çelik ve arkadaşlarının yaptığı Varfarin TR çalışmasında Türk toplumunun varfarin konusundaki farkındalığının düşük olduğu, terapötik aralığın bölgelere göre değiştiği ve en çok kanamanın Ege Bölgesi'nde görüldüğü tespit edilmiştir (118). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada hastaların varfarin kullanımına ilişkin farkındalık düzeylerinin ve bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (119,120).

2.11. Kalp Kapak Protez Ameliyatı ve Danışmanlık

Danışmanlık, danışanın bir sorunu çözmek için yardım talep ettiği öğrenme, değişim ve gelişim hedeflerini içeren karşılıklı etkileşime dayanan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (121). Danışman rolü, hemşireliğin temel rollerinden biridir. Hemşire bakım verme, tedavi etme, eğitici rollerinin yanında danışmanlık rolüyle de hasta ve yakınları ile etkileşim halinde ameliyat öncesi ve sonrası süreçte hastanın bakımını yürütebilmeyi, olabilecek sorunlarla baş etmeyi, bilgiye ulaşmaya yardım eder (122).

Ameliyat için hastaneye yatış yapan hasta evinden ve günlük rutinlerinden uzaklaşarak, hastane ortamına uyum sağlamaya çalışır. Bunun yanında kişinin cerrahi geçirecek olması birçok kaygıyı beraberinde getirmektedir. Kalp kapak ameliyatı öncesinde hastalar ölüm korkusu, ameliyat tarihinin belirsiz olması, ameliyat sonrası

ağrı duyma endişesi gibi nedenlerle stres yaşamaktadır (63,123). Ameliyat öncesi bilgilendirmenin ve hasta eğitiminin kaygıları ve ağrıyı azalttığı, ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırdığı literatürde belirtilmektedir (124). Kalp cerrahisi öncesi verilen eğitimin etkilerinin incelendiği bir metaanaliz çalışmasında ameliyat öncesi eğitimin, ameliyat sonrası anksiyeteyi azalttığı belirtilmiştir (125). Yapılan randomize kontrollü bir araştırmada KABG öncesi hemşire tarafından eğitim verilen hastalarda ameliyat sonrası komplikasyonlarda (üriner retansiyon, ekstremitelerde ödeme, solunum yolu enfeksiyonu, derin ven trombozu vb.) ve anksiyete düzeyinde anlamlı azalmaya sebep olduğu vurgulanmıştır (126). Başka bir çalışmada açık kalp cerrahisi öncesi verilen eğitimin, ameliyat sonrası ağrıyı etkilediği saptanmıştır (127). Yapılan bir araştırmada KABG öncesi hastalara eğitim kitapçığı ve DVD ile eğitim verilmiş olup; hastaların ameliyat sonrası birinci aydaki yaşam kalitesi puanlarının anlamlı derece yüksek olduğu bildirilmiştir (128).

Ameliyat sonrası dönemde iyileşmenin yanında hastalar ağrı, rahatsızlık, uykusuzluk, yorgunluk ve ameliyata bağlı komplikasyonlarla (atelektazi, kanama, disritim vb) karşı karşıya gelmektedir. Hasta ya da hasta yakını bir sorun olduğunda hastanede hemşireye veya hekimine bildirerek gerekli tedavi ve bakımı almaktadır. Ülkemizde kalp kapak ameliyatı sonrası hastalar genellikle ameliyat sonrası dört-yedi gün içinde taburcu olmaktadır. Yara yeri iyileşmesi ve kardiyak rehabilitasyonun büyük kısmı hastane dışında tamamlanmaktadır. Hastanede diyetine uygun beslenme, ilaç tedavilerinin düzenlenmesi gibi sağlık bakım gereksinimleri sağlık profesyonelleri tarafından desteklenirken, hastanedeki kısa iyileşme periyodundan ardından evdeki süreçlerine uyum sağlamak durumunda kalırlar. Taburculuk sonrası hastanın evde bakımı hasta ve yakınları için bir stres nedenidir (129). Evde bakım sorumluluğu hasta ve ailesindedir. Eğer hasta yeterli eğitim almamışsa öz bakım becerilerinde yetersizlik ve ameliyata bağlı sonrası uzun dönem komplikasyonlar görülebilir. Bu nedenle ameliyat sonrası danışmanlığın sürdürülmesi önemlidir.

Teknolojinin gelişmesi, artan maliyetler nedeniyle son yıllarda tele sağlık uygulamaları ön plana çıkmaktadır. Ülkemizde mobil hücresel abonelik oranı %91,46 iken; internet kullanıcıları oranı %54,1 olarak belirtilmiştir (130). Bu nedenle tele sağlık uygulamalarının daha yaygın kullanıldığı düşünülmektedir. Tele sağlık çatısı altında yer alan telehemşirelik telekomünikasyon teknolojilerinin hemşirelik bakımında

kullanılması olarak tanımlanmaktadır (131). Telehemşirelik girişimleri genellikle hastaların sağlıkla ilgili tavsiye almak için hemşirelerin görev yaptığı ücretsiz bir hattı aramasını içerir. Bu yol ile hemşireler davranış değişikliği ile ilgili sürekli yönlendirme ve pekiştirme yapabilmektedir (132). Yapılan araştırmalarda hastaların tele sağlık uygulamalarından memnun oldukları belirtilmektedir (132). İran'da KABG ameliyatı sonrası telefonla danışmanlığın yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir araştırmada ameliyat sonrası beşinci haftada girişim grubunun yaşam kalitesi, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,01$) (133). Başka bir araştırmada ise telehemşirelik girişimlerinin tedaviye uyumu yükselttiği belirtilmektedir (134).

Telefonla danışmanlık, hastanın bakımı ve tedavisi hakkında bilgilerini pekiştirerek eksiklerin giderilmesine yardımcı olabilir. Böylelikle hastanın yaşam kalitesini, öz-etkililik düzeyinin ve tedaviye uyumunu iyileştirebilir. Hastaneye gitmek yerine, telefonla danışmanlık almak aynı zamanda zamandan kazanım sağlar ve hastanedeki hasta sayısını azaltabilir. Yapılan bir araştırmada danışmanlığın yaşlıların yaşam kalitesini, fiziksel fonksiyon ve fiziksel kapasitelerini iyileştirdiği ortaya konmuştur (135). Başka bir çalışmada mekanik kapak değişimi ameliyatı sonrası birebir danışmanlık verilen hastaların uyumunun arttığı ve ameliyat sonrası komplikasyonların azaldığı belirtilmiştir (136). Tuna ve Şenol Çelik KABG sonrası yaşlı hastalarda uygulanan danışmanlık girişimlerinin hastaların fonksiyonel otonomilerini arttırdığını; ameliyat sonrası sorunları azalttığını belirtmişlerdir (137). Başka bir çalışmada benzer şekilde taburculuk sonrası danışmanlığın hastaların özbakım becerilerini geliştirdiği ve ameliyat sonrası problemleri azalttığı belirtilmiştir (138). Diğer bir çalışmada planlanmış hastane taburculuk eğitim programının KABG ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı gösterilmiştir (139). Literatürde kapak ameliyatı öncesi ve sonrası bireysel danışmanlık girişimlerini içeren, hastaların telefonla izlendiği bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Araştırmamızda hastaların ameliyat öncesi ve sonrası süreçlerinin desteklenmesi hedeflenmiştir.

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI: NİTEL ARAŞTIRMA

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın birinci aşaması kalp kapak ameliyatı geçiren hastaların varfarin kullanımına ilişkin deneyimlerini ortaya koymak amacıyla yapıldı.

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırmanın birinci aşamasında niteliksel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik niteliksel araştırma tasarımı kullanıldı. Fenomenolojik araştırmalarda kişilerin deneyimleri ele alınır ve odak deneyimin özünü kavramaktır (140). Bizim çalışmamızda “kapak hastalarının varfarin kullanım deneyimleri” fenomeni açıklanmaya çalışıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, nitel araştırmanın raporlanmasında rehberlik sağlayan Consolidated Criteria Forreporting Qualitative Research (COREQ) kullanılarak yazıldı (141). Nitel tipteki fenomenolojik çalışmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanıldı. Veriler Haziran-Ekim 2017 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Polikliniği’nde toplandı. Görüşmeler poliklinikte yeterli aydınlatmanın olduğu, sessiz bir odada yürütüldü. Araştırmanın yürütüldüğü birimde poliklinik hemşiresi bulunmamaktadır. Hemşireler varfarin ile ilgili eğitimlerini, ameliyat sonrası klinikte taburculuk sırasında vermektedir. Polikliniğe geldiklerinde bilgi ihtiyaçları hekimler tarafından sağlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Fenomenolojik araştırmalarda fenomene yönelik deneyimlere sahip kişilerin araştırma kapsamına alınması önerilmektedir (140). Araştırmada bu nedenle amaçlı ölçüt örnekleme yöntemlerinden ölçüt örneklem kullanıldı. Araştırma örneklemini ilk kez kalp kapak ameliyatı olan, mekanik kalp kapak protezi takılan, taburculuk sonrası en az üç ay geçen, on sekiz yaş üzerinde olan, Türkçe bilen, işitme ve psikiyatrik hastalık tanısı (şizofreni, majör depresyon gibi) olmayan hastalar oluşturdu. Biyolojik kalp kapak protezi takılan hastalar ve görüşme başladıktan sonra çalışmadan ayrılmak istediğini belirten hastalar örneklemden dışlanma ölçütü olarak belirlendi. Araştırma

süresince toplam 15 katılımcıya ulaşıldı; bir katılımcı araştırmaya katılmayı kabul etmedi, iki katılımcı görüşme esnasında araştırmadan ayrıldı. Veriler tekrar etmeye başladığı zaman doygunluk noktasına ulaştığı düşünüldü ve araştırma 12 katılımcı ile sonlandırıldı (142).

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmamızda çalışma materyali kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma nitel tipte olduğundan bağımlı ve bağımsız değişkenleri bulunmamaktadır.

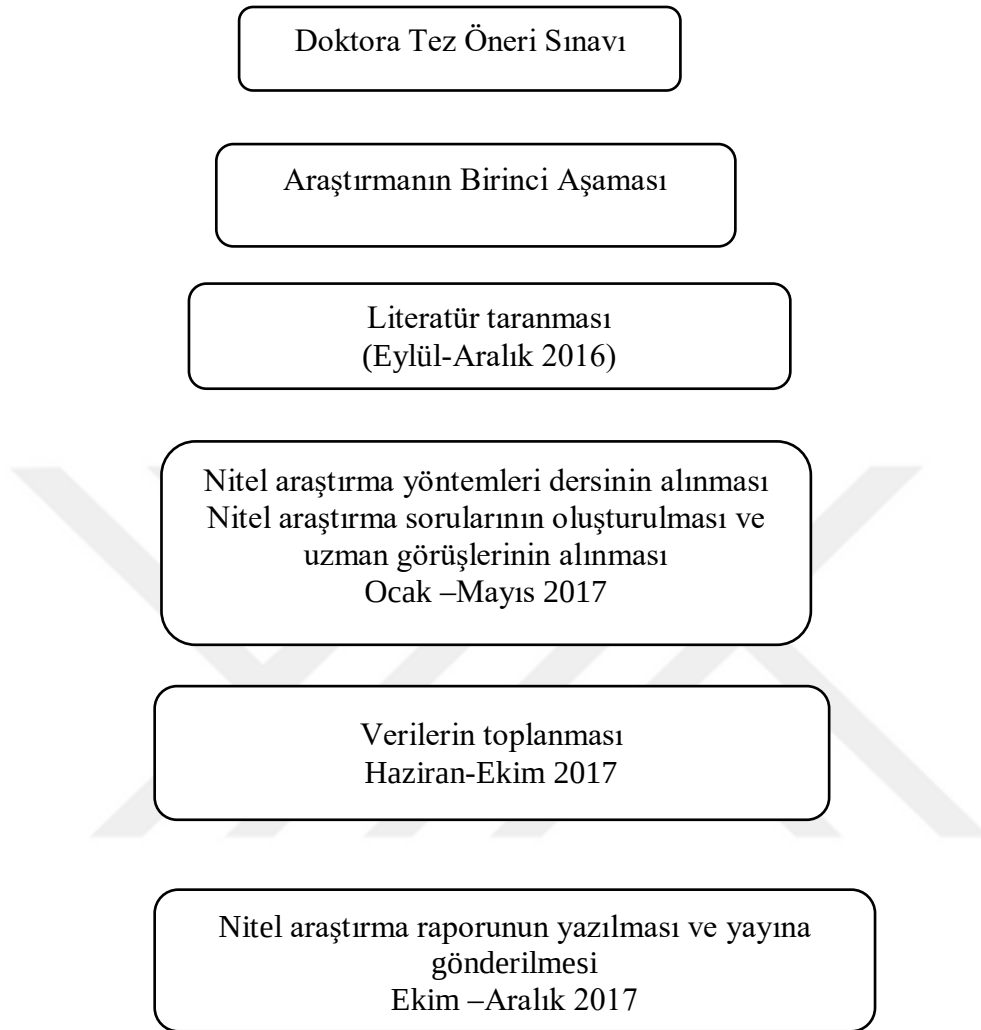
3.6. Veri Toplama Araçları

Fenomenolojik araştırmalarda veri toplamada dökümanlar, gözlemler ve kişilerle yapılan görüşmeler kullanılmaktadır (140). Araştırmamızda görüşme sırasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullandı. Yarı yapılandırılmış form belirli düzeyde standart sağlaması aynı zamanda soru ekleyebilme esnekliği nedeniyle ölçeklerdeki sınırlılığı ortadan kaldırmakta ve belirli bir konuda derinlemesine görüşmeye imkân vermektedir (143). Araştırmamızda bu nedenle Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek 8.3.1), sosyodemografik özellikleri tanıtıcı form ve ses kayıt cihazı kullanılarak veriler toplanmıştır. Sosyo-demografik özellikleri tanıtıcı form, demografik bilgileri içeren beş adet sorudan oluştu.

Yarı yapılandırılmış görüşmede ‘Antikoagülan kullanmak nasıl bir şey açıklar mısınız?’ ana görüşme sorusu ile aşağıdaki alt görüşme soruları soruldu:

- Antikoagülan ilacı kullanma nedeninizi açıklar mısınız?
- Antikoagülan ilaç kullanımı yaşamınızı nasıl etkiledi?
- Antikoagülan ilaç kullanırken yaşadığınız zorluklar nelerdir?
- Bu ilacın kullanımını kolaylaştırıcı faktörler nelerdir?

Araştırma planı Şekil 4’te verilmiştir.



Şekil 4. Niteliksel Araştırma Planı

Verilerin Toplanması

Araştırmacı, nitel araştırma ile ilgili kurslara katılmıştı, nitel araştırma deneyimine sahipti ve kardiyovasküler cerrahi hemşireliği konusunda da çalışmaları bulunmaktaydı. Yarı yapılandırılmış görüşme sorularına iki akademisyen hemşireden uzman görüşü alındı. Hastanenin polikliniğinde sessiz ve rahat bir odada hastalarla yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılarak nitel veriler elde edildi. Görüşmeler 35-45 dakika sürdü. Görüşmeler sırasında araştırmacı tarafından hastanın ifadelerine ve

araştırmacının gözlemlerine yönelik notlar alındı. Görüşme sırasında veri kaybının önlenmesi için hastalardan izin alınarak ses kaydı yapıldı. Ses kaydı için Olympus VN-541PC ses kayıt cihazı (USB bağlantısı, dört gigabayt dahili bellek, her tonu kaydetme özelliklerine sahip) kullanıldı. Nitel verilerde doygunluk noktasına ulaşıldığında görüşme sonlandırıldı (143).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, içerik analizi kullanılarak analiz edildi. Ses kayıtları dinlenerek hastaların tüm ifadeleri tek tek not edildi. Hastaların varfarin kullanımına yönelik deneyimleriyle ilişkili ifadeler, kodlar oluşturmak için alt alta yazıldı. Benzer kodlar birleştirildi ve kategorize edildi. Kodlar çalışmanın amacı için bir araya getirildi ve araştırmacılar tarafından sınıflandırıldı. Temalar oluşturuldu (143). Veri doygunluğu iki araştırmacı tarafından tartışıldı ve analiz edildi, farklılıkları tartışıldı. Daha sonra veriler organize edildi ve son haline getirildi. İfadeler yorum veya düzeltme için katılımcılara iade edilmedi. Verileri yönetmek için hiçbir yazılım kullanılmadı

3.7.1. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Nitel araştırmaların geçerlik ve güvenilirliğinin sınanmasında inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik ilkelerinden yararlanılmaktadır.

İnandırıcılık: Araştırma sürecinin ve sonuçlarının açık, tutarlı ve farklı araştırmacılar için de doğrulanabilir nitelikte olması gerekmektedir. Bulguların gerçekliğine, benzer ortamlarda sonuçların geçerliliğine nesnel yaklaşımla toplandığına dair kanıtların sunulması gereklidir. İnandırıcılık ilkesi için uzun süreli etkileşim, araştırmacı önyargılarını azaltma, katılımcı teyidi kanıtlardan bazılarıdır (140). İnandırıcılığı sağlamanın en iyi yollardan biri uzun süreli etkileşimdir. Araştırmamızda hastalarla 35-45 dakika görüşüldü. Uzun etkileşim aynı ortamda güvene dayalı bir ilişki kurulması katılımcıların kendilerini daha açık ifade etmelerine ve araştırmacının katılımcıları daha iyi anlayabilmelerini sağlar (143). Araştırma hakkında genel bilgiye sahip, uzman kişilerden yapılan araştırmanın incelenmesini istemek uzman incelemesi olarak adlandırılır. Uzman incelemesi yetersiz sonuçları ele alma, kapalı cevaplarla ilişkin temalar, verilerin yanlış yorumlanmasını önler. Araştırmamızda uzman incelemesi yöntemi kullanıldı.

Aktarılabirlik: Nitel araştırma sonucunun benzer katılımcı ve ortamlara aktarılabirlesidir. Bu nedenle örneklem yöntemi, katılımcı özellikleri ve ortam açık şekilde belirtilmelidir (142). Aktarılabirlik ilkesi için araştırmamızda amaçlı örneklem kullanıldı. Araştırma süreci açık bir şekilde yöntem kısmında belirtildi.

Tutarlılık: Nicel araştırmalarda tekrar edilebilirlik güvenilirlik; nitel araştırmalarda tutarlılık ile değerlendirilir. Bu ilke, araştırmaya dışarıdan bir gözle bakmayı araştırmanın gerçekleştirildiği süreçte tutarlı davranılıp, davranmadığını irdelenir (144). Tutarlılık için araştırma verilerini aynı araştırmacı topladı, tüm görüşmelerde aynı veri toplama formları ve aynı ses kayıt cihazı kullanıldı.

Teyit edilebilirlik: Araştırma sonuçlarının gerçeği yansıtmaması ve araştırmacıların subjektif yorumlarından uzak kalması esasına dayanır. Nitel araştırmalarda araştırmanın nesnel yaklaşımla olay ve olguları ortaya koyması istenmektedir. Teyit edilebilirlik için tüm veri toplama araçları, ses kayıtları, ham veriler, analiz sırasında oluşturulan kodlar ve temalar araştırmacılar tarafından incelendi. Bunların her biri gerektiğinde incelenmek üzere saklandı (144,145).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır.

3.9. Etik Kurul Onayı

Çalışmanın yapıldığı hastaneden (Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Noninvaziv Klinik Çalışmalar Etik Kurulu Etik Kurulundan (24.11.2016 tarih, 2016/30-28 2892 Protokol numarası ile) izin alındı. Görüşmeden önce araştırmacı kendini tanıtarak araştırmanın amacını açıkladı, hastalardan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alındı. Çalışma verileri ve alınan notlar araştırmacılar tarafından saklı tutuldu.

4. BULGULAR

Hastaların (n=12) yaş ortalaması $50,83 \pm 12,91$ olup, %66,7'si (n=8) erkektir. Varfarin kullanım süresi ortalama $70,50 \pm 49,93$ aydır.

Görüşmelerden dört ana tema, on alt tema oluşturuldu (Tablo 1). Hastaların yaş, cinsiyet ve varfarin kullanım süreleri (ay) ifade yanında belirtildi.

Tablo 1. Varfarin Kullanımına Yönelik Tema ve Alt Temalar

Temalar	Alt temalar
Güçlükler	Düzensiz INR seviyeleri
	İlaç alımını unutma
	Besin seçimi ile ilgili güçlükler
	İlaç dozunu kendi kendine azaltma veya almama
	Diğer ilaçları kullanmada güçlük
Kolaylaştırıcılar	Kabullenme
	Aile sağlık profesyoneli desteği
Bağımlılık	
Yan etkiler	Kanamalar ve korunma
	Kaşıntı
	Korku

1. Güçlükler

Hastalar varfarin ile ilgili güçlük yaşamaktadırlar. Bu temaya ait beş alt tema belirlendi.

1.1. Düzensiz INR seviyeleri

Araştırmaya katılan hastaların tamamı INR düzeyinde düzensizlikler olduğunu, terapötik doz aralığını ayarlama da güçlük yaşadıkları, ilacı uzun zamandır kullanmalarına rağmen bu güçlüğün yaşandığını belirttiler.

“INR değerim yaklaşık beş ay önce beşin üzerine çıktı. Epey kötü oldum, beyin kanaması geçirecektim. Midem bulandı, başım döndü. Bir dengesizlik vardı, o zaman ilacım azaltıldı”.

“Pıhtı oluşmak üzereyken yakaladık. Yüksek diye bolca yeşillik yedim, iyice düşmüş. Yedi-sekiz senedir Allah ile kendim biliyorum ne çektiğimi.”

1.2. İlaç alımını unutma

Hastaların birkaçı her gün ilaç almayı unuttuklarını ve içip içmediklerinden emin olmadıklarını ifade ettiler.

“İlaçlara alışmam zaman aldı. Her gün ilaçları almayı unutuyordum. Bir süre sonra alıştım.”

“İlacı iki gün tam, bir gün yarım içiyorum. Hangi gün tam, hangi gün yarım unutuyorum... Bugün ne içtim acaba? Unutkanlık oluyor belirli bir yaştan sonra. İçsem, içtiğimi unutup bir daha içsem...”

1.3. Besin seçimi ilgili güçlükler

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu besin seçimi ile ilgili güçlük yaşadığını belirtti. Hastalar ilaç besin etkileşimi nedeniyle yediklerini sınırladıklarını, bazı hastalar yeşil sebzeleri hiç tüketmediklerini ifade etti.

“Yeşillik yeme dedi doktor. Ameliyattan sonra hiç tüketmedim, dikkat ediyorum.”

“Salatadan, yeşillikten küçük kase yiyorum. Her gün tüketmiyorum. Börek içinde yeşillik varsa yemiyorum.”

“Hiçbir şeyi değiştirmedim. Yasaklar açıklandı ama pek dikkate almadım.”

“Çok fazla yeşillik tüketmemek gerekiyor. Maydanozda çok fazla K vitamini var. Bize zararlı. Kanım alındıktan 15 günden sonra fazla yiyemem. Yeşilleri azaltırım. Kendimi böyle bir düzene sokmaya çalıştım. Yeşillikleri belirli düzende yemeye çalışmak başlarda çok zordu. ”

1.4. İlaç dozunu kendi kendine azaltma veya almama

Hastaların birkaçı ilacını kendi kendine azalttıklarını, zaman zaman atladıklarını ifade ettiler.

“Karıncalanmam oldu. Geçen haftadan beri yükseldi diye içmedim. Yüksek hissettiğimde ilacı kendim kesiyorum.”

“Diş fırçalıyorum dişetim kanıyorsa, bir yerim kanıyorsa kan sulandırıcımı yarım içiyorum.”

“Kendi kendime azalttım almadım, önemini anlayamadım, beynime emboli attı, çok uğraştım.”

1.5. Diğer ilaçları kullanmada güçlük

Hastaların birkaçı varfarinin yan etkileti ve ilaç etkileşimleri nedeniyle diğer ilaçları kullanmakta güçlük yaşadıklarını belirtti.

“İlaç kullanamadığımız için kışın kimseyi öpmem. Çünkü hasta olduğumda iyileşmenin benim için oldukça zor olacağından korkuyorum. Başka ilaç kullanmak benim için problemli. Grip olduğumda ilaç kullanmıyorum. Doktorlar antibiyotik vermiyor. ”

“Çok fazla ağrım olduğunda ağrı kesici alıyorum. Ben doktora danışmıyorum. Yalnızca oldukça hasta olduğumda alıyorum. ”

İlaçları tek başıma (kendi kendine karar vererek) almıyorum. Ağrı kesici bile almıyorum. ”

2. Kolaylaştırıcılar

Hastaların birkaçı, varfarini yaşamın bir parçası olarak gördüğünü belirtti. Varfarin kullanmayı kabullendiklerinde ilacı kullanmanın daha kolay olduğunu ifade ettiler. Aile ve sağlık profesyonellerinin desteğiyle varfarin kullanmaya devam ettiklerini belirttiler.

2.1.Kabullenme

Birkaç hasta ilacı kabullenmenin, rutin haline getirmenin ilaç kullanımını kolaylaştırdığını belirtti. .

“İlacı ömür boyu kullanacağımı söylediler. Kabullendim. Kan pıhtılaşmasını önüyor. Pıhtı olursa kalbe, beyne kan gitmiyor. Onun için kullanmam gerekir.”

“Benim yaşamımı etkiliyor tabi de, rahatsız olmuyorum. Mecburum ilacı almaya ve kontrollere gelmeye. Onun bilincindeyim.”

“Psikolojik olarak hastalığı kabullendiğinde hayat daha çekilir oluyor. Onu kullanacaksam neden nasıl diye sorgulamıyorum...”

2.2.Aile desteği- sağlık profesyoneli desteği

Çalışmaya katılan hastalar ailelerinin ya da kendilerine bakım veren sağlık profesyonellerinin desteğinin ilaç alımında kolaylaştırıcı olduğunu belirttiler.

“Kızım ve eşim bana çok yardımcı oldu. Ne kadar yiyeceğimi gösterdi. Diyet kitabı veriyorlar, ona göre ağır bir şeyler yemememiz lazım. Diyetisyen ona göre veriyor.” 52 yaş, kadın, 96 ay

“Doktorun verdiği kitapçığı kullanıyorum. Kontrollerde aklıma takılanları doktoruma soruyorum. Eşim yardımcı oluyor.”

3. Bağımlılık

Hastaların tamamı, INR lm cihazları olmadığı için hastaneye bağımlılıklarından bahsetmişlerdir. Hastalar her ay kontrole gitmenin zaman alıcı ve yorucu olduğunu vurguladılar. Farklı merkezlerde yapılan test sonuçları ile kontrole geldikleri hastane arasında farklılıklar olduğunu belirten hastalar, bu durumun güvenlerini zedelediğini açıkladılar.

“Diş ektireceğim. Tekrar geliyorum kalp damar cerrahına. Clexane iğnesi vurdurmamız zaman alıyor. Antibiyotik almadan diş ekilmiyor. İlacın alınması, takibi... Git gel, git gel... takip istiyor.”

“Her ay doktordasın. Uzak bir yerde olsam, her ay gelmek zor. Gene buradan gidip geliyoruz.”

“Kontrolleri başka bir hastanede yaptırıyorum. Birkaç sefer hastaneden çıkmama izin vermediler INR değeri çok yüksek diye. Ben fark ediyorum bir şeyim yok, yüksek değil. INR 12-13 ıktı o zaman. O 12 beni beyin kanamasından götürür. Hiçbir şey yiyip içmedim, bir şey yapmadılar. Sonra pek güvenim kalmadı.”

“Bazen buraya gelemediğimde il dışında yaptırıyorum. Buraya gelince kan değerim daha iyi ayarlandı. Kanama sonucu normale döndü. Ama orada yaptırınca, varfarini oğaltınca sıkıntı yaşıyorum.”

“Sık kontrollere gelmek...15 günde bir hastanedesin. Kan verince kötü oluyorum, kan durmuyor her yerim morarıyor. Her seferinde başka bir doktor, hepsi başka şey söylüyor. O benim çektiğimi nereden bilecek? Ne yapacağımı şaşırdım.”

4. Yan etkiler

Hastaların çoğunluğu varfarin kullanımına bağılı olarak kanamalar yaşadığını; birkaç hasta ise kaşıntı yaşadığını belirtti. Çoğu hasta hekimlerin kendilerini kanama konusunda uyardıklarını, ilaçların yan etkilerinden korktuklarını ve diğere ilaçları kullanmaktan kaçındıklarını belirttiler.

4.1. Kanamalar ve korunma

Kanama tüm hastaların en sık karşılaştığı problem di. Hastalar, kanamanın zaman zaman acile başvurmalarını sağlayacak kadar şiddetli olduğunu belirttiler. Ekimoz, burun kanaması ve menstruel kanamanın uzaması hastaların ifade ettikleri kanama tipleri di.

“Ameliyattan sonra ilk bir iki ay etkilenmedim. Ama son üç-dört aydır Varfarin kullandığım zaman iki üç kez hastanelik oldum. Âdetim kesilmedi bir ay. En son acile gittiğimde bilincimi kaybettim.”

“İlk zamanlar günde 10 saat -15 saat burun kanamam oldu. Acile çok gittiğim oldu. Bazen kollarım mosmor oluyor. Kılcal damarlarım kanıyor. Bir kere teknik işler yaparken bileğimi kestim. Bilek kanaması durmuyor. Riskli işleri elime almıyorum.”

“Doktorum çarpma ve düşme dedi. Bastondan destek alıyorum, evde de kullanıyorum. Evde sıkıntım yok. Kalabalıkta yürürken çarpabiliyorlar. Dikkat ediyorum.”

“Bir tarafımı vurduğumda morarıyor. Sivri yerlere çarpmamaya, yemek yaparken elimi kesmemeye dikkat ediyorum. Kesildiğinde kanamam durmuyor. Varfarin kanı fazla sulandırdığından morarmalar başlıyor. Evde bir düzenleme yapmadık.”

“Çalışırken korunmak için eldiven, çelik burun ayakkabı, çizme kullanıyorum. Çünkü ilaç kanı sulandırıyor. Diş fırçası ile fazla fırçaladığında hemen kanıyor.”

4.2. Kaşıntı

Hastaların birkaçı kaşıntıdan yakındığı ortaya çıktı. Bir hasta da kaşıntı şiddetine göre INR değerini planladığını belirtti.

“Bir ara INR yükseldiğinden mi bilmiyorum, vücudumda çok kaşınma oldu. Bir hafta önce de oldu. Hala hafif kaşıntım var. Birkaç sefer oldu. Sırtım, vücudumun her tarafı kaşınıyor.”

“Varfarin kullanırken vücudun belirli noktalarında şiddetli kaşıntılar oluyorsa, varfarini derhal kesmesi lazım. Çok rahatsız etmiyorsa, kaşıntı yoksa o zaman INR çok düşüktür. Emboli yapma ihtimali vardır. Kaşıntı durumunu tahmin ettiğimde, INR’yi 2,5 civarında tutuyorum.”

4.3. Korku

Hastaların çoğu, varfarinin yan etkileri nedeniyle zaman zaman korku yaşadıklarını ifade ettiler.

“Varfarinin ne kadar önemli olduğunu biliyorum. Varfarin kullanmazsam, kalp kapağıma pıhtı atabilir ve kan akışını etkileyebilir. Jinekoloji ameliyatı oldum. Daha önce kalp kapağı ameliyatı geçirdim. Kalp ameliyatından önce o kadar korkmamıştım. Varfarin ameliyat için kesildi. Ya bir pıhtı oluşursa veya ben uyanamazsam? Ya kalbim çalışmazsa? Çok korkmuştum. İlacın kesilmesinden çok etkilendim. ”

“Ameliyattan sonraki ilk birkaç ayda beni etkilemedi, fakat son üç veya dört ayında iki veya üç kez hastaneye kaldırıldım. Adetim bir ay boyunca durmadı. Acil servise en son gittiğimde bilincimi kaybettim. Bu olaydan sonra tek başıma dışarı çıkmaya çok korkuyorum. Kocam benim için korkuyor. Sık sık aramaya devam ediyor. Bir şey olacağından endişeliyim ”

“İlk zamanlar felç riski olduğundan korktum. Zamanla uyum sağlıyorsun. Mecbursun sonuçta.”

“Varfarin kanamaya neden olabilir. Mide kanaması, burun kanaması, diş eti kanaması ve daha birçok yeriniz kanayabilir. Kullanmazsanız da pıhtı atabilir. Hayatı etkiliyor. İster istemez korkuyorsun. Etkilendiğinden korkuyorsun. Daha az veya daha fazlasını alırsanız ölebilirsiniz”

5.TARTIŞMA

Mekanik kalp kapağı olan hastalarda varfarin kullanım deneyiminin araştırılması taburculuk eğitimi ve takibi için çok önemlidir. Hastaların yaşadıklarını anlamının tedavi sürecine ve ilaç kullanımına yönelik bakımlarına katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Ameliyat sonrası hasta iyileştikten sonra da, hastaların ömür boyu antikoagülan kullanacak olması nedeniyle sürekli izlem ve hastanın ömür boyu özyönetimini gerektirmektedir.

Araştırmanın birinci aşamasında kalp kapak ameliyatı geçiren hastaların varfarin kullanımına ilişkin deneyimlerine ilişkin belirlenen temalar literatür ışığında tartışılmıştır.

Tema 1: Güçlükler

Hastalar varfarin ile ilgili güçlük yaşamaktadırlar. Antikoagülan kullanımının etkinliğini gösteren INR değerinin terapötik aralıkta tutulamaması hastaların yaşadığı güçlüklerdendir. Çalışmamıza benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada mekanik kalp kapağı olan, en az üç ay varfarin tedavisi alan 114 hastanın varfarin tedavisi hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve ilaç uyumunda sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (119). Başka bir çalışmada iç hastalıkları polikliniğine gelen hastaların (n=57) hedeflenen INR düzeyine ulaşma oranı %52,6'dır (146). Acil servise başvuran ve varfarin kullanan hastaların irdelendiği kesitsel çalışmada hastaların INR sonuçlarının çoğunluğunun terapötik aralıkta olmadığı (%58,2) saptanmıştır (147). Bu çalışmada INR seviyelerinde düzensizlik olması hastaların uyum sürecindeki eksikliklerden kaynaklandığını düşündürmektedir. Hastaların varfarinle ilgili yeterli farkındalıklarının oluşmaması bu duruma yol açmış olabilir. Literatürde terapötik INR düzeylerinin hastaların varfarin hakkındaki bilgi ve eğitim düzeyleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (106). Öte yandan hastaların ilacı kullanmanın önemini fark etmeleri yaşadıkları olumsuzluklar sonucunda gerçekleşmiştir. Bu durumun toplumun kültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. İlaça uyumda kültürel faktörler önemli bir yer tutmaktadır. Kişilerin hastalık ve sağlık durumundaki davranışlarının içinde yaşadıkları kültürün bir yansıması olduğu belirtilmektedir. İlaç kullanımı gibi sağlığa ilişkin davranışlar da kültür tarafından şekillenmekte ve hastaların sağlıkla ilgili davranışlarını etkilemektedir (148).

Bazı hastalar her gün ilaç almayı unuttuklarını ve içip içmediklerinden emin olmadıklarını belirtmişlerdir. İlaç uyumunda yaşın önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda eğitim almış olmasına rağmen varfarin almayı unutan ve beslenmeye dikkat etmeyen genç hasta, hastalığını kabullenmemiş olabilir. Aynı zamanda kalp kapak ameliyatı olan hastaların genellikle yalnızca romatizmal kalp kapak hastalığı olup, kronik hastalıkları olmadığı gözlenmiştir. Bu nedenle tedavinin önemini kavramakta zorlanmış olabilecekleri düşünülmüştür. Literatürde yaşın ilaç uyumunu değerlendirmede önemli bir faktör olduğu olduğunu belirten çalışmalar yer almaktadır. Genç yaşta kronik hastalığa sahip olan bireylerin ilaç kullanımları konusunda uyumsuzluk yaşadıkları belirtilmiştir (149–151). Kalp yetmezliği hastaları üzerinde yapılan sistematik bir çalışmada ilaç uyumsuzluğunun özellikle genç hastalar için önemli bir risk faktörü olduğu ve yaş arttıkça ilaç uyumunun arttığı belirlenmiştir (152). İlaç sayısının ve yaşın antihipertansif ilaçlara uyumdaki etkisinin incelendiği bir araştırmada yaş grubuna göre, 20-39 arasındaki hastalarının ilaç uyumunun en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (149). Kalp yetmezliği hastalarıyla yapılan sistematik incelemede ilaç uyumsuzluğunun özellikle genç yaş grubunda önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (152). Genç hastaların ilaç uyumsuzluk nedenleri kabullenmeme, dışlanma düşüncesi, başkalarının yanında ilaç almak istememe olabilir. Yaşlı olan bireyler için ise ilacı almama sebepleri farklılaşmaktadır. Gündelik yaşam içinde ilaç almayı ihmal edebildikleri gibi, yaşla birlikte gelişen unutma problemi nedeniyle de ilaçlarını planlanan tedavi dozundan eksik almaktadırlar. Yapılan bir sistematik incelemede ilaç uyumsuzluğu ile ilgili faktörlerden birinin kognitif fonksiyonlardaki azalma olduğu belirtilmiştir (153). İlaç her gün aynı saatlerde alma gereği de kullanımı zorlaştıran bir diğer faktör olabilir. Ayrıca önemli olan bir diğer faktörün hastalık algısı olduğu düşünülmektedir. Hastaların algıları, inanç ve düşünceleri tedaviye uyumda önemli konulardan biridir. Her iki yaş grubunda da hastaların ilacını almayı unutması, ilaç almayı yeterince önemsememelerinden kaynaklanabilir. Hastaların algısı arttıkça ilaca uyumun daha iyi olduğu literatürde belirtilmektedir (154,155).

Çalışmamızda beş yıldır varfarin kullanan kadın hasta, ilaç dozlarını hatırlamada güçlük yaşadığını belirtmiştir. Günlere göre dozun farklı olmasının ilaç uyumunu güçleştirdiği düşünülmektedir. Doz ayarlamaları yapılırken hastaya özgü uyarlamalar yapılması bu sorunun üstesinden gelinmesine yardımcı olabilir. Diğer yandan bireyin

yaşam şekline özgü, ilaç kullanımını kolaylaştıran uygun yöntemlerin etkili olduğu bildirilmiştir (104). Cinsiyetin ilaç uyumunda bir faktör olduğu düşünülmekle birlikte kadınların ev işleri ve sorumlulukları nedeniyle erkeklere göre daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları; cinsiyetin hastalık yönetimini önemli ölçüde etkileyen bir faktör olduğu literatürde belirtilmiştir (148).

Besin seçimi hastaların uyumunda önemli olup, çalışmamızda bazı hastaların beslenmeye ilişkin bilgi eksikliklerinin olduğu, bazılarının beslenmedeki sınırlamayı yeterince önemsemediği, birkaç hastanın da yiyecek sınırlamalarına son derece dikkat ettiği saptandı. Beslenmeye ilişkin bu farklı tutumlar kişilerin sağlık algısının önemini ortaya koymaktadır (154). Literatürde K vitaminin koagülasyon üzerine etkilerinin olduğu belirtilmektedir (111,156). Bu nedenle hastaların K vitamini içeren yiyecekleri sınırlandırmaları ve günlük olarak yiyeceklerle aldıkları K vitamini oranlarının benzer olması gerekmektedir (157). Ürdün’de yapılan çalışmada hastaların (n=331) %22’sinin varfarin-ilac etkileşimleri, %37’sinin varfarin-besin etkileşimleri ile ilgili bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (158). Hastaların beslenme konusundaki bu farklı tutumların temelinde yaş, sağlık algısı, hastalığı kabullenmeme, kültürel özellikler, hastalık süreci ile ilgili deneyimleri ve bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmamızda bazı hastalar ilacını kendi kendine azalttıklarını, zaman zaman atladıklarını ifade ettiler. Bir hasta diş eti kanaması nedeniyle ilaç alımını kestiğini belirtti. Hastanın kendisindeki belirtileri fark ederek, komplikasyonların farkında olması ve buna bağlı olarak ilacı dozunu ayarlaması özyönetimi yüksek olarak değerlendirilebilir, ancak hekim önerisi ve INR test sonucu olmaksızın kendi kararı ile ilaç dozunu değiştirmesi komplikasyonlara yol açabilir (52).

Hastaların vurguladığı diğer bir nokta varfarinin diğer ilaçlarla olan etkileşimidir. Bazı hastalar bu konuda aşırı hassasiyet gösterip başka bir ilaç kullanmazken, bir hasta da hekime danışmadan ağrı kesici aldığını belirtmiştir. Bu durumun hastaların bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastalar ancak hekime danışarak başka bir ilaç kullanmaya başlayabilir (114). Bazı ilaçlar varfarinin etkisini arttırırken bazı ilaçlar ilacın etkisini azaltmaktır. Bu nedenle istenmeyen komplikasyonlar oluşabilir (159). Yapılan bir çalışmada varfarin ilaç etkileşimlerinin prevalansı %99,2 olarak saptanmış olup; hastaların %16,5’inde (n=22) kanama gelişmiştir. INR değerindeki artış kanama riski ile ilişkili olarak bulunmuştur (160). Ülkemizde acil servis hastalarında

oral antikoagülan tedavi bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada (n=122) hastaların yalnızca %15,6'sının oral antikoagülan ve diğer ilaçların etkileşiminin farkında olduğu; hastaların antikoagülan kullanımı ile ilgili bilgi eksikliklerinin ve bilgilendirme yetersizliklerinin olduğu saptanmıştır (161).

Tema 2. Kolaylaştırıcılar

Bazı hastalar antikoagülan kullanımında kolaylaştırıcı olarak ilaç kullanmayı kabullenmenin ve aile-sağlık profesyoneli desteğinin önemini vurguladılar. Kabullenme, tedaviye uyumun bir göstergesidir. Hastaların da ifade ettiği gibi, kronik hastalığın etkili bir şekilde yönetilmesinde bireyin hastalığı ve yaşamına olan etkilerini kabullenmesi önemlidir (162,163). Bu süreçte gerek aile üyelerinin desteği, gerekse sağlık ekibinin sunduğu profesyonel destek bireyin hastalığı yönetebilme becerilerini kazanmasını ve uyumunu kolaylaştırmaktadır (164,165). Çalışmamızda sağlık kuruluşunun ulaşılabilir olması, uyumlu davranışlar geliştirmeye katkı sağlamaktadır. Ayrıca hastaların hekime danışmaları ve kontrollere gelmeleri ilaç uyumuna yönelik gösterdikleri olumlu davranışlardandır.

Tema 3. Bağımlılık

Hastalar, INR ölçüm cihazları olmadığı için hastaneye bağımlılıklarından bahsetmişlerdir. Her ay kontrole gitmenin zaman alıcı ve yorucu olduğunu vurgulamışlardır. Araştırmamızın yürütüldüğü poliklinikte hastaların takibi her ay farklı bir hekim tarafından yapılmaktadır. Bu ortamda hemşire izleminin olmaması da, yoğun iş temposu içinde hasta eğitimlerinin aksamasına neden olabilmektedir. Diğer yandan hastanede varfarin dozları ile ilgili standart bir protokol bulunmamakta, hastanın INR değerine göre varfarin dozu ayarlanmaktadır. Varfarin kullanım protokollerinin komplikasyonları azaltarak hastaların uyumlarını arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (166,167). Ayrıca taburculuk sonrası hastaların evde takipleri yapılmamakta ve hastaların kendilerine ait ölçüm cihazları bulunmamaktadır. Bu nedenle hastalar en az ayda bir kere aynı polikliniğe gelmek durumundadırlar. Dikkat çeken en önemli sorunlardan biri de hastaların periyodik kontrollerini farklı merkezlerde yaptırmak durumunda kalmalarıdır. Farklı laboratuvarlarda ölçülen INR düzeyine göre hastaların ilaç dozu planlamalarında değişimler olabilmektedir. Bir hastamız özellikle yaz tatillerinde farklı merkezlere gitmekten kaynaklı problemler yaşadığını belirtmiştir.

Sonuçları farklı hekimlerin yorumlaması, hastaların kullandıkları ilaç miktarlarında değişikliklere yol açmaktadır. Bu nedenle hastalar farklı bir merkezde ölçüm yaptırdıklarında kanama gibi istenmeyen durumlarla karşılaşabilmektedir. Tüm bu faktörlerin hastaların ilaç uyumunu zorlaştırdığı düşünülmüştür. Hastalar ömür boyu varfarin kullanacağından, ilaç ile ilişkili güçlük yaşamamaları ve ilaç uyumlarının sağlanması için, taburculuk sonrası donanımlı bir ekip tarafından sürekli izlemi önemlidir (52,114).

Diğer yandan çalışmamıza katılan hastaların bir kısmı da izlemlerin sık olması nedeniyle problem yaşadıklarını belirttiler. Hastaların terapötik doz aralıkları değiştiğinde izlemlerin daha sık olması gerekmektedir. Hastalar sürekli poliklinik kontrolüne gitmekten rahatsız olabilmektedir. Benzer şekilde Çin’de yapılan bir çalışmada hastaların %40’ının antikoagülan kliniklerinde beklemekten rahatsız oldukları bildirilmiştir (103). Ülkemizde yapılan bir çalışmada varfarin tedavisi alan ve kontrollerine düzenli olarak gitmeyen hasta oranı %26.22 (n=32) olarak bildirilmiştir (147).

Tema 4. Yan etkiler

Araştırmamızda hastaların varfarine bağlı kanama yaşadıkları ve buna bağlı korku yaşadıkları belirlendi. Varfarine bağlı komplikasyonların başında kanama ve tromboemboli gelmektedir. Birkaç hasta literatürde de vurgulandığı gibi kaşıntıdan duyduğu rahatsızlığı belirtti (168,169). Çalışmamıza benzer şekilde mekanik kalp ameliyatı uygulanan ve atrial fibrilasyonlu hastalarda varfarin komplikasyonlarının incelendiği retrospektif kohort araştırmada, en fazla görülen hemorajik komplikasyonun nazal kanama (n=9, %31) olduğu, cilt komplikasyonlarının (n=7,%24) ve tekrar hastaneye yatışların (n=7,%24) görüldüğü saptanmıştır (170). Başka bir çalışmada hastaların yan etki olarak kanama (%52), morarma (%31) ve baş ağrısından (%11) yakındığı saptanmıştır. Ülkemizde mekanik kalp kapağı olan hastalarla yapılan bir çalışmada (n=114) hastaların %42’sinde komplikasyon geliştiği; en sık görülen komplikasyonların burun kanaması (%21.9) ve ciltteki morluklar (%19.3) olduğu belirtilmiştir (119). Çalışmamızda hastaların ilaçla ilgili bilgi eksikliklerinin olması kanamaların yaşanmasına neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda hastalardan birkaçı ilaç dozunu ayarlayamama ile ilişkili felç riski ve ölüm korkusu taşıdığını belirtti. İlaç kritik bir öneme sahip olmakla birlikte majör kanamalara yol açması nedeniyle hastalar endişe ve korku duymaktadır. İlaç yan etkilerinin hastaların yaşamını tehdit edebilecek boyutlarda olması, hastaların da ifade ettiği gibi günlük yaşamlarını sürdürürken ilaç yan etkilerinden kendilerini koruma davranışları geliştirmelerini sağlamıştır. Tüm hastaların farkındalığının yüksek olması için sağlık çalışanları hasta eğitiminde hastanın uyumunu sağlamaya odaklanmalıdır (165).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma kalp kapak ameliyatı geçiren hastaların varfarin kullanımına ilişkin deneyimlerini ortaya koymak amacıyla yapıldı.

Araştırmamızda uzun süre varfarin kullanan hastaların ilaçla ilgili bilgi eksikliklerinin devam ettiği ve hastaların ilaç ile ilgili uyumsuzluklar yaşadıkları saptanmıştır. Hastalar; ilaç kullanımı, besin seçimi, ilaç yan etkileri ve kontrollere ilişkin güçlük yaşamaktadırlar. Hastaneye kontrole gelemeyen hastalar için tele-sağlık hizmetleri gündeme getirebilir. Hastaların kullanımı için ilaç alımı ve takibi konusunda mobil uygulamalar geliştirilebilir. Hastalara sunulan hizmetlerin her biri sosyal güvence kapsamında olmalıdır. Böylece hastaların INR ölçüm cihazı edinerek ilaç kullanımı ile ilgili özyönetimleri desteklenebilir, hasta sağlık çalışanları ile hastaneye gitmeden telefonla iletişim kurabilir ve sağlık profesyonellerinin iş yükü azaltılabilir.

Taburculuk sonrası poliklinik kontrollerinde bilgi seviyesi değerlendirilerek, gerekli olduğu düşünülen konularda eğitimler tekrarlanmalı hastalara ait bireysel faktörler değerlendirilmeli, hasta tercihleri göz önünde bulundurularak kişiselleştirilmiş bakım uygulamaları gerçekleştirilmelidir. Ancak mevcut sağlık sistemi değerlendirildiğinde ülkemizde hastaların taburculuk sonrası izlemleri poliklinik ile sınırlı kalmakta ve kurumlar arasında işleyiş konusunda farklılıklar bulunmaktadır. Bireyselleştirilmiş bakımın sürdürülmesi için sağlık hizmetlerinin sunumunun standardizasyonu sağlanması gerekmektedir. Bu konuda ivme kazanabilmek için sağlık politikalarında değişimi zorlayıcı eylemler yapılması önerilmektedir.

Mekanik kapak protezi olan hastalara özgü bireyselleştirilmiş, hasta ve ailesini kapsayan sağlık eğitimlerine ve hemşirenin koordinatörlüğünde sağlık ekibinin iş birliği yaparak yürüttüğü evde bakım hizmetlerine gereksinim duyulmaktadır. Hemşirelik hizmetleri müdürlükleri evde bakım hizmetlerini ve hemşire istihdamını planlayabilirler.

Araştırmacılar ilaca uyumla ilgili deneysel çalışmalar (ilaç uyumuna ilişkin mobil uygulamalar, evde bakım hizmetleri, hasta takibi, hasta eğitimi vb.) planlayarak hemşirelik bakım hizmetlerine ilişkin stratejiler geliştirebilirler.

ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI-GİRİŞİMSEL

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın ikinci kısmı yarı deneysel tiptedir. Veri toplamada öncelikle rutin bakım verilen “kontrol grubu” hastalarının, sonra da danışmanlık verilen “girişim grubu” hastalarının verileri toplanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Haziran 2019- Nisan 2021 tarihleri arasında İzmir’de Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniklerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniklerine yatış yapan ve kalp kapak ameliyatı yapılacak olan bireyler oluşturmuştur. Örneklem ise, bu kliniklerde ameliyat endikasyonu konan ve mekanik kapak takılan hastalar arasından belirlenmiştir. Araştırma sırasında hastaların klinikte etkileşimlerde bulunması olasılığı nedeniyle bu araştırmada randomizasyon yapılmamıştır. Örneklem alınma kriterlerine uygun 30 kişi kontrol grubuna, sonraki 30 kişi ise girişim grubuna alınmıştır.

Araştırmanın dahil edilme kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- İlk kez açık kalp ameliyatı uygulanması
- Mekanik kapak protezi takılmış olması
- İşitme ve görme sorunlarının olmaması
- Ameliyat sonrası yoğun bakımda en fazla iki gün kalmış olması
- 18 yaş üzerinde olması

Araştırmanın dışlama kriterleri

- TAVİ ile kapak replasmanı yapılan hastalar
- Minimal invaziv yöntemle kapak replasmanı yapılan hastalar
- Türkçe okuma yazma bilmeyen hastalar

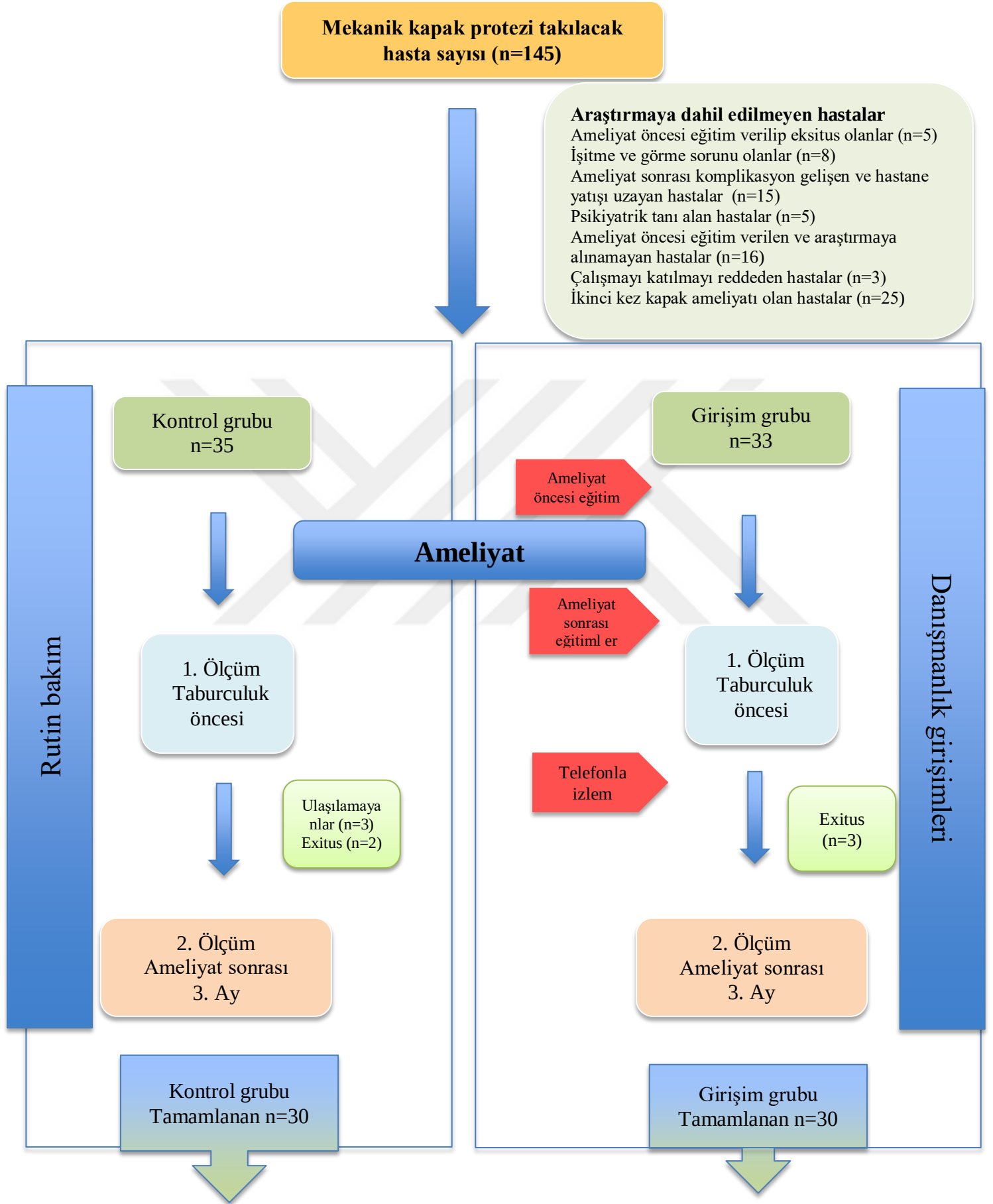
- Psikiyatrik ve nörolojik tanısı olan (demans, şizofreni, bipolar bozukluk) hastalar

- Acil olarak kapak ameliyatı yapılan hastalar

Örneklem Büyüklüğü

Araştırmanın Varacai ve arkadaşlarının 2014 yılı çalışmasındaki girişim ve kontrol grupları arasındaki öz-etkililik beklenti puan ortalamaları esas alınarak Gpower 3.1.9.2 programında Tip I hata 0.05,örneklem gücü %95; etki büyüklüğü 1,56 olacak şekilde örneklem büyüklüğü her grup için 12 olarak hesaplanmıştır (18,171). Araştırmada kayıplar göz önüne alınarak kontrol grubuna 35; kontrol grubuna 33 hasta alınmıştır. Araştırmada girişim grubu 30 hasta ile ; kontrol grubu 30 hasta ile tamamlanmıştır (Şekil 5).

Araştırma sonrası post hoc analizleri yapılarak araştırmanın gücü ortaya konmuştur. Araştırmamızın öz-etkililik puan ortalamaları kullanılarak yapılan $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde etki büyüklüğü 0,97 olarak hesaplanmış olup; örneklem gücü %96 olarak bulunmuştur. Antikoagülan tedavi ölçeği puan ortalamalarına göre $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde etki büyüklüğü 1,36 olup; örneklem gücü %99'dur.



Şekil 5. Araştırma Planı ve Takvimi

3.4. Çalışma materyali

Çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Bireye özgü danışmanlık girişimleri (ameliyat öncesi ve sonrası eğitim, telefonla izlem, video eğitim ve eğitim kitapçığı)

Bağımlı değişkenler: Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalaması, Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği (ATUÖ) puan ortalaması, Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ)

Araştırmanın hipotezleri ise şu şekildedir:

H_{1a}: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların SF-36 fiziksel fonksiyon puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1b}: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların SF-36 fiziksel rol puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1c}: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların SF-36 ağrı puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1d}: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların SF-36 genel sağlık algısı puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1e}: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların SF-36 enerji/yaşamsallık puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1f}: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların SF-36 sosyal fonksiyon puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1g}: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların SF-36 emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{1h}: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların SF-36 ruhsal sağlık fonksiyon puan ortalamaları arasında fark vardır.

H₂: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların öz-etkililik beklenti puan ortalamaları arasında fark vardır.

H₃: Danışmanlık alan ve almayan kalp kapak protez ameliyatı uygulanan hastaların antikoagülan tedaviye uyum puan ortalamaları arasında fark vardır.

H₄: Danışmanlık alan hastaların öz-etkililik düzeyi ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları ve antikoagülan tedaviye uyum ölçeği arasında bir ilişki vardır.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek 8.4.2)

Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup sosyodemografik ve klinik özellikler formu; hastaların yaşı, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, medeni durumu, mevcut kronik hastalıkları, kullandığı ilaçları, kanama zamanı (INR düzeyi), kullandığı antikoagülan ilaç olmak üzere on sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (Short Form-SF 36) (Ek 8.4.3)

Bireyin kendi yaşam kalitesini değerlendirme ölçeğidir. Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (172). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından (1999) yapılmıştır. Ölçekte 36 madde ve sağlıkla ilişkili sekiz alt boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar: fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanmasıdır. Ölçek son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır. Dördüncü ve beşinci maddeler ise evet-hayır şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirmektedir ve sıfır kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik katsayıları 0,73-0,76 arasında değişmektedir. Madde toplam puan korelasyonları ise 0,47-0,88 arasında hesaplanmıştır. Ölçeğin ülkemizde kronik fiziksel hastalık gruplarında kullanılabilen, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmektedir (173). Öz değerlendirme ölçeği olan SF-36 beş dakika gibi kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır.

3.6.3. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu (Ek 8.4.4)

Ölçek Barnason ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. Ölçek KABG sonrası öz-etkililiği ölçmek amacını taşımaktadır. Fiziksel fonksiyon, psikososyal işlevsellik, koroner arter hastalığı risk faktörü ve öz bakım yönetimini

içeren 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirliği 0,93 olarak saptanmıştır (174). Likert tipi ölçekte her bir madde hastanın belirtilmiş davranışı gerçekleştirebileceğine olan güven algısına dayanmakta ve bir ve dört arasında (1= kesinlikle katılmıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum) puanlandırılmaktadır. Her soruya verilen puanlar toplanarak toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puanı 15-60 arasında değişmektedir. Yüksek puan, KABG cerrahisi sonrası iyileşme ve rehabilitasyon davranışlarının belirlenmesi için etkililik beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir (175). Ölçek KABG hastalarına özgü olmakla birlikte, kalp kapak ameliyatı uygulanan hastaların fizyopatolojik süreçlerinde genellikle kalp yetmezliği tablosu görüldüğünden, ölçek maddelerinin aynı zamanda kalp kapak hastalarına uygun olduğu düşünülmüştür.

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Avcı ve Karahan tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin tüm maddeleri için Cronbach Alpha katsayısı 0,83 ve alt ölçekleri için 0,75-0,76 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada test-tekrar test korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı ($r = 0,818$, $p = 0,000$); benzer şekilde ölçeğin alt ölçek toplam puanları ile ölçeğin toplam puanı arasındaki korelasyon katsayısının da istatistiksel olarak anlamlı ($p = 0,000$) olduğu belirtilmiştir. Türk toplumuna uyarlanan Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu'nun ve alt ölçeklerinin iç tutarlık güvenirlik katsayısının kabul edilebilir olduğu, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceğini belirtilmiştir (175). Bu çalışma için de Cronbach Alpha değeri 0,69 olarak hesaplanmıştır.

3.6.4. Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği (ATUÖ) (Ek 8.4.5)

Bu ölçek Kankaya ve Bilik tarafından 2019 yılında antikoagülan tedavi alan hastaların uyum düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 17 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Birinci alt boyut ilaç kullanımı ve kontroller alt boyutu olup 1., 2., 3., 4., 9., 10., 11., 12., 13. sorulardan oluşmaktadır. İkinci alt boyut besin seçimi ile ilgili davranışları incelemeyi hedeflemekte ve 5., 6. ve 7., sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü alt boyut ise 8., 14., 15., 16., 17. soruları içermekte olup; komplikasyonlardan korunma davranışlarını sorgulamaktadır. Ölçek beşli likert tipidir (1: kesinlikle katılmıyorum; 5: kesinlikle katılıyorum.) Ölçeğin 4. ve 13. maddesi ters maddedir. Ölçekten alınan en yüksek puan 77; en düşük puan ise 25'tir. Ölçeğin

geçerliği içerik geçerliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen uyum indeksleri şu şekildedir: $\chi^2 = 181,116$, $sd = 116$ χ^2 / sd değeri 1,561, Ortalama Karekök Hata Yaklaşımı (RMSEA) = 0,058, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI): 0,88 ve İyi Uyum İndeksi (GFI): 0,88. Madde-toplam ölçek korelasyon katsayıları 0,57 ile 0,25 arasında bulunmuştur. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçeğin tamamı için 0,74, alt ölçekleri için 0,63, 0,77 ve 0,65'dir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçek puanı arttıkça, hastanın antikoagülan tedaviye uyumunun arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. ATUÖ'nün Türk popülasyonunda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.56 olarak hesaplanmıştır.

3.6.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada kontrol ve girişim grubunun birbirinden etkilenmesini önlemek için öncelikle kontrol grubu verileri toplanmıştır (Şekil 6). Veri toplama öncesinde araştırmanın amacı, veri toplama yöntemleri anlatılarak hastaların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Kontrol grubu veri toplama süreci

Kontrol grubunda yer alan hastalara kalp damar cerrahi kliniğinde taburculuk öncesi görüşülerek (ameliyat sonrası beş-yedinci gün) Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) doldurulmuştur.

Kontrol grubuna alınan mekanik kalp kapak protezi takılan hastalar taburcu olduktan üç ay sonra telefonla görüşme yöntemi ile Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) ve Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında her görüşme ortalama 20 dakika sürmüş olup; hastalar soru sorduğu zaman yanıt verilmiştir.

Kontrol Grubu Hastalarına Klinikte Uygulanan Rutin Bakım

Kontrol grubuna alınan hastalara klinikte rutin bakım verilmiştir. Hastalar yatışı yapıldıktan sonra hemşire tarafından sistem tanınması yapılarak düşme riski, el hijyeni, ilaçlar, sigara kullanımı konusunda bilgilendirme yapılmaktadır. Kalp kapak ameliyatı

ile ilgili riskler ve süreç hakkındaki bilgilendirmeler hekim tarafından yapılmaktadır. Ameliyata yönelik yapılandırılmış bir eğitim bulunmamaktadır. Taburculuk sırasında her iki klinikte de yapılandırılmış eğitim bulunmamakta olup; Ege Üniversitesi Hastanesi'nde hastalara yönelik yalnızca varfarin ile ilgili beslenme konusunda eğitim kitapçığı diyetisyen tarafından verilmektedir. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde varfarin konusunda dikkat edilmesi gereken noktaları içeren kitapçık verilmektedir. Hastalara klinikte hemşirelik bakımları verilmekte ve soruları olduğunda yanıtlanmaktadır. Hastalar taburcu olduktan bir hafta sonra hekim tarafından poliklinik kontrolleri yapılmakta ve INR değerleri kontrol edilmektedir. Sonraki kontrolleri hastaların yakın olduğu merkezlerde yapılabildiği gibi aynı hastanenin kalp damar cerrahi polikliniğinde devam edebilmektedir. Kontrol sırasında INR değerleri hekim tarafından değerlendirilmekte olup; ilaç doz ayarlaması yapılmaktadır.

Girişim grubu veri toplama süreci

Girişim grubu verileri kontrol grubu verileri tamamlandıktan sonra toplanmıştır.

Girişim grubu verileri Şubat 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında pandemi döneminde toplanmıştır. Girişim grubunda yer alan hastalar kalp damar cerrahi kliniğine yatış yaptıktan 24-48 saat içinde hastalar ile görüşülerek araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımları ile ilgili onamları alınmış ve Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu doldurulmuştur.

Girişim grubunda yer alan hastalara kalp damar cerrahi kliniğinde taburculuk öncesi görüşülerek (ameliyat sonrası beşinci ve yedinci günler arasında) Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) doldurulmuştur.

Girişim grubuna alınan mekanik kalp kapak protezi takılan hastalar taburcu olduktan üç ay sonra telefonla görüşme yöntemi ile Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) ve Antikoagülan Tedaviye uyum ölçeği verileri toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında her görüşme ortalama 20 dakika sürmüş hastaların soruları yanıtlanmıştır.

Girişim Grubu Hastalarına Verilen Danışmanlık Girişimleri

Ameliyat öncesi hastanede yatış yapan hastalar örneklem kapsamına alındığından, acil cerrahi yapılan hastalar örneklem dışı bırakılmıştır.

Hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası süreçleri göz önüne alınarak eğitimler üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Girişim grubu verileri pandemi döneminde toplandığından araştırmaya dahil edilen hastalarda enfeksiyon riskini azaltmak için sosyal mesafe kurallarına uyulmuş olup, görüşme esnasında çift maske takılarak oda pencere ve kapısı açık bırakılmış ve odanın havalandırılması sağlanmıştır.

Eğitimlerde kullanılmak üzere literatürden yararlanılarak hastalar için “Kalp Kapak Ameliyatı Olmuş Hastalar ve Yakınları için Bir Rehber” (Ek 8.6. Hasta Eğitim Kitapçığı) eğitim kitapçığı hazırlandı. Bu eğitim kitapçığı literatür doğrultusunda hasta ve yakınlarının hastanedeki ve evdeki bakım süreçleri yürütmeyi kolaylaştırmak için hastalarla paylaşıldı. Eğitim kitapçığı için iki akademisyen hemşire ve her iki kliniği sorumlu hemşirelerinden uzman görüşü alınarak kitapçığa son hali verildi. Sözlü ve yazılı eğitim materyellerinin birlikte kullanılması eğitimin etkinliğini arttırdığı için iki teknik eş zamanlı kullanıldı (176).

1. Ameliyat öncesi dönemde hasta ameliyat hakkında bilgilendirilerek gerekli hazırlıklar ve eğitimler yapılmıştır. Bu eğitimler yoğun bakımda süreci ve kalp damar servisi süreci (solunum-öksürük egzersizleri, ayak bacak egzersizlerinin öğretilmesi, ameliyat günü hazırlıkları hakkında bilgilendirme) başlıkları altında yapılmıştır. Egzersizler demonstrasyon yöntemi ile hastalara öğretilerek yapmaları beklenmiştir. Hastanın ameliyat ve yoğun bakım süreci ile ilgili soruları yanıtlanmıştır. Bu hazırlık ve eğitim yüz yüze yapılmış olup; yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Hastanın ameliyatı ertelendi ise ameliyat öncesi ziyaret bir kez daha tekrarlanmıştır. Tekrarlanan ziyaret 10-15 dakika sürmüştür.

2. Ameliyat sonrası hasta yoğun bakımdan geldikten 24-48 saat sonra hasta ile görüşülerek ameliyat sonrası ağrının giderilmesi, solunum egzersizleri, spirometrik egzersizler, yara bakımı, beslenme, mobilizasyon, uyku ve dinlenme, sternumun korunması ile ilgili hasta ve hasta yakınlarına eğitimler verilmiştir. Bu eğitim sonunda eğitim kitapçığı hastaya bırakılarak incelemesi ve sonraki ziyarette soru sorması istenmiştir. Eğitim kitapçığı içeriği ile ilgili iki akademisyen hemşire, her iki kliniğin

sorumlu hemşiresi, bir kalp damar cerrahından ve iki hastadan görüş alınarak, önerileri doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır.

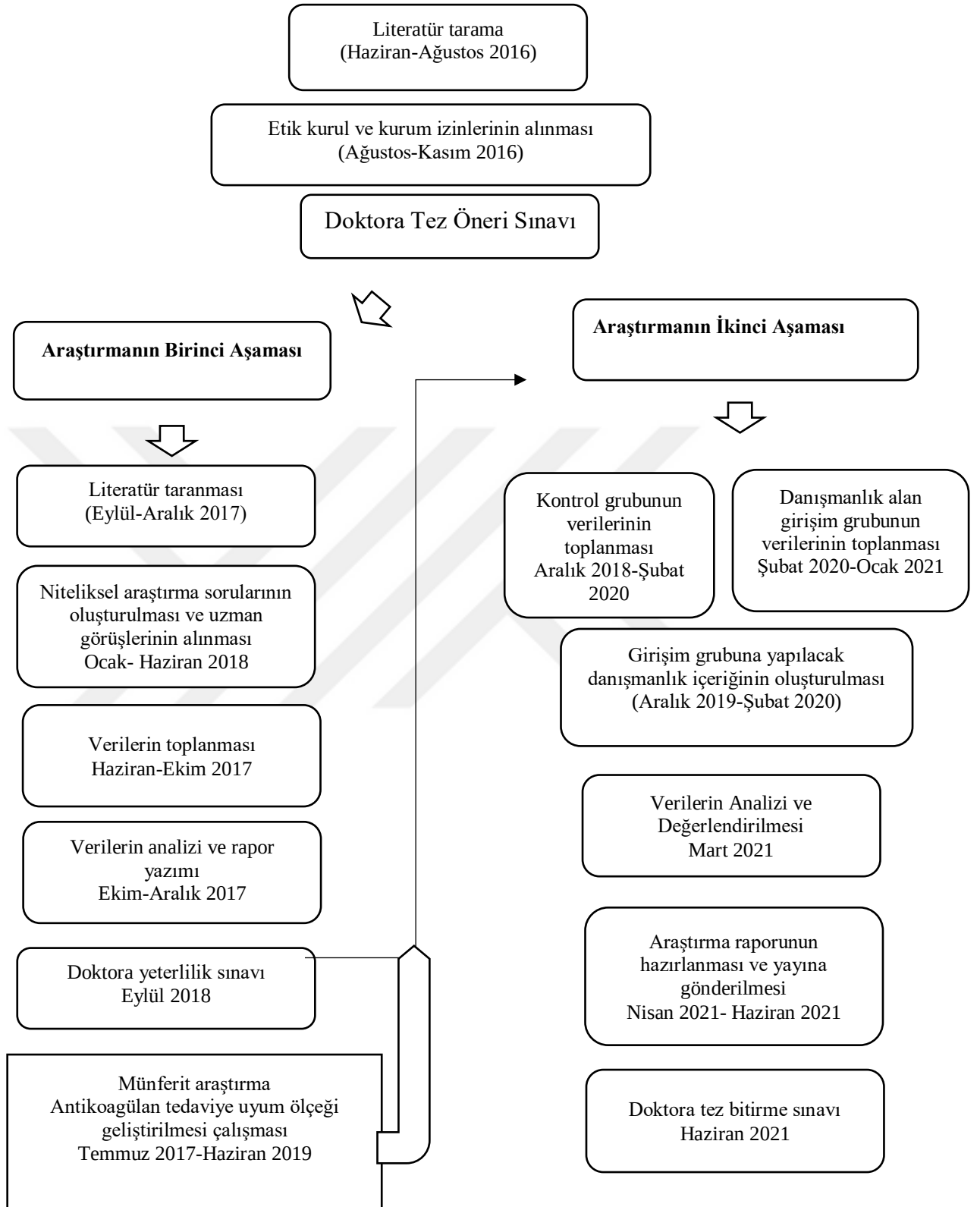
3. Hasta taburcu olmadan önce fiziksel aktivitelere dönüş, beslenme, hastaneye başvurulması gereken konular, seyahat, ameliyat sonrası cinsel hayat, antikoagülan tedaviye uyum konularında eğitimler yapılmıştır. Bu eğitimler yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Hastalara araştırmacının telefon numarası verilerek, soruları olduklarında mesaj atabilecekleri, arayabilecekleri söylenmiştir.

Girişim grubundaki hastalara hatırlatıcı olması için taburculuk eğitimi videoları çekilerek iletilmiştir. Amaç işitsel ve görsel öğrenmenin birlikte kullanılmasıydı. Videolar akıllı telefonu olmayan ve kullanamayan hastaların yakınlarına iletilmiştir. Videolar yapılan sözlü eğitimi hastaların istedikleri zaman dinleyebilmeleri için hazırlanmıştır. Düz anlatım ve demonstrasyon tekniği kullanılmıştır. Taburculuk öncesi verilen eğitimler önemli konu başlıklarına ayrılarak parçalar halinde dört video olacak şekilde hastalarla paylaşılmıştır. Video konuları “Yara Bakımı, Fiziksel Aktivite, Günlük Yaşam ve Varfarin Kullanımı” başlıklarından oluşmaktadır.

Genel kitapçık hastalara çerçeve sunması açısından hastalara verilmiştir. Her hastanın gereksinimlere göre danışmanlık verilmiştir. Emzirme, stres yönetimi, uyku alışkanlıkları, kan basıncı takibinin önemi, mevcut problemlere yönelik ilgili uzmanlara yönlendirme (diyetisyen, kardiyolog, psikiyatri, acil servis, dahiliye vb) gibi konularda hastalara önerilerde bulunulmuştur.

Taburculuktan bir hafta sonrası; bir ay sonrası, ikinci ay ve üçüncü ayda hastalar aranarak iyileşme süreci, egzersizler, beslenme, ilaç kullanımı konularında problem yaşıyıp yaşamadıkları sorulmuştur. Bunların dışında hastalar istedikleri zaman kısa mesaj yoluyla ve arama yoluyla araştırmacıya sorularını sorarak gerekli yönlendirme ve danışmanlık almaları sağlanmıştır.



Şekil 6. Araştırma Planı ve Takvimi

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın ikinci aşamasının verilerinin analizinde SPSS (23.0) programı kullanılmıştır. İstatiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın sosyodemografik klinik verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikten (sayı, yüzde, ortalama) yararlanılmıştır.

Veri analizleri yapılmadan önce ilgili verilerin dağılımı değerlendirilerek parametrik ya da non parametrik test kullanılıp kullanılmayacağına karar verilmiştir. İki ortalama arasında farkın anlamlılık testi ile ilgili istatistik kararı vermede Levene testi (F) kullanılarak grupların varyanslarının farklı olduğu belirlendiğinde ($p < 0,05$) “equal variance not assumed” satırındaki değerler; varyanslarının farklı olmadığı ortaya konduğu durumda ($p > 0,05$) “equal variance assumed” satırının karşısındaki t değeri baz alınmıştır.

Taburculuk öncesi dönemde yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, enerji/yaşamsallık, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı alt boyutlarının girişim ve kontrol grupları arasındaki farkı belirlemede bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. Emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımları non parametrik olup, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (Mann Whitney U=Z) ile değerlendirilmiştir. Taburculuk sonrası üçüncü ayda fiziksel rol güçlüğü ve genel sağlık alt boyutu parametrik dağıldığından t testi kullanılmıştır. Fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/yaşamsallık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı alt boyutları puan ortalamaları açısından girişim ve kontrol grupları arasındaki fark bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Mann Whitney U=Z) ile incelenmiştir. Girişim grubu ve kontrol grubunun kendi içinde taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası üçüncü ay puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri kullanılmıştır. Dağılım non parametrik ise Wilcoxon testi, parametrik ise eşleştirilmiş gruplarda t testi kullanılmıştır (177).

Girişim ve kontrol grupları arasında taburculuk öncesi etkililik beklenti ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. Taburculuk öncesi girişim ve kontrol gruplarının öz-bakım yönetimi, diyet

modifikasyonu, psikososyal fonksiyon, egzersiz-aktivite modifikasyonu alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamalarını normal dağılıma uymadığı için bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Mann Whitney U=Z) uygulanmıştır. Taburculuk sonrası üçüncü ayda tüm alt boyutlarda girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın belirlenmesinde bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki fark önemlilik testi (Mann Whitney U=Z) kullanılmıştır. Girişim grubunun taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası üçüncü aydaki ve kontrol grubunun taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası üçüncü aydaki etkililik beklenti ölçeği alt boyutları arasındaki fark bağımlı gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile (Wilcoxon=Z) değerlendirilmiştir.

Girişim ve kontrol grubuna alınan hastaların antikoagülan tedaviye uyum ölçeği puanlarının incelenmesinde alt boyutların ortalaması alınmıştır. İlaç kullanımı, komplikasyon yönetimi ve besin seçimi alt boyutlarına göre girişim ve kontrol gruplarının taburculuk sonrası üçüncü aydaki puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (Mann Whitney U=Z) kullanılmıştır.

Danışmanlık alan girişim grubu hastalarında antikoagülan tedaviye uyum, öz-etkililik beklenti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesinde pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı $r=0,00-0,25$ ise çok zayıf; $r=0,26-0,49$ zayıf; $r=0,50-0,69$ ise orta; $r=0,70-0,89$ ise yüksek; $r=0,90-1,00$ ise çok yüksek ilişki olduğu şeklinde yorumlanmıştır (171,177).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kontrol grubu verileri pandemi dönemi öncesinde, girişim grubu verileri pandemi döneminde toplanmıştır. Bu durum sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Pandemi nedeniyle hastaların özellikle fiziksel aktivite yapma ve kontrollerini sürdürme konularında güçlükler yaşadıkları, bazı hastaların Covid-19 nedeniyle stresli ve endişeli oldukları gözlenmiştir. Hastalar pandemi nedeniyle yapılan kısıtlamalar sonucu sosyal yaşamlarında da yeterli destek alamadıklarını belirtmiştir. Bu durumun, çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesini etkilediği düşünülmüştür.

3.9. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Noninvaziv Klinik Çalışmalar Etik Kurulu Etik Kurulundan (08.09.2016 tarih, 2016/24-03 2892 Protokol numarası; Ek 8.1. Etik Kurul

İzni) ve çalışmanın yapıldığı hastanelerden (Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ek 8.2.1. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ek 8.2.2. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni) izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın nicel olan ikinci aşamasının bulguları sunulmuştur.

Girişim ve kontrol grupları karşılaştırıldığında yaş ortalamaları girişim grubu $54,00 \pm 12,58$. kontrol grubu $56,76 \pm 12,30$ olup istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($t=0,86$; $p=0,39$). Her iki grubun %63,3'ü ($n=19$) ilköğretim mezunu olup; hastaların çoğunluğu emekli (girişim $n=10$ %33,3; kontrol $n=11$ %36,66) ve ev hanımıdır (girişim $n=11$ %36,66; kontrol $n=10$ %33,33). Mekanik protez yerleşimleri incelendiğinde hastalarda aort kapak (girişim $n=12$ %40; kontrol $n=12$ %40) ve mitral kapak (girişim $n=12$ %40; kontrol $n=13$ %43,3) yerleşiminin en fazla olduğu; hastalarının büyük çoğunluğunun (girişim $n=25$ %83,33; kontrol $n=18$ %60) komorbid hastalığı olduğu görülmektedir (Tablo 2). En sık görülen hastalık hipertansiyondur (girişim $n=25$ %83,33; kontrol $n=18$ %60).

Girişim ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik özelliklerinin benzer olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre deney ve kontrol grubu hastalarında fark bulunmamaktadır ($X^2=0,26$; $p=0,60$). Benzer şekilde yatış yapılan hastane ($X^2=2,44$, $p=0,11$), eğitim düzeyi ($X^2=0,41$; $p=0,93$), meslek ($X^2=2,82$, $p=0,72$); medeni durum ($X^2=2,82$, $p=1,00$), mekanik protez yerleşimi ($X^2=1,04$, $p=0,90$); komorbidite varlığı ($X^2=4,02$, $p=0,04$) ve komorbid hastalıklara göre girişim ve kontrol grupları arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 2. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin İncelenmesi

Değişkenler	Girişim grubu n(%)	Kontrol grubu n(%)	Test değeri	p
Cinsiyet				
Kadın	16 (53,3)	14 (46,7)	X ² =0,26	p=0,60
Erkek	14 (46,7)	16 (53,3)		
Yatış yapılan hastane				
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	14 (46,7)	20 (66,6)	X ² =2,44	p=0,11
Ege Üniversitesi Hastanesi	16 (53,3)	10 (33,4)		
Eğitim düzeyi				
İlköğretim	19 (63,3)	19 (63,3)	X ² =0,41	p=0,93
Lise	6 (20)	7 (23,4)		
Üniversite	2 (6,6)	1 (3,3)		
Lisansüstü	3 (10)	3 (10)		
Meslek				
Ev hanımı	11 (36,66)	10 (33,5)	X ² =2,82	p=0,72
Memur	2 (6,6)	3 (10)		
Emekli	10 (33,33)	11 (36,66)		
Serbest meslek	6 (20)	5 (16,6)		
Öğrenci	1 (3,33)	1 (3,3)		
Algılanan maddi durum				
Gelir gidere denk	10 (33,33)	20 (66,6)	X ² =6,73	p=0,03
Gelir giderden daha az	13 (43,33)	6 (20)		
Gelir giderden daha fazla	7 (23,34)	4 (13,4)		
Medeni durum				
Evli	24 (80)	24 (80)	X ² =2,82	p=1,00
Bekar	6 (20)	6 (20)		
Mekanik protez yerleşimi				
Aort kapak	12 (40,0)	12 (40,0)	X ² =1,04	p=0,90
Mitral kapak	12 (40,0)	13 (43,3)		
Triküspit kapak	1 (3,3)	1 (3,3)		
Aort ve mitral kapak	4 (13,4)	4 (13,4)		
Mitral ve triküspit kapak	1 (3,3)	-		
Kronik hastalık varlığı				
Var	25 (83,33)	18 (60)	X ² =4,02	p=0,04
Yok	5 (16,6)	12 (40)		
Kronik hastalıklar				
Hipertansiyon	13 (43,33)	7 (23,1)	X ² =2,70	p=0,10
Diyabetes mellitus	8 (26,66)	6 (20)	X ² =0,37	p=0,54
Hiperlipidemi	2 (6,6)	1 (3,3)	X ² =0,35	p=0,55
Koroner arter hastalığı	2 (6,6)	3 (10)	X ² =1,01	p=0,50
Disritmi	3 (10)	2 (6,6)	X ² =0,21	p=0,50
Diğer*	4 (13,4)	6 (20)	X ² =0,48	p=0,48
Toplam	30 (100)	30 (100)		

Diğer hastalıklar: KOAH, Astım, Brusella

4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının İncelenmesi

Fiziksel fonksiyon alt boyutu: Taburculuk öncesi fiziksel fonksiyon alt boyutları incelendiğinde girişim ($33,50 \pm 27,16$) ve kontrol ($36,50 \pm 31,49$) grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($t=0,39$ $p=0,69$). Taburculuk sonrası üçüncü ay puan ortalamaları girişim grubu $84,66 \pm 17,01$; kontrol grubu $79,83 \pm 21,63$ iki grup arasında fark bulunmamıştır ($Z=-1,40$, $p=0,16$). Zamana göre girişim grubunun puan ortalamaları incelendiğinde taburculuk öncesi ve üçüncü ay puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark belirlenmiştir ($Z=-4,66$, $p<0,001$). Benzer şekilde kontrol grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($t=-4,33$; $p<0,001$).

Fiziksel rol alt boyutu: Hastaların fiziksel rol taburculuk öncesi alt boyutları incelendiğinde girişim ($3,33 \pm 18,25$) ve kontrol ($10,83 \pm 30,57$) grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($Z=-1,37$, $p=0,17$). Taburculuk sonrası üçüncü ay puan ortalamaları sırasıyla $82,61 \pm 33,97$ ve $80,83 \pm 31,95$ olup; puan ortalamaları arasında fark yoktur ($Z=-0,93$, $p=0,34$). Taburculuk öncesi ve üçüncü ay ortalamaları incelendiğinde her iki grubun ön test ve son test sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır (Girişim $Z=-4,81$, $p<0,001$, kontrol $Z=-4,14$, $p<0,001$) (Tablo 3).

Emosyonel rol güçlüğü: Taburculuk öncesi emosyonel rol güçlüğü alt boyutları incelendiğinde girişim ($15,55 \pm 34,72$) ve kontrol ($13,36 \pm 28,48$) grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($Z=-0,40$, $p=0,68$). Taburculuk sonrası üçüncü ay puan ortalamaları girişim grubu $76,73 \pm 41,07$; kontrol grubu $93,33 \pm 25,37$ iki grup arasındaki fark olmamakla birlikte ($Z=-1,96$, $p=0,05$) kontrol grubu puanları yüksektir. Zamana göre girişim grubunun emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları incelendiğinde taburculuk öncesi ve üçüncü ay puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark saptanmıştır ($Z=-4,04$, $p<0,001$). Benzer şekilde kontrol grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($Z=-4,72$; $p<0,001$).

Enerji/canlılık/yaşamsallık: Taburculuk öncesi enerji/yaşamsallık girişim ($41,82 \pm 16,63$) ve kontrol ($34,83 \pm 23,50$) grubu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($t=-1,33$ $p=0,18$). Üçüncü ay girişim ($63,83 \pm 19,68$) ve kontrol grubu ($63,33 \pm 20,98$) yaşamsallık alt boyutları arasında fark yoktur ($Z=-0,18$, $p=0,85$). Girişim grubunun taburculuk öncesine göre taburculuk sonrası üçüncü ay puanları istatistiksel olarak

anlamli artiş göstermiştir ($t=-6,60$, $p<0,001$). Benzer şekilde kontrol grubunun puan ortalamalarında istatiksels olarak önemli bir artiş görülmüştür ($t=-4,97$, $p<0,001$).

Ruhsal sağlık: Girişim ($59,60\pm16,08$) ve kontrol ($55,31\pm20,92$) grupları arasında taburculuk öncesi ruhsal sağlık alt boyutları arasında fark saptanmamıştır ($t=-0,88$, $p=0,38$). Kontrol grubu ruhsal sağlık puan ortalaması ($74,26\pm15,17$) girişim grubundan ($71,20\pm16,98$) yüksek olup, aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($Z=-0,66$, $p=0,05$). Zamana göre girişim ($Z=-3,16$, $p=0,02$) ve kontrol grubu ($Z=-3,05$, $p=0,02$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Zaman geçtikçe hastaların puan ortalamaları artmaktadır (Tablo 3).

Sosyal işlevsellik: Girişim ($51,76\pm17,28$) ve kontrol ($54,78\pm27,53$) grubunun sosyal işlevsellik alt puanları incelendiğinde taburculuk öncesi gruplar arasında fark saptanmamıştır ($Z=-0,39$, $p=0,69$). Taburculuk sonrası üçüncü ayda benzer şekilde gruplar arası puan ortalamaları benzerdir ($67,26\pm18,59$, $66,20\pm23,02$; $Z=-0,50$, $p=0,61$). Zamana göre değişim incelendiğinde girişim grubunun öncesi ve sonrası puan ortalamaları artmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($Z=-3,06$, $p=0,02$), kontrol grubu puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır ($Z=-1,70$, $p=0,08$).

Ağrı: Taburculuk öncesi girişim ve kontrol grupları arasında ağrı alt boyutu incelendiğinde kontrol grubunun puan ortalamalarının ($64,93\pm28,35$) kontrol grubundan ($60,41\pm20,53$) daha yüksek olduğu saptanmış olup arada fark bulunmamaktadır ($Z=-0,64$, $p=0,52$). Buna zıt olarak, taburculuk sonrası üçüncü ayda girişim grubunun ağrı puan ortalamaları ($88,66\pm14,21$) kontrol grubundan daha yüksek olup ($78,41\pm27,63$) arada fark saptanmamıştır ($Z=-1,47$, $p=0,13$). Ağrı alt boyutu zamana göre incelendiğinde her iki grubun puan ortalamaları artmış olup, aralarında anlamlı fark olduğu görülmüştür (girişim grubu: $Z=-4,30$ $p<0,001$; kontrol grubu $Z=-2,31$, $p=0,02$).

Genel Sağlık Algısı: Taburculuk öncesi girişim grubunun genel sağlık algısı puan ortalamaları ($56,66\pm20,39$) kontrol grubundan ($50,66\pm13,50$) yüksek olup aralarında fark saptanmamıştır ($t=-1,34$, $p=0,18$). Taburculuk sonrası üçüncü ayda benzer şekilde girişim grubunun puan ortalamaları ($72,16\pm22,30$; $67,79\pm13,53$) yüksek olup gruplar arası fark yoktur ($t=-0,91$ $p=0,36$). Taburculuk sonrası üçüncü ayda her iki grubunun puan ortalamaları taburculuk öncesine göre istatistiksel olarak ileri düzeyde

anlamli olacak sekilde artmıştır (girişim grubu: $t=3,91$ $p<0,001$; kontrol grubu $t=5,34$, $p<0,001$).

Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının SF-36 Yaşam Kalitesi leği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

	Taburculuk ncesi $\bar{X} \pm SS$	3. ay $\bar{X} \pm SS$	Test değeri	p
Fiziksel fonksiyon				
Girişim	33,50 $\pm$ 27,16	84,66 $\pm$ 17,01	Z=-4,66	p<0,001
Kontrol	36,50 $\pm$ 31,49	79,83 $\pm$ 21,63	Z=-4,33	p<0,001
	p=0,69 t=0,39	Z=-1,40 p=0,16		
Fiziksel rol gclđđ				
Girişim	3,33 $\pm$ 18,25	82,61 $\pm$ 33,97	Z=-4,81	p<0,001
Kontrol	10,83 $\pm$ 30,57	80,83 $\pm$ 31,95	Z=-4,14	p<0,001
	Z=-1,37 p=0,17	Z=-0,93 p=0,34		
Emosyonel Rol Gclđđ				
Girişim	15,55 $\pm$ 34,72	76,73 $\pm$ 41,07	Z=-4,04	p<0,001
Kontrol	13,36 $\pm$ 28,48	93,33 $\pm$ 25,37	Z=-4,72	p<0,001
	Z=-0,40 p=0,68	Z=-1,96 p=0,05		
Eneji/canlılık/yaşamsallık				
Girişim	41,82 $\pm$ 16,63	63,83 $\pm$ 19,68	t=-6,60	p<0,001
Kontrol	34,83 $\pm$ 23,50	63,33 $\pm$ 20,98	t=-4,97	p<0,001
	t=-1,34 p=0,18	Z=-0,18 p=0,85		
Ruhsal sağlık				
Girişim	59,60 $\pm$ 16,08	71,20 $\pm$ 16,98	Z=-3,16	p=0,02
Kontrol	55,31 $\pm$ 20,92	74,26 $\pm$ 15,17	Z=-3,05	p=0,02
	t=-0,88 p=0,38	Z=-0,66 p=0,05		
Sosyal işlevsellik				
Girişim	51,76 $\pm$ 17,28	67,26 $\pm$ 18,59	Z=-3,06	p=0,02
Kontrol	54,78 $\pm$ 27,53	66,20 $\pm$ 23,02	Z=-1,70	p=0,08
	Z=-0,39 p=0,69	Z=-0,50 p=0,61		
Ağrı				
Girişim	60,41 $\pm$ 20,53	88,66 $\pm$ 14,21	Z=-4,30	p<0,001
Kontrol	64,93 $\pm$ 28,35	78,41 $\pm$ 27,63	Z=-2,31	p=0,02
	Z=-0,64 p=0,52	Z=-1,47 p=0,13		
Genel sağlık Algısı				
Girişim	56,66 $\pm$ 20,39	72,16 $\pm$ 22,30	t=3,91	p<0,001
Kontrol	50,66 $\pm$ 13,50	67,79 $\pm$ 13,53	t=5,34	p<0,001
	t=-1,34 p=0,18	t=-0,91 p=0,36		

t:İki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi, parametrik, t testi; Z= İki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi, non-parametrik, Mann Whitney U; $p<0.05$

4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Etkililik Beklenti Puanlarının İncelenmesi

Girişim ve kontrol grubu hastalarının BEBÖ alt boyut puan ortalamaları Tablo 4'te gösterilmiştir. Taburculuk öncesi dönemde girişim ($44,63 \pm 11,92$) grubunun öz-etkililik beklenti ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan ($34,33 \pm 8,91$) yüksek olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z = -4,34$, $p < 0,001$). Taburculuk sonrası üçüncü ay puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında fark vardır ($54,80 \pm 6,61$, $47,23 \pm 8,64$, $Z = -3,75$ $p < 0,001$). Girişim ve kontrol grupları kendi içlerinde taburculuk öncesi ve sonrası dönemde karşılaştırıldığında puan ortalamaları arası fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$ $Z = -3,72$; $p < 0,001$ $Z = -4,28$). Hastaların öz-etkililik beklenti puanları taburculuk sonrası dönemde anlamlı düzeyde artmıştır.

Fiziksel fonksiyon: Araştırmadaki hastaların öz-etkililik beklenti ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyutları incelendiğinde taburculuk öncesi girişim ($8,43 \pm 1,90$) ve kontrol ($6,86 \pm 2,19$) grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($t = -2,95$ $p = 0,005$). Taburculuk sonrası üçüncü ay puan ortalamaları girişim grubu puan ortalaması $12,86 \pm 7,94$; kontrol grubundan yüksek olup ($9,50 \pm 2,31$) aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z = -2,35$ $p = 0,01$). Zamana göre girişim grubunun emosyonel rol gücü puan ortalamaları incelendiğinde taburculuk öncesi ve üçüncü ay puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark saptanmıştır ($Z = -4,04$, $p < 0,001$). Benzer şekilde kontrol grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($Z = -4,72$; $p < 0,001$). Her iki grubunun da fiziksel fonksiyon puan ortalamaları önemli derecede artmıştır.

Öz-bakım yönetimi: Danışmanlık alan girişim grubunun öz bakım yönetimi puan ortalamaları ($12,86 \pm 7,94$) kontrol grubundan ($10,43 \pm 6,26$) anlamlı derecede yüksektir ($Z = -2,67$ $p = 0,007$). Taburculuk sonrası üçüncü ayda benzer şekilde girişim grubunun öz bakım yönetimi puan ortalamaları ($15,50 \pm 0,82$) kontrol grubundan ($12,73 \pm 2,63$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($Z = -4,050$ $p < 0,001$). Zamana göre değişim incelendiğinde girişim ve kontrol grubunun puan ortalamasında artma olup; taburculuk öncesine göre her iki grubun puan artışı istatistiksel olarak anlamlıdır ($Z = -3,87$ $p < 0,001$, $Z = -3,22$ $p < 0,001$).

Diyet modifikasyonu: Girişim grubunun taburculuk öncesi ($5,96 \pm 1,62$) ve sonrası üçüncü ay ($7,56 \pm 0,89$) diyet modifikasyonu puan ortalamaları kontrol grubundan ($4,73 \pm 2,13$; $6,46 \pm 1,35$) yüksek olup; gruplar arasında hem taburculuk öncesi ($Z = -2,53$

p=0,01) hem taburculuk sonrası üçüncü aydaki analizlerde ($Z=-3,58$ $p<0,001$) fark saptanmıştır. Zamana göre değişim incelendiğinde gruplar arası ön test son test puan ortalamaları arasında ileri düzeyde artış olup aradaki fark anlamlıdır (girişim $Z=-3,55$ $p<0,001$; kontrol $Z=-3,17$, $p=0,002$).

Psikososyal fonksiyon: Psikososyal fonksiyon alt boyutu incelendiğinde taburculuk öncesi girişim grubunun puan ortalamaları ($8,50\pm3,77$), kontrol grubundan yüksek olup; aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($Z=-1,07$, $p=0,28$). Taburculuk sonrası üçüncü ay puanları incelendiğinde (girişim $10,46\pm2,06$, kontrol $10,20\pm5,26$) gruplar arası anlamlı fark olduğu görülmüştür ($Z=-2,66$ $p=0,008$). Gruplar arası ön test son test puanları incelendiğinde her iki grupta da ileri düzeyde anlamlı fark olup; hastaların psikososyal fonksiyon puan ortalamaları taburculuk sonrası üçüncü ayda anlamlı düzeyde artmıştır (girişim $Z=-3,55$, $p<0,001$; kontrol $Z=-3,17$ $p=0,002$).

Egzersiz-aktivite modifikasyonu: Hastaların öz-etkililik beklenti ölçeği egzersiz-aktivite alt boyutları incelendiğinde taburculuk öncesi girişim grubunun puan ortalamalarının ($8,86\pm2,14$) kontrol grubu puan ortalamalarından ($4,46\pm1,77$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($Z=-5,83$, $p<0,001$). Taburculuk sonrası üçüncü ay puan ortalamaları karşılaştırıldığında girişim grubu puanları ($10,86\pm1,47$); kontrol grubundan ($8,33\pm2,36$) anlamlı derecede yüksektir ($Z=-4,24$, $p<0,001$). Girişim ve kontrol gruplarının kendi içlerinde ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; taburculuk öncesi döneme göre taburculuk sonrası puan ortalamalarının anlamlı düzeyde artış gösterdiği görülmüştür (girişim $Z=-3,76$, $p<0,001$; kontrol $Z=-4,60$, $p=0,002$).

Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Hastaların Etkililik Beklenti Puanlarının İncelenmesi

	Taburculuk öncesi $\bar{x} \pm SS$	3. ay $\bar{x} \pm SS$	Test değeri	p
Fiziksel fonksiyon				
Girişim	8,43±1,90	12,86±7,94	Z= -3,52	p<0,001
Kontrol	6,86±2,19	9,50±2,31	Z=-3,97	p<0,001
	t=-2,95 p=0,05	Z=-2,35 p=0,01		
Öz-bakım yönetimi				
Girişim	12,86±7,94	15,50±0,82	Z= -3,87	p<0,001
Kontrol	10,43±6,26	12,73±2,63	Z=-3,22	p<0,001
	Z=-2,67 p=0,007	Z=-4,05 p<0,001		
Diyet modifikasyonu				
Girişim	5,96±1,62	7,56±0,89	Z=-3,55	p<0,001
Kontrol	4,73±2,13	6,46±1,35	Z=-3,17	p=0,002
	Z=-2,53 p=0,01	Z=-3,58 p<0,001		
Psikososyal fonksiyon				
Girişim	8,50±3,77	10,46±2,06	Z=-3,34	p=0,001
Kontrol	7,83±3,45	10,20± 5,26	Z=-3,57	p=0,001
	Z=-1,07 p=0,28	Z=-2,66 p=0,008		
Egzersiz-aktivite modifikasyonu				
Girişim	8,86±2,14	10,86±1,47	Z=-3,76	p<0,001
Kontrol	4,46±1,77	8,33±2,36	Z=-4,60	p<0,001
	Z=-5,83 p<0,001	Z=-4,24 p<0,001		
Madde toplam				
Girişim	44,63±11,92	54,80±6,61	Z=-3,72	p<0,001
Kontrol	34,33±8,91	47,23±8,64	Z=-4,28	p<0,001
	Z=-4,34 p<0,001	Z=-3,75 p<0,001		

4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği puan ortalamaları Tablo 5’de gösterilmiştir. Girişim grubunun taburculuk sonrası üçüncü aydaki puan ortalaması 82.40±13.95 iken; kontrol grubunun puan ortalaması 66,63±8,62 olup; girişim grubunun uyum düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Z=48,00, p<0,001).

İlaç kullanımı ve kontroller: Antikoagülan tedaviye ölçeği uyum ölçeği ilaç kullanımı ve kontroller alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı düzeyde fark saptanmış olup, girişim grubunun puan ortalamasının kontrol grubundan yüksek olduğu belirlenmiştir (38,03±9,34; 32,96±4,85, Z=-3,46, p=0,01).

Komplikasyonlardan korunma: Girişim ve kontrol grubunun komplikasyonlardan korunma alt boyutu incelendiğinde girişim grubunun puan

ortalamları ($26,30 \pm 9,27$), kontrol grubundan ($19,80 \pm 4,81$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($Z=-5,14$, $p<0,001$).

Besin seçimi: Taburculuk sonrası üçüncü ayda besin seçimi alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında girişim grubu ($13,97 \pm 1,65$) ve kontrol grubu ($11,06 \pm 2,08$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($Z=-4,89$, $p<0,001$). Girişim grubunun besin seçimi puan ortalamaları, kontrol grubuna göre yüksektir.

Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubuna Alınan Hastaların Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

	Girişim grubu 3. Ay verileri	Kontrol grubu 3. Ay	Test değeri , p
İlaç kullanımı ve kontroller	$38,03 \pm 9,34$	$32,96 \pm 4,85$	$Z=-3,46$ $p=0,01$
Komplikasyonlardan korunma	$26,30 \pm 9,27$	$19,80 \pm 4,81$	$Z=-5,14$ $p<0,001$
Besin seçimi	$13,97 \pm 1,65$	$11,06 \pm 2,08$	$Z=-4,89$ $p<0,001$
Toplam ölçek puanı	$82,40 \pm 13,95$	$66,63 \pm 8,62$	$Z=-5,95$ $p<0,001$

4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki hastaların etkililik beklenti, antikoagülan tedaviye uyum ve yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Girişim grubunun hastaların toplam öz-etkililik beklenti ölçeği toplam puanı ile antikoagülan tedavi ölçeği besin seçimi alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,364$ $p=0,04$); komplikasyonlardan korunma ($r=0,691$, $p<0,001$) ve ilaç kullanımı ve kontroller ($r=0,69$, $p<0,001$), alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır (Tablo 6).

Öz-etkililik beklenti ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında ilişki incelenmiştir, Fiziksel fonksiyon ($r=0,583$, $p=0,001$) ve emosyonel rol güçlüğü ($r=0,653$, $p=0,000$) alt boyutları ile ÖEBÖ arasında pozitif yönlü orta düzeyde; fiziksel rol güçlüğü ile ÖEBÖ arasında pozitif yönlü güçlü düzeyde ($r=0,720$, $p=0,000$) anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Enerji, ruhsal sağlık ve sosyal işlev alt boyutları ile BEBÖ ölçeği arasında bir ilişki olmadığı (sırasıyla $r=0,08$ $p=0,67$; $r=0,271$ $p=0,14$; $r=0,04$ $p=0,83$) belirlenmiştir. Ağrı ile BEBÖ arasında poitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,47$ $p=0,009$); genel sağlık ile zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0,38$, $p=0,03$) saptanmıştır.

Tablo 6. Girişim grubunun öz-etkililik beklenti, antikoagölan tedaviye uyum ve yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Antikoagölan Tedaviye Uyum Ölçeği Alt Boyutları	Öz-Etkililik Beklenti			
	Girişim Grubu		Kontrol grubu	
Besin Seçimi	$r=0,364^*$	$p= 0,04$	$r= 0,19$	$p=0,30$
Komplikasyonlardan korunma	$r=0,691^{**}$	$p<0,001$	$r=-0,05$	$p=,762$
İlaç kullanımı ve kontroller	$r=0,699^{**}$	$p<0,001$	$r=0,258$	$p=0,16$
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları				
Fiziksel Fonksiyon	$r=0,583^{**}$	$p=0,001$	$r=0,59$	$p=0,001$
Fiziksel Rol Güçlüğü	$r=0,720^{***}$	$p<0,001$	$r=0,317$	$p=0,88$
Emosyonel Rol Güçlüğü	$r=0,653$	$p<0,001$	$r=0,306$	$p=0,18$
Enerji/Canlılık/Yaşam sallık	$r=0,08$	$p=0,67$	$r=0,184$	$p=0,33$
Ruhsal Sağlık	$r=0,271$	$p=0,14$	$r=0,163$	$p=0,38$
Sosyal İşlev	$r=0,04$	$p=0,83$	$r=-0,187$	$p=0,32$
Ağrı	$r=0,47$	$p=0,009$	$r=-0,13$	$p=0,48$
Genel Sağlık	$r=0,38$	$p=0,03$	$r=0,024$	$p=0,90$

*:zayıf korelasyon; ** :orta düzey korleasyon ; *** :yüksek düzey korelasyon

5.TARTIŞMA

Bu araştırmada ilk kez mekanik kalp kapak protezi takılan açık kalp ameliyatı tekniği uygulanan hastalara ameliyat sonrası ilk üç ayda verilen danışmanlığın yaşam kalitesi, öz-etkililik beklenti ve antikoagülan tedaviye uyum üzerine etkileri incelenmiştir. Araştırmada hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yüz yüze eğitim verilmiş olup; eğitimin temel hatları kitapçık şeklinde sunulmuştur. Taburculuk sonrası dönemde hastaların telefonla izlemi sürdürülmüş olup; ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verilmiştir. Hastalar mesaj atarak ya da telefonla arayarak araştırmacıya ulaşabilmiş; gereksinim duydukları konuda sorular sorabilmişlerdir.

5.1.Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Danışmanlığın Yaşam Kalitesine Etkisi

Taburculuk öncesi yaşam kalitesi puanları incelendiğinde danışmanlık alan girişim grubu hastalarının enerji/yaşamsallık, ruhsal sağlık ve genel sağlık puan ortalamaları kontrol grubundan yüksek olup; her iki grup arasında fark saptanmamıştır. Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olduğu için danışmanlık girişimleri hastaların yaşam kalitesini etkilememiş olabilir. Literatürde yapılan bir sistematik incelemede eğitimsel müdahalelerin yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir (178).

Taburculuk öncesinde kontrol grubunun fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı puanları girişim grubundan yüksek olup gruplar arasında fark yoktur. Taburculuk öncesi yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark olmamasında hastaların benzer semptomlarla hastaneye başvurmaları; ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları problemler nedeniyle fiziksel fonksiyon ve fiziksel rollerini yerine getirmede güçlük yaşamaları olabilir. Kontrol grubunun puan ortalamalarının girişim grubundan yüksek olması da girişim grubu verilerinin pandemi döneminde toplanmasından kaynaklandığı ön görülmektedir. Pandemi döneminde ameliyat endikasyonu ciddi olan hastalara cerrahi girişim uygulandığı için girişim grubu hastalarının genel durumlarının kontrol grubundan kötü olduğu gözlenmiştir. Pandemi döneminde hastaların genel olarak sağlık durumlarının bozulması ve yaşam kalitelerinin azalması nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlandıkları düşünülmektedir. (179).

Pandeminin etkilediği düşünölen bir diğör sonucumuz ameliyat sonrası üçöncü aydaki emosyonel rol güçlölüğü ve ruhsal sağıktır. Araştırmada danışmanlık alan ve almayan hastalar karşılaştırıldığında emosyonel rol güçlölüğü ve ruhsal sağık alt boyutlarında kontrol grubunun puan ortalamaları yüksek olup; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Girişim grubundaki hastalar pandemi döneminde ameliyat oldukları için öncelikle fiziksel iyileşmeye odaklandıklarından ruhsal sağık ve emosyonel rollerini göz ardı etmiş olabilirler. Covid-19 döneminde ameliyat sayılarında azalma nedeniyle hastalar belirsizlik ve endişe yaşamış olabilirler (180). Yapılan bir araştırmada hastaların Covid-19 nedeniyle korku yaşadıkları; hastaların ameliyatı normale dönme için bir şans olarak gördükleri ve bu nedenle ameliyatların ertelenmesinin fiziksel ve ruhsal sağıklarını etkilendiği belirtilmiştir (181). Bu sonucun elde edilmesinde girişim grubundaki hastaların ifadeleri doğrultusunda hastalık dışında yaşam sürecinde karşılaştıkları sorunlar nedeniyle duygusal açıdan hassas ve kırılgan oldukları düşünülmüştür. Bu nedenle girişim grubunun ruhsal sağık ve emosyonel sağık puan ortalamaları düşük çıkmış olabilir.

Taburculuk sonrası üçöncü ayda girişim grubunun fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlölüğü, sosyal işlevsellik, ağrı, enerji ve genel sağık alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundan yüksek olup; girişim ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır. Hastalara fiziksel egzersizin önemi, rehabilitasyonu hakkında eğitim verilmesine rağmen, yapılan telefon görüşmelerinde hastalar pandemi nedeniyle fiziksel aktivitelerini ev içinde yaptıklarını; egzersiz konusunda sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle fiziksel aktivitenin sınırlı olduğu ve rehabilitasyon sürecinin uzadığı düşünülmektedir. Fiziksel aktivite yapmada birçok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir. Kalp cerrahisi sonrası egzersizi etkileyen faktörlerin incelendiği bir araştırmada 12 çalışma incelenmiş olup; fiziksel aktiviteyi kolaylaştıran faktörler kişisel, sosyo-çevresel ve müdahaleyle ilgili faktörler iken; fiziksel aktivitenin önündeki engeller ise komorbiditeler, kişisel, sosyo-çevresel ve kardiyak rehabilitasyon programıyla ilgili faktörlerdi (69). Başka bir faktör Covid-19 pandemisi olup; Covid-19'un hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Yapılan bir araştırmada yaşam kalitesi SF-12 ile değerlendirilmiş olup; Covid-19 döneminde kronik hastalığı olan ve ileri yaştaki hastaların yaşam kalitesi puanlarının kronik hastalığı olmayan hastalara göre daha düşük olduğu görölmüştür (182). Öte yandan

girişim grubunun pandemi döneminde olmasına rağmen istatistiksel anlamlı fark olmasa da kontrol grubundaki hastalardan yüksek puan almaları bu hastalara verilen danışmanlık ve eğitimlerin yararlı olması ile açıklanabilir. Belirli aralıklarla yapılan telefon görüşmeleri ile hastaların motivasyonları yükseltmek istenmiş; hastanın ihtiyacına göre eğitim verilen konularda (beslenme, fiziksel aktivite, günlük yaşam aktiviteleri vb.) tekrarlanmıştır. Bu durum girişim grubundaki hastaların puan ortalamalarının artmasına neden olmuş olabilir. Literatürde yapılan araştırmalarda izlem ve takibin önemi vurgulanmaktadır. Razmjoe ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ameliyat sonrası takip ve bakımın sürdürüldüğü girişim grubunun müdahaleden bir ve iki ay sonra, yaşam kalitesi (SF-12) puanlarının kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmış ($p<0,001$) olup sürekli bakım modelinin uygulanmasının KABG sonrası hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (183). Başka bir araştırmada devamlı bakım modeli uygulanan KABG hastalarının yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (184). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Taburculuk öncesi ve ameliyattan üç ay sonrası puan ortalamaları incelendiğinde girişim ve kontrol grubundaki hastaların ön test son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu durum kalbin iyileşme süresinin yaklaşık üç ay olması ile açıklanabilir. Yetmezliği/darlığı olan kapak yerine mekanik kapak takılması var olan solunum güçlüğü, nefes darlığı, yorgunluk gibi belirtileri azaltarak, vücuda giden kan akımını artırdığından hastalar günlük işlerini ameliyat öncesi döneme göre daha rahat yapmalarına olanak sağlamıştır. Kalp cerrahisi hastalarında danışmanlık girişimlerinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmalar sınırlı olup; genellikle yapılan cerrahi işlemlerin etkisi incelenmiştir. Çalışmaya benzer şekilde girişimsel işlemler/ameliyatlar sonrası hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı derece artmaktadır. Bazı çalışmalarda yaşam kalitesi puan ortalamaları tüm alanlarda artarken, bazı çalışmalarda belirli alt boyutlarda artmıştır. Koroner arter baypas greft yapılan hastalarda yaşam kalitesinin ameliyattan altı ay sonra incelendiği bir araştırmada yaşam kalitesinin tüm alanlarında özellikle ağrı ve fiziksel fonksiyon alt boyutlarında iyileşme olduğu saptanmıştır (Obera, 2014). Yaşlı hastalarda (60-80 yaş) kardiyovasküler girişimlerin ameliyattan üç ve altı ay sonra yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir araştırmada hastaların yaşam kalitesi

alt boyutlarında fiziksel fonksiyon; ağrı, genel sağlık, yaşamsallık ve emosyonel rol boyutlarında anlamlı fark olduğu, hastaların yaşam kalitelerinin iyileştiği saptanmıştır (12). Deutsch ve arkadaşlarının seksen yaş ve üstü kalp cerrahisi yapılan hastalarda ameliyattan üç ay ve bir yıl sonrası yaşam kalitesi puanlarıyla ameliyat öncesi yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırıldığı araştırmada ameliyattan üç ay sonra fiziksel fonksiyon puanları ($44,3 \pm 2,3$ 'e karşı $52,0 \pm 2,7$; $p < 0,001$), fiziksel rol ($25,2 \pm 3,3$ 'e karşı $41,5 \pm 4,1$; $p < 0,001$), bedensel ağrı ($57,8 \pm 3,2$ 'e karşı $70,7 \pm 2,8$; $p < 0,01$), genel sağlık ($54,9 \pm 1,7$ 'e karşı $59,6 \pm 1,7$; $p < 0,001$), yaşamsallık ($41,1 \pm 2,1$ 'e karşı $50,62 \pm 1$; $p < 0,001$) ve akıl sağlığı ($67,5 \pm 2,0$ 'e karşı $72,4 \pm 1,9$; $p < 0,05$) puan ortalamalarında anlamlı fark olduğu saptanırken; sosyal fonksiyon ve emosyonel rolde artış olmasına rağmen fark saptanmamıştır (7). Kalp ameliyatından üç ay sonra yaşam kalitesini değerlendiren Wong & Chair tarafından yapılan araştırmada fonksiyonel ve sosyal fonksiyon alanları dışında SF-36'nın tüm alanlarında iyileşmeler olduğu ortaya konmuştur (11). Ülkemizde Demir Korkmaz ve arkadaşlarının KABG hastalarında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası altı hafta ve bir yıl sonra yaşam kalitesini inceledikleri araştırmada ameliyattan altı hafta sonrası sosyal işlev haricindeki diğer alt boyut puan ortalamalarında artış saptanırken; ameliyattan bir yıl sonrasında ise fiziksel ve emosyonel rol, ağrı ve fiziksel fonksiyon boyutlarında artış olduğu saptanmıştır (10). Mekanik kapak hastalarında yapılan bir sistematik incelemede hastaların ameliyattan bir yıl sonra özellikle fiziksel fonksiyon Yaşamsallık, emosyonel rol ve sosyal fonksiyon alanlarında anlamlı derecede iyileşme olduğu saptanmıştır (78).

5.2. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Danışmanlığın Öz-etkililik Beklentisine Etkisi

Bireysel danışmanlık alan girişim grubu hastalarının toplam öz-etkililik beklenti puanları hem taburculuk öncesi; hem taburculuk sonrası dönemde kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Alt boyutlar incelendiğinde ise fiziksel fonksiyon, öz-bakım yönetimi, diyet modifikasyonu, psikososyal fonksiyon, egzersiz ve aktivite modifikasyonu alt boyutlarında girişim grubunun hem taburculuk öncesi hem taburculuktan üç ay sonraki puan ortalamaları daha yüksektir. Gruplar arası fark olması girişim grubundaki hastaların bireysel danışmanlık alması ile açıklanabilir. Hastalara ameliyat öncesi dönemden taburculuk sonrası dönemde üç ay izlenmiş, aralıklı

görüşmelerle motivasyonları yükseltilmiş; taburculuk eğitiminde verilen konulara uyumu değerlendirilmiştir. Hastalar dilekleri zaman ihtiyacı olan konularda araştırmacıyı arayarak soru sorabilmiş ve mesaj atabilmişlerdir. Bu nedenle öz-etkililik beklentileri artmış olup; fiziksel fonksiyon; özbakım, diyet, psikososyal fonksiyon ve egzersiz aktivitelerini yapabileceklerine olan inançlarının arttığı düşünülmektedir. Benzer şekilde ülkemizde kapak değişimi hastalarıyla yapılan yarı deneysel bir araştırmada (2010) yapılandırılmış taburculuk eğitimi verilen hastaların ameliyat sonrası öz bakım puanlarının daha yüksek olduğu; hastaların daha az yorgunluk yaşadıkları, kanama ve baş ağrısı sorunlarının daha az görüldüğü saptanmıştır (185). Ameliyat sonrası kalp cerrahisi hastalarında egzersiz eğitim programının öz-etkililik düzeyi ve kalp hızına etkisini incelendiği bir araştırmada eğitim alan hastaların altı dakikalık yürüme mesafesinde ($p<0,001$), kalp atış hızı iyileşmesinde ($p=0,04$) ve öz yeterlilik düzeyinde ($p=0,002$) kontrol grubundaki hastalarla kıyaslandığında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (19). Başka bir çalışmada kalp cerrahisi sonrası taburculuk eğitiminde kontrol grubuna sözlü eğitim, girişim grubuna sözlü ve yazılı eğitim verilerek etkileri değerlendirmiş ve her iki eğitimde de hasta sonuçlarının iyileştiği saptanmıştır (186).

Ülkemizde yapılan randomize kontrollü bir araştırmada ($n=66$) KABG sonrası yapılan taburculuk eğitiminin öz-etkililik düzeyi ve taburculuk sonrası problemlere etkisi incelenmiş olup; hastalara ameliyat öncesi dönemden taburculuğa dek eğitim verilmiştir. Ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 10. gün ve ameliyat sonrası 30. günde girişim ve kontrol grupları arasında öz-etkililik puanları arasında fark yokken zamana bağlı (ameliyat sonrası birinci ayda) her iki grupta da puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (187). Koroner arter baypass greft ameliyatı geçiren hastalar ile yapılan bir araştırmada taburculuk sonrası ve taburculuktan bir ay sonra kardiyak rehabilitasyon programının öz-etkililik puanlarına etkisi incelenmiş olup kardiyak rehabilitasyon yapılan girişim grubunun puan ortalamaları girişim grubuna göre taburculuk sonrası ve ameliyattan bir ay sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ortaya konmuştur (188). Wang, Ou, Tsai, Chang ve Kao (2016) açık kalp ameliyatı geçiren hastalarla ($n=60$) yaptıkları yarı deneysel araştırmada egzersiz programının öz-etkililik düzeyine, kalp hızına ve yürüme mesafesine etkisini incelemiş; egzersiz programı uygulanan ve uygulanmayan hastaların öz-etkililik puanları arasında

hastaneden taburculuk öncesinde ($p=0,002$) ve bir ay sonrasında ($p <0,001$) fark olduğunu ($p <0,001$) saptamışlardır (19). Yapılan başka bir araştırmada (2011) KABG hastalarında ameliyat sonrası ikinci ve üçüncü ayda tele-sağlık ve psikoeğitimin öz-etkililik düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir (20). Ameliyat sonrası bireysel danışmanlığın, eğitimin özetkiliği arttırmada etkili girişimler olduğu düşünülmektedir.

5.3. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Danışmanlığın Antikoagülan Tedaviye Uyuma Etkisi

Danışmanlık alan girişim grubu hastalarının ameliyat sonrası antikoagülan tedaviye uyum puanlarını kontrol grubu hastalarından anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun rutin bakıma kıyasla girişim grubundaki hastalara verilen perioperatif danışmanlık girişimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. İlaç uyumunu etkileyen birçok faktör olduğundan; uyumu arttırmak için çoklu yöntem (sürekli izlem, telefonla takip, kitapçık) kullanılmasının uyumu arttırdığı düşünülmektedir. Hastaların yaşı, bilişsel durumları, günlük yaşam özellikleri ve hastalık deneyimleri göz önünde bulundurularak ilaç ile ilgili bireyselleştirilmiş eğitimler önem taşımaktadır (104). Literatürde yapılan araştırmalar bulgularımızı desteklemektedir. Mekanik kalp kapağı replasmanı geçiren hastalarda taburculuk danışmanlığının uyuma etkisinin incelendiği deneysel bir araştırmada hastalara taburculuk öncesi eğitim verilmiş olup; bireye özgü verilen bakımın, rutin bakıma göre mekanik kapak replasmanı sonrası sorunları azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (136). Atrial fibrilasyonu olan varfarin kullanan hastalarda yapılan bir araştırmada eğitim kitapçığı, ilaç günlüğü, DVD izletme yöntemleriyle girişim grubuna eğitim verilen randomize kontrollü bir araştırmada eğitim alan hastaların ilk altı ay uyum düzeyinin rutin bakım alan hastalardan anlamlı derecede yüksek olduğu (terapötik INR düzeyleri %76,2'e karşı %71,3; $p=0,035$); altıncı ayda bilgi düzeyinin terapötik INR düzeyini yordadığı ($r=0,245$; $p=0,04$) belirtilmiştir (189). Elli çalışmada 14.269 katılımcının dahil edildiği bir sistematik incelemede sağlık profesyonellerinin ilaç uyumunu arttırmada davranışsal (ilaç alma zamanlarını değiştirme, ilaçları çok bölmeli ilaç kutularına yerleştirme ve kısa mesaj hatırlatma) ve/veya eğitimsel müdahalelerin hastaneye yatış sayısını azaltırken ilaç uyumunu arttırdığı; uyumsuzluk ve ilaç alma hatalarının hastalar arasında farklılık göstermesinden dolayı bireyselleştirilmiş müdahalelerin uygulanması gerektiği

belirtilmiştir (178). Bir başka çalışmada varfarin kullanan hastalarda yapılan bir araştırmada eğitim broşürünün hastaların bilgi düzeyini arttırdığı ($p < 0,0001$) ; hastaların okuryazarlık düzeyinin ve gelirinin, hastaların uyumu ile ters orantılı yordayıcı olduğunu ortaya koymuştur ($r = -0,44$; $p = 0,00040$) (190). İran'da mekanik kapak hastalarında öz yönetim programının öz-etkililik ve ilaç uyumuna etkisinin incelendiği randomize kontrollü araştırmada ($n=80$) deney ve kontrol grubu arasında öz yeterlilik ve ilaç uyumu ortalamalarının, programın ardından önemli ölçüde iyileştiği ve kendi kendine tedavi programı mekanik kalp kapağı olan hastaların öz yeterlilik ve ilaç uyumu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (97). Koroner arter baypas ameliyatı geçiren yaşlı hastalarda çoklu müdahalelerin (psiko-eğitim motivasyonel görüşme ve kısa mesaj hizmetleri) ilaç uyumu, yaşam kalitesi ve ölüm oranları üzerindeki etkilerini incelenmiştir. Araştırma sonucunda yaşam kalitesinin ve yaşam oranlarının (survival rates) ilaç uyumu ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (191). Araştırmamızın hastaların ilaca uyumla ilgili davranışları sürdürmede ve ilaçla ilgili bilgi eksikliklerinin giderilmesinde ve uyumunun artırılmasında danışmanlık girişimlerinin etkili olduğu söylenebilir.

5.4. Kalp Kapak Protez Ameliyatı Sonrası Öz-etkililik Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumla İlişkisinin İncelenmesi

Bu araştırmada girişim grubu hastaların etkililik beklenti puanları ile antikoagülan tedaviye uyum ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu çalışmada ortaya konmuştur. Hastaların etkililik beklenti puanları arttıkça antikoagülan tedaviye uyumları artmaktadır. Öz-etkililik planlamaların eyleme dönüştürülmesinde önemli bir faktör olup; (100) hastanın sağlıkla ilgili davranışlarını arttırmaktadır. Bu araştırmada da hastaların ilaç uyumunun arttığı görülmüştür. Benzer şekilde Kara ve Yılmaz ise koroner baypas greft hastalarında uyum, öz-etkililik ve yaşam kalitesini incelemiş olup; öz-etkililik ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (87). Başka bir araştırmada ise kalp yetmezliği hastalarında hastalıkla ilgili teorik bilgi, günlük kendi kendine yönetim ve egzersiz rehberliği konusunda yapılan sağlık eğitiminin hastaların öz yeterlilik, öz yönetim ve yaşam kalitesine etkisini arttırdığı belirtilmiştir (96). Tayvan'da atriyal fibrilasyonlu hastalarda antikoagülan ilaçların uyumunu inceleyen bir araştırmada algılanan engeller

ve öz etkililiğin hastaların antikoagölasyon tedavisine uyumdaki varyansını %34 oranında açıkladığını belirtmişlerdir (106).

Bu araştırmada bireyselleştirilmiş danışmanlık girişimlerinin hastaların öz-etkililik düzeyini ve uyumlarını arttırdığı sonucuna varılmıştır. Ülkemizde KABG hastalarıyla yapılan başka bir araştırmada (n=384) ameliyat sonrası en az dört gün geçen hastaların öz-etkililik beklenti puanları incelenmiş olup; hastaların öz-etkililik düzeyleri arttıkça hastalıkla baş etme düzeylerinin arttığı belirtilmiştir (192). Yapılan bir kapsam incelemesinde (scoping review) kalp ameliyatı geçiren hastaların perioperatif öğrenme gereksinimleri değerlendirilmiş olup; elde edilen kanıtlar, çok modlu bir yaklaşımın en iyi sonucu verdiğini göstermiştir. Ayrıca, müdahale türleri ne olursa olsun, bunların hastanın ihtiyaçlarına göre kişiselleştirilmesi tavsiye edilmektedir (193). Kardiyak cerrahi hastalarında (KABG ve kapak hastaları) bireyselleştirilmiş hasta eğitiminin hastaneye yatış, sağlık davranışları, depresyon, anksiyete düzeyine etkilerinin belirlenmesinde 585 çalışmanın incelendiği bir meta analizde bireyselleştirilmiş hasta eğitiminin hastaneye yeniden yatışları ve anksiyete ile depresyonu azalttığı, sağlık davranışlarını arttırdığı belirtilmiştir. Bireyselleştirilmiş hasta eğitiminin yaşam kalitesini ve sağlık davranışlarını iyileştirdiği depresyon ve anksiyete azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (194). Atina'da elektif kalp cerrahisi hastalarıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ameliyat öncesi ve sonrası hastanede verilen yapılandırılmış eğitim verilen hastaların ameliyat öncesi durumluk anksiyete düzeyinin daha düşük olduğu ($p=0,001$); takip süresi boyunca anksiyete puanlarında azalma olduğu ve yara yeri enfeksiyon görülme oranının eğitim almayan gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır (195). İran'da açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda (n=50) hemşirenin yaptığı danışmanlığın depresyon ve anksiyete üzerine etkileri incelenmiş olup; danışmanlık alan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin almayan hastalardan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,005$) (196). Tüm bu araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda hastaların öz-etkililiğini arttırmaya yönelik girişimler hastaların yaşam kalitesi ve antikoagölün tedaviye uyumlarının iyileştirilmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız kalp kapak ameliyatı uygulanan hastalarda bireysel danışmanlığın antikoagülan tedaviye uyuma, öz-etkililik düzeyine ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi açısından özgün bir araştırmadır. Yapılan girişimler sonucunda girişim grubunun öz-etkililik beklenti puanlarının ve antikoagülan tedaviye uyum düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür. Pandemi döneminde toplanan taburculuk sonrası üçüncü ay girişim grubu verilerinde, hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bireysel danışmanlığın ameliyat sonrasında hastaların yaşam kalitesini üzerinde olumlu etki yarattığı söylenebilir.

Uygulama alanına yönelik öneriler:

Kalp kapak ameliyatı olan hastalara perioperatif süreçte hemşirenin danışmanlık vermesi,

Hastaların ameliyat sonrası süreçte telefonla izlemlerinin yapılması ve telehemşirelik girişimlerinin ülkemizde yaygınlaştırılması,

Hastalara ulaşabilecekleri poliklinik ya da eğitim hemşirelerinin numaralar verilerek, özellikle pandemi döneminde hastaneye gelişlerinin azaltılması,

Ameliyat öncesi dönemden itibaren eğitimlerin bölümler halinde verilmesi ve çoklu eğitim yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir.

Araştırmacılara yönelik öneriler:

Kalp kapak ameliyatı olan hastalara öz-etkililik, yaşam kalitesi ve antikoagülan tedaviye uyumlarını iyileştirilmesine farkı yöntemlerin kullanıldığı yönelik girişimsel çalışmalar yapılması,

Kalp kapak ameliyatı yapılan hastaların daha uzun süre izlenerek ve daha büyük örnekleme çalışılarak araştırmanın tekrar edilmesi,

Kalp kapak ameliyatı uygulanan hastalara yapılacak olan çalışmalarda komplikasyon oranlarının, memnuniyet düzeylerinin ve özyönetimin değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği. Kalp Kapak Hastalıkları Kılavuzu. Akar AR, Sargın M, Öztürk MA, editors. Ankara: Sözkese matbaacılık; 2020.
2. Lewis S, Bucher L, Heitkemper M, Harding M. Medical-Surgical Nursing-E-Book: Assessment and Management of Clinical Problems, Single Volume [Internet]. 2016 [cited 2021 May 5].
3. Nishimura RA, Otto CM, Bonow R, Erwin J, Fleisher L, Jneid H, et al. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2017. 1–123 p.
4. Koertke H, Zittermann A, Wagner O, Ennker J, Saggau W, Sack F-U, et al. Efficacy and safety of very low-dose self-management of oral anticoagulation in patients with mechanical heart valve replacement. Ann Thorac Surg [Internet]. 2010;90(5):1487–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20971245>
5. Dıgın F, Özkan ZK. Nursing Care After Heart Surgery. CHERNOPOLSKI PM, SHAPEKOVA NL, AK B, SANÇAR B, editors. Advances in Health Sciences Research. Sofia: ST. Kliment Ohridski University Press; 2020. 121–131 p.
6. Ay Y, Kara I, Aydın C, Kahraman N, Inan B, Basel H, et al. Comparison of the health related quality of life of patients following mitral valve surgical procedures in the 6-months follow-up: A prospective study. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2013;19(2):113–9.
7. Deutsch M-A, Krane M, Schneider L, Wottke M, Kornek M, Elhmidi Y, et al. Health-related quality of life and functional outcome in cardiac surgical patients aged 80 years and older: a prospective single center study. J Card Surg [Internet]. 2014;29(1):14–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24147730>
8. Demirbağ R, Sade LE, Aydın M, Bozkurt A, Acartürk E. The Turkish registry of heart valve disease. Turk Kardiyol Dern Ars. 2013;41(1):1–10.
9. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? Pharmacoeconomics. 2016;34(7):645–9.
10. Korkmaz FD, Alcan AO, Aslan FE, Çakmakçı H. Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg. 2015;23(2):285–94.
11. Wong MS, Chair SY. Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: A longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2007;44(8).
12. Figueiredo Neto JA de, Reis LMCB, Veras MR, Queiroz LLC, Nunes K de PLN, Miranda P de O, et al. Impact of Cardiovascular Interventions on the Quality of Life in the Elderly. Brazilian J Cardiovasc Surg [Internet]. 2015;30(6):626–30.
13. Paç M, Akçevin A, Aykut Aka S, Buket S, Sarıoğlu T, editors. Kalp ve damar cerrahisi. MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi; 2019.

14. Caceres M, Cheng W, De Robertis M, Mirocha JM, Czer L, Esmailian F, et al. Survival and quality of life for nonagenarians after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg* [Internet]. 2013;95(5):1598–602. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23566648>
15. Jansen Klomp W, Nierich A, Peelen L, Bravo Bruinsma G, Dambrink J, Moons K, et al. Survival and quality of life after surgical aortic valve replacement in octogenarians and high-risk patients. *J Cardiothorac Surg* [Internet]. 2016;11(38).
16. Kara I, Ay Y, Köksal C, Aydın C, Yanartaş M, Yıldırım T. The quality of life after cardiac surgery in octogenarians and evaluation of its early and mid-term results. *Anadolu Kardiyol Derg* [Internet]. 2012;12(4):352–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22484713>
17. Bandura A. Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. Vol. 28, *Educational Psychologist*. 1993. p. 117–48.
18. Varaei S, Shamsizadeh M, Cheraghi MA, Talebi M, Dehghani A, Abbasi A. Effects of a peer education on cardiac self-efficacy and readmissions in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized-controlled trial. *Nurs Crit Care*. 2017;22(1):19–28.
19. Wang LW, Ou SH, Tsai CS, Chang YC, Kao CW. Multimedia exercise training program improves distance walked, heart rate recovery, and self-efficacy in cardiac surgery patients. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(4):343–9.
20. Bazargani RH, Besharat MA, Ehsan HB, Nejatian M, Hosseini K. The efficacy of Chronic Disease Self Management Programs and Tele-health on psychosocial adjustment by increasing self-efficacy in patients with CABG. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2011;30:830–4.
21. European Society of cardiology. ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic. *Eur Heart J*. 2020;1–115.
22. Pakpour AH, Griffiths MD, Lin CY. Assessing Psychological Response to the COVID-19: The Fear of COVID-19 Scale and the COVID Stress Scales. *Int J Ment Health Addict*. 2020;
23. Ferrari R, Di Pasquale G, Rapezzi C. 2019 CORONAVIRUS: What are the implications for cardiology? *Eur J Prev Cardiol*. 2020;27(8):793–6.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Covid-19(SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. 2020;19:1–32.
25. Wright A, Salazar A, Mirica M, Volk LA, Schiff GD. The Invisible Epidemic: Neglected Chronic Disease Management During COVID-19. *J Gen Intern Med*. 2020;35(9):2816–7.
26. Kankaya EA, Bilik Ö, Gençpınar T. Retrospective investigation of anticoagulant complications in long term after mechanical heart valve replacement surgery in Turkey. *Iran Red Crescent Med J*. 2021;23(1):e13.
27. Andell P, Li X, Martinsson A, Andersson C, Stagmo M, Zöller B, et al. Epidemiology of valvular heart disease in a Swedish nationwide hospital-based register study. *Heart*. 2017;103(21).

28. Østergaard L, Valeur N, Ihlemann N, Smerup MH, Bundgaard H, Gislason G, et al. Incidence and factors associated with infective endocarditis in patients undergoing left-sided heart valve replacement. *Eur Heart J*. 2018;39(28).
29. Ertürk L, Ceviz N, Akalın F, Erdoğan İ. Türkiye Milli Pediatri Derneği Türk Pediatrik Kardiyoloji Ve Kalp Cerrahisi Derneği Ortak Kılavuzu. 2014.
30. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins and Cotran pathologic basis of disease, professional edition e-book. Elsevier health sciences; 2014.
31. Şimşek-Yavuz S. Infektif endokardit: Güncel bilgiler. *Klimik Derg*. 2015;28(2):46–67.
32. Erentuğ V, Polat A, Kirali K, Akinci E, Yakut C. Marfan sendromunda kardiyovasküler tutulum ve tedavi. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2005;5(1):46–52.
33. Pyeritz RE. Evaluation of the adolescent or adult with some features of Marfan syndrome. *Genet Med*. 2012;14(1):171–7.
34. Biçer A, Altıparmak IH. How to diagnose Libman-Sacks endocarditis with echocardiography? *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2021;49(1):80–4.
35. Falk V, Baumgartner H, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2017;52(4):616–64.
36. Bonow, R., Carabello, B., Erwin, J. ... Thomas J. 2014 AHA / ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: Executive Summary [Internet]. Vol. 63, *J Am Coll Cardiol*. 2014. 1–169 p. Available from: <http://circ.ahajournals.org>
37. Aortic Valve Stenosis | Heart Care | Intermountain Healthcare [Internet]. [cited 2021 May 6]. Available from: <https://intermountainhealthcare.org/services/heart-care/conditions/aortic-valve-stenosis/>
38. Dominik J, Pavel Z. Heart valve surgery. Springer. 2012.
39. Eldem G, Hazirolan T. Kalp Kapaklarının Multi Dedektör Bilgisayarlı Tomografi (MDBT) ile Değerlendirilmesi. *Türk Radyoloji Semin*. 2013;1(1):107–20.
40. Miller S, Flynn BC. Valvular heart disease and postoperative considerations. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*. 2015;19(2):130–42.
41. Mery CM, Turek JW. TSRA Review of Cardiothoracic Surgery. Eyileten Z, Aliyev A, Uysalel A, Akar R, editors. 2011. 1–243 p.
42. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Vol. 38, *European Heart Journal*. 2017. 2739–2786 p.
43. Rajiah P, Moore A, Saboo S, Goerne H, Ranganath P, Macnamara J, et al. Multimodality imaging of complications of cardiac valve surgeries. *Radiographics* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 May 6];39(4):932–56. Available from: <https://doi.org/10.1148/rg.2019180177>
44. Gilani SRA, Hussain G, Ahmad N, Baig MAR, Zaman H. Comparison of post-operative atelectasis in patients undergoing coronary artery bypass grafting with and

- without pre-operative incentive spirometry. *J Postgrad Med Inst.* 2016;30(2):169–72.
45. Polat C, Enç N. Heart Valve Diseases and Nursing Care. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;6(9):42–57.
46. Durmaz Edeer A, Bilik Ö, Kankaya EA. Thoracic and cardiovascular surgery patients : Intensive care unit experiences. 2020;(November 2017):206–13.
47. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Perioperative care in adults. Ng180. 2020.
48. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011. Vol. 34, *Diabetes Care.* 2011.
49. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği. Ulusal Kılavuz Cerrahi Alan Enfeksiyonunu Önlemede Ameliyat Öncesi Kıl Temizliği. İzmir [Internet]. 2018;1–13. Available from: [http://tcahd.org/gorseller/files/Kıl Temizliği için Kılavuzlar ve Öneriler-26_04_2018.pdf](http://tcahd.org/gorseller/files/Kıl_Temizliği_için_Kılavuzlar_ve_Öneriler-26_04_2018.pdf)
50. Webster J, Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(2):2–4.
51. Lador A, Nasir H, Mansur N, Sharoni E, Biderman P, Leibovici L, et al. Antibiotic prophylaxis in cardiac surgery: systematic review and meta-analysis. Available from: <https://academic.oup.com/jac/article/67/3/541/792781>
52. Kankaya EA, Bilik Ö. Kalp kapak ameliyatı sonrası güncel hemşirelik yaklaşımları : bakım neden önemli ? Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(2):101–11.
53. Colson PH, Gaudard P, Fellahi JL, Bertet H, Faucanie M, Amour J, et al. Active bleeding after cardiac surgery: A prospective observational multicenter study. *PLoS One.* 2016;11(9):1–14.
54. Stephens RS, Whitman GJR. Postoperative critical care of the adult cardiac surgical patient. Part I: Routine postoperative care. *Crit Care Med.* 2015;43(7):1477–97.
55. Martin CG, Turkelson SL. Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *J Cardiovasc Nurs.* 2006;21(2):109–17.
56. Carvalho CRF, Paisani DM, Lunardi AC. Incentive spirometry in major surgeries: a systematic review. *Brazilian J Phys Ther.* 2011;15(5):343–50.
57. Demir Korkmaz F. Kalp damar cerrahisinde bakım. Eti Aslan F, editor. *Cerrahi bakım. Vaka analizleriyle birlikte.* Ankara: Akademisyen kitabevi.; 2016. 699–812 p.
58. Aksun M, Eryilmaz K, Aytuluk HG, Girgin S. Kardiyak Cerrahi Sonrası Atriyal Fibrilasyon. *Gogus-Kalp-Damar Anestezi ve Yogun Bakim Dern Derg.* 2017;23(4):109–15.
59. Ronsoni R de M, Souza AZM, Leiria TLL, de Lima GG. Update on management of postoperative atrial fibrillation after cardiac surgery. *Brazilian J Cardiovasc Surg.* 2020;35(2):206–10.
60. Liu Y, Chen K, Mei W. Neurological complications after cardiac surgery:

- Anesthetic considerations based on outcome evidence. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2019;32(5):563–7.
61. Ball L, Costantino F, Pelosi P. Postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery. *Curr Opin Crit Care*. 2016;22(4):386–92.
 62. Jayakumar S, Borrelli M, Milan Z, Kunst G, Whitaker D. Optimising pain management protocols following cardiac surgery: A protocol for a national quality improvement study. *Int J Surg Protoc* [Internet]. 2019;14:1–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.isjp.2018.12.002>
 63. Kankaya EA, Bilik O. Three Enemies of Circadian Rhythm: Anxiety , Sleeplessness and Pain in Patients Following Open-Heart Surgery. *Clin Exp Heal Sci*. 2019;(9):246–52.
 64. Engelman DT, Ben Ali W, Williams JB, Perrault LP, Reddy VS, Arora RC, et al. Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery: Enhanced Recovery after Surgery Society Recommendations. *JAMA Surg*. 2019;154(8):755–66.
 65. Ziehm S, Rosendahl J, Barth J, Strauss B., Mehnert A, Koranyi S. Psychological interventions for acute pain after open heart surgery. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017;(7).
 66. Sousa-Uva M, Head SJ, Milojevic M, Collet JP, Landoni G, Castella M, et al. 2017 EACTS Guidelines on perioperative medication in adult cardiac surgery. *Eur J Cardio-thoracic Surg*. 2018;53(1):5–33.
 67. Maddali S, Biring T, Bluhm J, Kopecky S, Kruegeri K, Larson T, et al. Institute for Clinical Systems Improvement Antithrombotic Therapy Supplement [Internet]. Eleventh e. 2013. Available from: https://clinical.med-ic.com/pi/files/forms/ACC09_13.pdf
 68. Brocki BC, Thorup CB, Andreasen JJ. Precautions related to midline sternotomy in cardiac surgery. A review of mechanical stress factors leading to sternal complications. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2010;9(2):77–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.11.009>
 69. Lee S, Collins EG. Factors influencing physical activity after cardiac surgery: An integrative review. *Hear Lung* [Internet]. 2021;50(1):136–45. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.10.004>
 70. The Society Of Thoracic Surgeons. What to expect after heart surgery. 2009.
 71. Armstrong C. AHA Releases Statement on Sexual Activity and Cardiovascular Disease. *Am Fam Physician*. 2012;86(11):1075–6.
 72. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Kapak Hastalıkları Tedavi Kılavuzu (2012 versiyonu). Türk Kardiyol Dern Arş. 2013;83–128.
 73. Merder Coşkun D, Tuncel B, Akman M, Ekinci F, Uzuner A. Effects on Blood Pressure Control and Compliance For Medical Treatment in Hypertensive Patients By Sending Daily SMS as a Reminder. *Konuralp Tıp Derg*. 2017;9(2):59–64.
 74. The World Health Organization. WHOQOL - Measuring Quality of Life [Internet]. [cited 2021 May 6]. Available from: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>
 75. Khanna D, Tsevat J. Health-related Quality of Life—An Introduction. *Am J Manag*

Care. 2007;13:218–23.

76. Grønset CN, Thygesen LC, Berg SK, Zangger G, Kristensen MS, Sibilitz KL, et al. Measuring HRQoL following heart valve surgery: the HeartQoL questionnaire is a valid and reliable core heart disease instrument. *Qual Life Res.* 2019;28(5):1245–53.
77. Murshid SJ, Al Garmoushi OZ, Aljezani KS, Albarakati RM, Bawazir KA, Sultan I. Post-Cardiac Surgery Health Related Quality of Life : A Saudi Cross Sectional Study in Jeddah. *World Fam Med Journal/Middle East J Fam Med.* 2020;18(1):119–24.
78. Thomson Mangnall LJ, Gallagher RD, Sibbritt DW, Fry MM. Health-related quality of life of patients after mechanical valve replacement surgery: An integrative review. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015;14(1):16–25.
79. Noyez L. Is quality of life post cardiac surgery overestimated? *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2014;12(1):1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24773766>
80. Anderson M, Parke R, Jull A. Effect of Cardiac Surgery on Health-Related Quality of Life in Patients Aged 75 Years or Older: A Prospective Study. *Hear Lung Circ* [Internet]. 2020;(July):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.05.103>
81. Rijnhart-De Jong H, Haenen J, Bol Raap G, Jekel L, Vossenbergh T, Bondarenko O, et al. Determinants of non-recovery in physical health-related quality of life one year after cardiac surgery: A prospective single Centre observational study. *J Cardiothorac Surg.* 2020;15(1):1–10.
82. Gjeilo KH, Stenseth R, Wahba A, Lydersen S, Klepstad P. Long-term health-related quality of life and survival after cardiac surgery: A prospective study. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;156(6):2183-2190.e2.
83. Tofighi S, Ahmad Kiadaliri A, Sadeghifar J, Raadabadi M, Mamikhani J. Health-related quality of life among patients with coronary artery disease: A post-treatment follow-up study in Iran. *Cardiol Res Pract.* 2012;1(1).
84. Gjeilo KH, Wahba A, Klepstad P, Lydersen S, Stenseth R. Recovery patterns and health-related quality of life in older patients undergoing cardiac surgery: A prospective study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2012;11(3):322–30.
85. Barrie K, Cornick A, Debreuil S, Lee E, Hiebert BM, Manji RA, et al. Patients With a Prolonged Intensive Care Unit Length of Stay Have Decreased Health-Related Quality of Life After Cardiac Surgery. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* [Internet]. 2019;31(1):21–31. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.semtcvs.2018.07.005>
86. Vainiola T, Roine RP, Suojäranta-Ylinen R, Vento A, Sintonen H. Can factors related to mortality be used to predict the follow-up health-related quality of life (HRQoL) in cardiac surgery patients? *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2013;29(6):337–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.04.003>
87. Kara D, Yılmaz E. Açık Kalp Cerrahisi Yapılan Hastalarda Öz Yeterliliğin İlaç Uyumuna ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *FÜSağBilTıpDerg.* 2020;34(1):55–62.
88. Özdemir B, Önler E. The effect of a structured patient education intervention on the quality of life for coronary artery bypass grafting patients: A prospective randomised

- controlled study. *J Perioper Pract*. 2020;
89. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol*. 1982;37(2):122–47.
 90. Lorig KR, Holman HR, Med AB. Self-Management Education: History , Definition , Outcomes , and Mechanisms. *Ann Behav Med man*. 2003;26(1):1–7.
 91. Maddux JE, Sherer M, Rogers RW. Self-efficacy expectancy and outcome expectancy: Their relationship and their effects on behavioral intentions. *Cognit Ther Res*. 1982;6(2):207–11.
 92. Eastman C, Marzillier JS. Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. *Cognit Ther Res*. 1984;8(3):213–29.
 93. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice* Stamford. CT Applet Lange. 1996;
 94. Phillips K, Harris R. Adaptation Model. In: Alligood MR, editor. *Nursing theory- E-book: Utilization & application*. 8th ed. United States of America: Elsevier Health Sciences; 2013.
 95. Sarkar U, Ali S WM. Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. 2007;69(4):306–12.
 96. Yu H, Zhang P, Wang X, Wang Y, Zhang B. Effect of health education based on behavioral change theories on self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic heart failure. *Iran J Public Health*. 2019;48(3):421–8.
 97. Javan L, Kazemnejad A, Nomali M, Zakerimoghadam M. Effect of Self-Management Program on Self-efficacy and Medication Adherence in Patients with Mechanical Heart Valve: a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci*. 2019;8(4):207–11.
 98. Dikec G, Kutlu Y. Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Psikiyatr Hemşireliği Derg [Internet]*. 2015;6(1):40–6.
 99. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012.
 100. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: Measures in daily practice. *Oman Med J*. 2011;26(3):155–9.
 101. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009;119(23):3028–35.
 102. Bosworth HB. *Enhancing Medication Adherence*. 2012
 103. Wang Y, Kong MC, Ko Y. Comparison of three medication adherence measures in patients taking warfarin. *J Thromb Thrombolysis*. 2013;36(4):416–21.
 104. van Driel ML, Morledge MD, Ulep R, Shaffer JP, Davies P, Deichmann R. Interventions to improve adherence to lipid-lowering medication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(12).
 105. Wang Y, Ming Chai K, Lee LH, Ng HJ, Ko Y. Knowledge , satisfaction , and concerns regarding warfarin therapy and their association with warfarin adherence

- and anticoagulation control. *Thromb Res*. 2014;133:550–4.
106. Chen PT, Wang TJ, Hsieh MH, Liu JC, Liu CY, Wang KY, et al. Anticoagulation adherence and its associated factors in patients with atrial fibrillation: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(9).
107. Arseven O, Bingöl Z, Çöplü L, Erol S, Oğuzülgen K, Okumuş N, et al. Türk toraks derneği pulmoner tromboembolizm tanı ve tedavi uzlaşi raporu 2021. Arseven O, Bingöl Z, Öngen G, Uzun O, Okumuş N, editors. Optimus yayıncılık; 2021.
108. Cavallari I, Patti G. Efficacy and safety of oral anticoagulation in elderly patients with atrial fibrillation. *Anatol J Cardiol*. 2018;19(1):67–71.
109. Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* [Internet]. 2008;133(6 SUPPL. 6):160S-198S. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.08-0670>
110. Pozzi M, Mitchell J, Henaine AM, Hanna N, Safi O, Henaine R. International normalized ratio self-testing and self-management: Improving patient outcomes. *Vasc Health Risk Manag*. 2016;12:387–92.
111. Violi F, Lip GYH, Pignatelli P, Pastori D. Interaction between dietary Vitamin K intake and anticoagulation by Vitamin K antagonists: is it really true?: A systematic review. *Med (United States)*. 2016;95(10):1–7.
112. Di Minno A, Frigerio B, Spadarella G, Ravani A, Sansaro D, Amato M, et al. Old and new oral anticoagulants: Food, herbal medicines and drug interactions. *Blood Rev* [Internet]. 2017;31(4):193–203. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.blre.2017.02.001>
113. Evans CE, Getchell KE, Ivy DR. Proposed criteria for the use of low-dose vitamin k supplementation in patients using Vitamin K Antagonists: A literature review of a clinical controversy. *J Pharm Pract* [Internet]. 2017;089719001771151. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0897190017711518>
114. Keeling DM, Baglin T, Tait C, Watson H, Perry D, Baglin C, et al. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin - fourth edition. *Br J Haematol*. 2011;154(3):311–24.
115. Kankaya E., Bilik Ö. Kalp Kapak Protezleri Sonrası Antikoagülan Tedaviye Uyum. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 2018;9(18):29–34.
116. Shuaib W, Iftikhar H, Alweis R, Shahid H. Warfarin Therapy: Survey of Patients ' Knowledge of their Drug Regimen. *Malays J Med Sc*. 2014;21(4):37–41.
117. Mariita K, Nyamu D, Maina C, Karimi P, Mugendi G, Menge T. Patient associated factors that affect adherence to warfarin therapy in a tertiary referral hospital in kenya. *East Cent African J Pharm Sci*. 2015;18:43–50.
118. Celik A, Izci S, Kobat MA, Ates AH, Cakmak A, Cakilli Y, et al. The awareness, efficacy, safety, and time in therapeutic range of warfarin in the Turkish population: warfarin -tr. *Anatol J Cardiol* [Internet]. 2015;16:595–600.
119. Korkmaz FD, Alcan AO, Karacabay K. Do patients with mechanical heart

- valves have the appropriate knowledge regarding warfarin therapy and can they adhere to the correct dosage ? *Turk Gogus Kalp Dama*. 2015;23(1):58–65.
120. Kılıç S, Çelik A, Çakmak HA, Afşin A, Tekkeşin Aİ, Açıkşarı G, et al. The time in therapeutic range and bleeding complications of warfarin in different geographic regions of Turkey: A subgroup analysis of WARFARIN-TR study. *Balkan Med J*. 2017;34(4):349–55.
 121. Doody O. The role and development of consultancy in nursing practice. *Br J Nurs*. 2014;23(1):32–9.
 122. Aydemir Gedük E. Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg*. 2018;5(6):253–8.
 123. Fathi M, Alavi M, Joudi M, Joudi M, Mahdikhani Msc H, Ferasatkish R, et al. Preoperative Anxiety in Candidates for Heart Surgery [Internet]. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2014. Available from: www.ijpbs.mazums.ac.ir
 124. Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012;49(2):129–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008>
 125. Ramesh C, Nayak BS, Pai VB, George A, George LS, Devi ES. Pre-operative anxiety in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery – A cross-sectional study. *Int J Africa Nurs Sci* [Internet]. 2017;7(June):31–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijans.2017.06.003>
 126. Zhang CY, Jiang Y, Yin QY, Chen FJ, Ma L Le, Wang LX. Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting. *J Cardiovasc Nurs*. 2012;27(1):84–8.
 127. Ertürk EB, Ünlü H. Effects of pre-operative individualized education on anxiety and pain severity in patients following open-heart surgery. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2018;12(4):26–34.
 128. Bsharat R, Karadag M. The Impact of Patient Education on Quality of Life of Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) in the West Bank of Palestine. *EC Nurs Healthc*. 2019;2(November):11–23.
 129. Padrini S. Continuity of care in our hospital: ‘a toll-free number for your heart.’ *Paediatr Child Health (Oxford)* [Internet]. 2009;19:S88–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2009.05.018>
 130. The World Health Organization. Atlas of EHealth Country Profiles: The Use of EHealth in Support of Universal Health Coverage: Based on the Findings of the Third Global Survery on EHealth 2015. Vol. 3. World Health Organization; 2016.
 131. Kumar S. Introduction to Telenursing. In: Kumar S, Snooks H, editors. *Telenursing* [Internet]. London: Springer London; 2011. p. 1–3. Available from: http://doi.org/10.1007/978-0-85729-529-3_1
 132. Hartford K. Telenursing and patients’ recovery from bypass surgery. *J Adv Nurs*. 2005;50(5):459–68.

133. Bikmoradi A, Masmouei B, Ghomeisi M, Roshanaei G, Masiello I. Impact of telephone counseling on the quality of life of patients discharged after coronary artery bypass grafts. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017;100(12):2290–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.010>
134. Bikmoradi A, Masmouei B, Ghomeisi M, Roshanaei G. Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study in Iran. *Int J Med Inform*. 2016;86:43–8.
135. Brovold T, Skelton DA, Bergland A. The efficacy of counseling and progressive resistance home-exercises on adherence, health-related quality of life and function after discharge from a geriatric day-hospital. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2012;55(2):453–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.01.015>
136. Ramya K, Andrews G. Effectiveness of Discharge Counseling on Compliance and Problems of Patients who have Undergone Heart Valve Replacement. *Int J Nurs Educ*. 2012;4(1):49–51.
137. Tuna Z, Celik SS. Discharge training and counseling: Functional autonomy and post-discharge problems of elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Turk Gogus Kalp Damar*. 2014;22(3):570–6.
138. Cebeci F, Çelik SŞ. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *J Clin Nurs*. 2008;17(3).
139. Özen B, Seviğ EÜ. The impact of planned hospital discharge program on complications and hospital readmissions in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*. 2017;25(3):353–62.
140. Creswell JW. Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitapevi. 2016;
141. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal care*. 2007;19(6):349–57.
142. Creswell J. Nicel, nitel ve karma yöntem yaklaşımları, araştırma deseni (Selçuk Beşir Demir, çev). Ankara: Eğiten Kitap Yayınları. 2013;
143. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Seçkin yayıncılık; 2013.
144. Golafshani N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *Qual Rep* 84. 2003;8(4):597–607.
145. Leung L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2015;4(3):324–7. Available from: <http://www.jfmpc.com/text.asp?2015/4/3/324/161306>
146. Yaylacı S, Ösken A, Aydın E, Genç AB, Şahinkuş S. İç hastalıkları polikliniğine başvuran varfarin kullanan hastalar ve etkin INR ' ye ulaşma oranları. *Kocaeli Tıp Derg*. 2014;3:18–21.
147. Atmaca Temrel T, Şahin S, Şan İ. What Is The Success Rate of Patients Using Warfarin In Maintaining Their Target International Normalized Ratio Levels? *Ankara Med J*. 2019;19(2):366–74.

148. Aytaç Ö, Kurttaş MÇ. Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri Ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sos Bilim Derg.* 2016;25(1):231–50.
149. Kim SJ, Kwon OD, Han EB, Lee CM, Oh SW, Joh HK, et al. Impact of number of medications and age on adherence to antihypertensive medications: A nationwide population-based study. *Med (United States).* 2019;98(49).
150. McGrady ME, Pai ALH. A systematic review of rates, outcomes, and predictors of medication non-adherence among adolescents and young adults with cancer. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2019;8(5):485–94.
151. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors - An (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev.* 2019;8(1):1–17.
152. Krueger K, Botermann L, Schorr SG, Griesse-Mammen N, Laufs U, Schulz M. Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: A systematic literature review. *Int J Cardiol [Internet].* 2015;184:728–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.042>
153. Smaje A, Weston-Clark M, Raj R, Orlu M, Davis D, Rawle M. Factors associated with medication adherence in older patients: A systematic review. *Aging Med.* 2018;1(3):254–66.
154. Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Camcı G. Hipertansiyonlu bireylerde hastalık algısının tedavi ve diyet uyumuna etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Derg.* 2016;5(2):75–83.
155. Demiray Kara D, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Evaluation of Medication Adherence in Adults Who Use Multiple Medications in The Context of Illness Perception, Acknowledgement and Attitude Characteristics. *Turkish J Fam Med Prim Care.* 2017;11(4):227–34.
156. Choi S, Oh D, Jerng UM. A systematic review of the pharmacokinetic and pharmacodynamic interactions of herbal medicine with warfarin. 2017;1–18.
157. Zuchinali P, Souza GC, de Assis MCS, Rabelo ER, Rohde LE. Dietary vitamin K intake and stability of anticoagulation with coumarins: evidence derived from a clinical trial. *Nutr Hosp [Internet].* 2012;27(6):1987–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23588449>
158. Ababneh M, Al-Azzam S, Alzoubi K, Rababa'h A. Adherence in outpatients taking warfarin and its effect on anticoagulation control in Jordan. *Int J Clin Pharm.* 2016;38(4):816–21.
159. Bungard TJ, Yakiwchuk E, Foisy M, Brocklebank C. Drug interactions involving warfarin: Practice tool and practical management tips. *Clin Pharm J.* 2011;144(1):21–5.
160. Teklay G, Shiferaw N, Legesse B, Bekele M. Drug-drug interactions and risk of bleeding among inpatients on warfarin therapy: a prospective observational study. *Thromb J [Internet].* 2014;12(1):20.
161. Yaka E, Pekdemir M, Yılmaz S, Akalin E. Acil servis hastalarında oral antikoagulan tedavi bilgi düzeylerinin araştırılması. *Türkiye Acil Tıp Derg.* 2011;11(4):155–60.

162. Karademas EC, Tsagaraki A, Lambrou N. Illness acceptance, hospitalization stress and subjective health in a sample of chronic patients admitted to hospital. *J Health Psychol.* 2009;14(8):1243–50.
163. Kocjan J. Is Quality of Life Related To Illness and Acceptance of Illness? *J Educ Heal Sport.* 2015;5(7):34–42.
164. Demirbaş N, Kutlu R. Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. *Ankara Med J.* 2020;(2):269–80.
165. Silva AF da, Cavalcanti ACD, Malta M, Arruda CS, Gandin T, Fé A da, et al. Treatment adherence in heart failure patients followed up by nurses in two specialized clinics. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet].* 2015;23(5):888–94.
166. Berg SK, Zwisler AD, Pedersen BD, Haase K, Sibilitz KL. Patient experiences of recovery after heart valve replacement: Suffering weakness, struggling to resume normality. *BMC Nurs.* 2013;12(1).
167. Roberts G, Razooqi R, Quinn S. Comparing Usual Care With a Warfarin Initiation Protocol After Mechanical Heart Valve Replacement. *Ann Pharmacother.* 2017;51(3):219–25.
168. Jaakkola S, Nuotio I, Kiviniemi TO, Virtanen R, Issakoff M, Airaksinen KEJ. Incidence and predictors of excessive warfarin anticoagulation in patients with atrial fibrillation — The EWA study. *PLoS One.* 2017;12(4).
169. Tang P, Chang Q, Dong M, Ma S. Medium and long-term follow-up in Chinese patients receiving low intensity warfarin anticoagulation treatment with low International Normalized Ratio (INR) after mechanical mitral valve replacement . *Biomed Res.* 2017;28(5):2315–9.
170. da Costa MAC, Krum LK, Geraldino J da S, Schafranski MD, Gomes RZ, Reis ES dos S. Anticoagulation quality and complications of using vitamin K antagonists in the cardiac surgery outpatient clinic. *Brazilian J Cardiovasc Surg.* 2016;31(3):239–45.
171. Hayran M, Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Ankara: Omega Araştırma; 2011.
172. Ware Jr JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):903–12.
173. Kocyigit H, Aydemir O, Fisek G, Olmez N, Memis A. Validity and reliability of Turkish version of Short form 36: A study of a patients with romatoid disorder. *J Drug Ther.* 1999;12(2):102–6.
174. Barnason S, Zimmerman L, Atwood J, Nieveen J, Schmaderer M. Development of a self-efficacy instrument for coronary artery bypass graft patients. *J Nurs Meas.* 2002;10(2):123–33.
175. Avcı S, Karahan A. The reliability and validity of Barnason efficacy expectation scale cardiac surgery version for Turkey. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg [Internet].* 2013;21(3):691–8. Available from: <http://tgkd.cdergisi.org/text.php3?id=1845>

176. Yıldız T. Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler : Hastalık Merkezli Değil , Hasta Merkezli Eğitim. 2015;5(2):129–33.
177. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik. Nobel Tıp Kitabevi; 2014.
178. Cross AJ, Elliott RA, Petrie K, Kuruvilla L, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(5).
179. Algahtani FD, Hassan SUN, Alsaif B, Zrieq R. Assessment of the quality of life during covid-19 pandemic: A cross-sectional survey from the kingdom of saudi arabia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):1–12.
180. Parcha V, Kalra R, Glenn AM, Davies JE, Kuranz S, Arora G, et al. Coronary artery bypass graft surgery outcomes in the United States: Impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *JTCVS Open* [Internet]. 2021;2019:1–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.xjon.2021.03.016>
181. Byrnes ME, Brown CS, De Roo AC, Corriere MA, Romano MA, Fukuhara S, et al. Elective Surgical Delays Due to COVID-19: The Patient Lived Experience. *Med Care*. 2021;59(4):288–94.
182. Samlani Z, Lemfadli Y, Ait Errami A, Oubaha S, Krati K. The impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and well-being in Morocco. *Arch Community Med Public Heal*. 2020;6:130–4.
183. Razmjoei N, Ebadi A, Asadi-Lari M, Hosseini M. Does a “continuous care model” affect the quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting? *J Vasc Nurs* [Internet]. 2017;35(1):21–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvn.2016.12.002>
184. Sadeghi SM, Razmjoei N, Ebadi A, Najafi Ms, Asadi LM, Bozorgzad P. Effect of applying continuous care model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft. 2009;
185. Yaman Y, Bulut H. Evaluation of discharge training given to patients who have undergone heart valve replacement. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;18(4):277–83.
186. Coskun H, Senture C, Ustunsoz A. The Effectiveness of Discharge Training for Patients after Cardiac Surgery. *Rehabil Nurs*. 2018;43(2):95–102.
187. Aktas YY, Uğur HG, Orak OS. A randomized controlled study on the effectiveness of discharge training in patients following cardiac surgery. *Cent Eur J Nurs Midwifery*. 2021;12(1):225–34.
188. Borzou SR, Amiri S, Salavati M, Soltanian AR, Safarpour G. Effects of the first phase of cardiac rehabilitation training on self-efficacy among patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Tehran Univ Hear Cent*. 2018;13(3):126–31.
189. Clarkesmith D., Pattison H, Lane D. Educational and behavioural interventions for anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013;(6). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008600.pub2/abstract>

190. Farsad BF, Dastan F, Salamzadeh J, Moghadamnia Z, Eskandari R, Fahimi F. Assessment of outpatients' knowledge and adherence on warfarin: The impact of a simple educational pamphlet. *Iran J Pharm Res.* 2019;18(Special Issue):315–20.
191. Lin CY, Yaseri M, Pakpour AH, Malm D, Broström A, Fridlund B, et al. Can a Multifaceted Intervention Including Motivational Interviewing Improve Medication Adherence, Quality of Life, and Mortality Rates in Older Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery? A Multicenter, Randomized Controlled Trial with 18-Month Fo. *Drugs and Aging.* 2017;34(2):143–56.
192. Eşlik M, Çetinkaya A. Koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası hastaların başa çıkmasında öz etkililik algıları. *J Cardiovasc Nurs.* 2019;10(22):41–9.
193. Filomeno L, Minciullo A, Gabellini S. Educational interventions in the perioperative period of the patient undergoing cardiac surgery : a scoping review of the literature Interventi educativi nel periodo perioperatorio del paziente sottoposto a cardiocirurgia : Scenario. 2020;37(2):5–15.
194. Fredericks S, Yau T. Clinical effectiveness of individual patient education in heart surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017;65:44–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.001>
195. Kalogianni A, Almpanti P, Vastardis L, Baltopoulos G, Charitos C, Brokalaki H. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2016;15(6):447–58.
196. Bolourchifard F, Savadishafi M, Pazokian M. Examining the Effect of Nursing Counseling on Anxiety and Depression in the Elderly Patients Undergoing Open Heart Surgery. 2020;11:100–4.

8. EKLER

Ek 8.1. Etik kurul izni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI	
ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA ADRESİ	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2892-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kalp Kapak Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Bireysel Danışmanlığın Antikoagülan Tedaviye Uyum, Öz-Etkililik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Özlem BİLİK Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

	Karar No:2016/30-28	Tarih:24.11.2016
KARAR BİLGİLERİ	Yard.Doç.Dr.Özlem BİLİK'in sorumlusu olduğu "Kalp Kapak Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Bireysel Danışmanlığın Antikoagulan Tedaviye Uyum, Öz-Etkililik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 8.2. Kurum İzin Belgeleri

Ek 8.2.1. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni

	T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı																					
Sayı : 91829616/804- 2128		/ 11 / 2016																				
Konu : Doktora Tezi																						
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA																						
İlgi : 11.08.2016 tarih ve 96837284/101.03-32 sayılı yazınız.																						
Sorumlu araştırmacısı olduğunuz ve araştırma görevlisi Eda Ayten DUMAN'ın doktora tezi olan "Kalp Kapak Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Bireysel Danışmanlığın Antikoagülan Tedaviye Uyum, Öz-Etkililik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" isimli doktora tezinin yürütülebilmesi konusuna ilişkin Üniversitemiz Hastanesi Başhekimliğinin 08.11.2016 tarih ve 99577370-778-13457 sayılı <i>uygunluk yazısı</i> ektedir.																						
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.																						
Prof.Dr.Samiye METE Dekan V.																						
Ek:1 sayfa																						
<table border="0"><tr><td>Adres</td><td>DEÜ Hemşirelik Fakültesi Sağlık Bulvarı 35340</td><td>Bilgi için</td><td>Hatun ACAR</td></tr><tr><td>Telefon</td><td>(232) 412 47 51</td><td></td><td>Bilgisayar İşlemcisi</td></tr><tr><td>Faks</td><td>(232) 412 47 98</td><td>Telefon</td><td>(232) 412 47 59</td></tr><tr><td>E-Posta</td><td>hemirelik@deu.edu.tr</td><td>E-Posta</td><td>hatun.acar@deu.edu.tr</td></tr><tr><td>Elektronik Ağ</td><td>http://hemirelik.fakultesi.deu.edu.tr</td><td></td><td></td></tr></table>			Adres	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Sağlık Bulvarı 35340	Bilgi için	Hatun ACAR	Telefon	(232) 412 47 51		Bilgisayar İşlemcisi	Faks	(232) 412 47 98	Telefon	(232) 412 47 59	E-Posta	hemirelik@deu.edu.tr	E-Posta	hatun.acar@deu.edu.tr	Elektronik Ağ	http://hemirelik.fakultesi.deu.edu.tr		
Adres	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Sağlık Bulvarı 35340	Bilgi için	Hatun ACAR																			
Telefon	(232) 412 47 51		Bilgisayar İşlemcisi																			
Faks	(232) 412 47 98	Telefon	(232) 412 47 59																			
E-Posta	hemirelik@deu.edu.tr	E-Posta	hatun.acar@deu.edu.tr																			
Elektronik Ağ	http://hemirelik.fakultesi.deu.edu.tr																					



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

Sayı : 99577370 - 778-13457

08 Kasım 2016

03.11.2016

Konu :

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültenizde görevli Yrd.Doç.Dr.Özlem BİRLİK'in sorumlu araştırmacısı olduğu, Araş. Gör. Eda Ayten DUMAN'ın tez çalışmasının Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda yürütülmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Erkan DEREBEK
Başhekim

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 Inciraltı/İZMİR
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Tel:+90(232)412 23 15 Faks:+90(232) 412 97 97 Hem.Hiz.Müd. Seyyare KURT
E-posta: erkan.safyurek@deu.edu.tr Elektronik eği: www.deu.edu.tr

İzmir

Ek 8.2.2. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni

SDP : 00.99 - Genel
Evrak No : 91829616-00.99-10418
Evrak Tarihi : 22-01-2020
Evrak Sayısı : 16/01/2020-E.3925



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı : 69631334-806.01703
Konu : DOÇ. DR. ÖZLEM BİLİK'İN
ARAŞTIRMA İZİNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 26/11/2019 tarihli ve 97030 sayılı yazı.

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Özlem BİLİK'in sorumlu araştırmacı olduğu, Arş.Gör.Eda Ayten KANKAYA'nın doktora tezi "Kalp Kapak Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Bireysel Danışmanlığın Antikoagülan Tedaviye Uyum, Öz – Etkililik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını ilgi yazıda belirtilen tarihler arasında Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL
Başhekim

Ek: Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim
Dalından gelen 1339 sayılı yazı.



SDP : 00.99 - Genel
Evrak No : 91829616-00.99-10418

İzmir Tıp Fakültesi Sayısı: 02/01/2020-E.1339



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : T1442206-044
Konu : DOÇ. DR. ÖZLEM BİLİK'İN
ARAŞTIRMA İZNİ

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
(Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü)

İlgi : 24/12/2019 tarihli ve 405470 sayılı yazı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Özlem BİLİK'in sorumlu araştırmacı olduğu, Arş.Gör.Eda Ayten KANKAYA'nın doktora tezi "Kalp Kapak Ameliyatı Uygulanan Hastalarda Bireysel Danışmanlığın Antikoagülan Tedaviye Uyum, Öz – Etkililik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Mustafa ÖZBARAN
Anabilim Dalı Başkanı

Ek 8.3. Bilgilendirilmiş Onam Formları

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Birinci aşama)

Sayın Bay/ Bayan

Bu doktora çalışmasının amacı kalp kapak ameliyatı uygulanan hastaların ameliyat sonrası antikoagülan ilaç tedavisine ilişkin deneyimlerini ortaya koymaktır. Bu çalışmanın, hastaların ameliyat sonrası antikoagülan tedaviye uyumlarını kolaylaştıracağı ve uyum ile ilgili problemlerin çözümüne katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Sizlerle Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu üzerinden 30-60 dakika süren görüşme yapılacaktır. Görüşmenin tamamı, verilerin eksiksiz toplanabilmesi amacıyla ses kayıt cihazı ile kaydedilecektir. Görüşmeyi yapıp yapmama konusunda tamamen özgürsünüz. Eğer görüşmeye katılmayı kabul ederseniz görüşme süresince söyleyecekleriniz tamamen gizli tutulacaktır. Bu bilgileri araştırma ekibi dışında kimsenin görmesi veya dinlemesi mümkün değildir. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme durumu söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmadan doğacak herhangi bir risk bulunmamakta olup olası riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Tari (gün/ay/yıl):.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (İkinci aşama)

Sayın Katılımcı,

“Kalp kapak ameliyatı uygulanan hastalarda bireysel danışmanlığın antikoagülan tedaviye uyum, etkililik beklentisi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi” isimli doktora çalışması, kapak ameliyatı uygulanan hastalarda bireysel danışmanlığın antikoagülan tedaviye uyum, etkililik beklentisi ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla tasarlanmıştır. Araştırmada Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu kullanılacaktır. Verileriniz ameliyat öncesi dönemde ve taburculuk sonrası üçüncü ayda bu ölçekleri doldurmanız istenecektir. Formların doldurulması yaklaşık 15-30 dk alacaktır.

Verdiğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme durumu söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmadan doğacak herhangi bir risk bulunmamakta olup olası riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Araştırma sonunda elde edilen veriler bu konudaki hemşirelik bakımına katkı sağlayacaktır.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Tari (gün/ay/yıl).....

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

Ek 8.4. Veri Toplama Formları

Ek. 8.4.1. Yarı yapılandırılmış Görüşme Formu

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Tarih:/...../2017

Görüşmecinin adı-soyadı:

Hastanın adı-soyadı:

Çalıştığı kurum:

Protokol numarası:

Unvan:

Tel no:

Görüşme yeri:

İmza:

Başlama saati:

Bitis saati:

Giriş (açılış-tanıtım):

Bu doktora araştırmasının amacı kalp kapak ameliyatı uygulanan hastaların ameliyat sonrası süreçte kullandıkları antikoagülan ilaç tedavisine ilişkin deneyimlerini ortaya koymaktır. Görüşme sonunda elde edilen bilgiler antikoagülan tedavinin yaşamınızı nasıl etkilediğini, bu konuda yaşadığınız deneyimleri ve hissettiğiniz duyguları anlamamıza yardımcı olacaktır. Aynı zamanda kalp kapak ameliyatı uygulanan hastalara bakım veren hemşirelerin daha kaliteli hemşirelik bakımı vermesine ve gerekli danışmanlığın yürütülmesine katkı sağlayacaktır.

Bu görüşme kapsamında sizlerle yüz yüze yaklaşık 30-60 dk süreceğini tahmin ettiğimiz görüşme yaparak birkaç soru sormak istiyorum. Görüşmenin tamamı, verilerin eksiksiz toplanabilmesi amacıyla ses kayıt cihazı ile kaydedilecektir. Görüşmeyi yapıp yapmama konusunda tamamen özgürsünüz. Bu görüşme gönüllü olarak katılımınız ile gerçekleştirilecektir. Eğer görüşmeye katılmayı kabul ederseniz görüşme süresince söyleyecekleriniz tamamen gizli tutulacaktır. Bu bilgileri araştırma ekibi dışında kimsenin görmesi veya dinlemesi mümkün değildir. Ayrıca görüşme sonuçlarını yazarken isminiz kesinlikle rapora yansıtılmayacak ve asla anılmayacaktır.

Bu görüşmeyi yapmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. Eğer sizin bana görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa, önce bunu yanıtlamak isterim.

Görüşme Sorusu

Araştırma sorusu: Antikoagülan ilaç kullanmak nasıl bir şey? Açıklar mısınız?

Görüşme alt soruları:

- Bu ilacı kullanma nedenini açıklar mısınız?
- Antikoagülan ilaç kullanımının önemini açıklar mısınız? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?
- Antikoagülan ilaç kullanımı yaşamınızı nasıl etkiledi?
- Bu süreçte yaşadığınız zorluklar nelerdir? / Antikoagülan ilaç kullanmak yaşantınızda neleri zorlaştırdı?
- Bu ilaçla ilgili yaşadığınız kolaylıklar nelerdir? / Antikoagülan ilaç kullanmak yaşantınızda neleri kolaylaştırdı?
- Bu ilacın kullanımını kolaylaştırmak için diğer hastalara önerileriniz nelerdir?

Kapanış:

Bize zaman ayırdığınız ve yaşadıklarınızı tanımladığınız için verdiğiniz katkıdan dolayı çok teşekkür ederiz. Verdiğiniz bilgiler bariatrik cerrahi geçiren bireyler ve sağlık ekibi için çok değerlidir. Bu konuda görüşmeden sonra eklemek istediğiniz başka görüş ve önerileriniz olursa, bize 4124792 no'lu telefondan ulaşabilirsiniz.

İyi günler

Ek 8.4.2. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu

1- Yaşınız :

2- Cinsiyet

a) Kadın b) Erkek

3- Eğitim durumunuz:

a) Okuryazar

b) İlköğretim

c) Lise

d) Üniversite ve üzeri

4- Mesleğiniz:

a) Ev hanımı

b) Memur

c) İşçi

d) Serbest Meslek

e) Öğrenci

f) Diğer (açıklayınız)

5- Sağlık güvenceniz:

a) Var

b) Yok

6- Medeni durumunuz:

a) Evli

b) Bekar

7- Kanama Zamanı (INR düzeyi) taburculuk:

Taburculuk sonrası üçüncü ay:

8- Kapak hastalığı dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalığınız var mı?

a) Var (.....)

2. Yok

9- Kullandığınız antikoagülan ilaç:

10- Sürekli kullandığınız ilaçlar:

Ek 8.4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz? (Genel Sağlık)

- a) Mükemmel (1) b) Çok iyi (2) c) İyi (3) d) Orta (4) e) Kötü (5)

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi (1)
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi (2)
c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı (3)
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü (4)
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü (5)

3. Aşağıdaki maddelerden gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir.

Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Fiziksel Fonksiyon)

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	(1)	(2)	(3)
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır mayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	(1)	(2)	(3)
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma	(1)	(2)	(3)
Merdivenle çok sayıda kat çıkma	(1)	(2)	(3)
Merdivenle bir kat çıkma	(1)	(2)	(3)
Eğilme ve diz çökme	(1)	(2)	(3)
Bir iki kilometre yürüme	(1)	(2)	(3)
Bir kaç sokak öteye yürüme	(1)	(2)	(3)
Bir sokak öteye yürüme	(1)	(2)	(3)
Kendi kendine banyo yapma ve giyinme	(1)	(2)	(3)

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı? (Fiziksel Rol Güçlüğü)

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zaman azalttınız mı?	(1)	(2)
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	(1)	(2)
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?	(1)	(2)
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	(1)	(2)

5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) Sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı? (Emosyonel Rol Güçlüğü)

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı zalttınız mı?	(1)	(2)
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	(1)	(2)
İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar lkkatli yapamıyor muydunuz?	(1)	(2)

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi? (Sos.Fonk.)

- a) Hiç etkilemedi (1)
- b) Biraz etkiledi (2)
- c) Orta derecede etkiledi (3)
- d) Oldukça etkiledi (4)
- e) Aşırı etkiledi (5)

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu? (Ağrı)

- a) Hiç (1)
- b) Çok hafif (2)
- c) Hafif (3)
- d) Orta (4)
- e) Şiddetli (5)
- f) Çok şiddetli (6)

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi? (Ağrı)

- a) Hiç etkilemedi (1)
- b) Biraz etkiledi (2)
- c) Orta derecede etkiledi (3)
- d) Oldukça etkiledi (4)
- e) Aşırı etkiledi(5)

9. Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz. (Enerji: a,e,g,i Mental Sağlık: b,c,d,f,h)

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Sizi hiçbir şeyin eşelendiremeyeceği kadar kendinizi zmin hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kendinizi sakin ve uyumlu ssettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kendinizi kederli ve hüzünlü ssettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi? (Sos.Fonk.)

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz. (Genel Sağlık)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sağlığımın kötüye deçeğini düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sağlığım mükemmel	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)



Ek 8.4.4. Barnason Kardiyak Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu

Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu:

Kalp ameliyatı sonrası her bir ifadenin karşısında yer alan seçeneklerden kendinize en uygun olanını işaretleyiniz.

Kalp cerrahisi olduğumdan bu yana unları yapabileceğime güveniyorum:	1- Uygun değil	2.Biraz Uygun	3- Uygun	4- Çok uygun
1. Evde normal gündelik işleri gerçekleştirme				
2. Normal ev işlerini (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme) gerçekleştirme				
3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma				
4. Her zamanki hobilerime/eğlence faaliyetlerime katılma				
5. Aşırı korumacı olduklarında aile/arkadaşlarla başa çıkabilme				
6. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme				
7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma				
8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme				
9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme				
10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme				
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme				
12. Kullandığım ilaçların amacını anlama				
13. İlaçlarımı ne zaman almam gerektiğini bilme				
14. Ameliyat dikişlerimin bakımını yapmayı bilme				

Ek 8.4.5. Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği

Antikoagülan Tedaviye Uyum Ölçeği

	Kesinlikle Katılıyor (5)	Katılıyor (4)	Kısmen Katılıyor (3)	Katılmıyor (2)	Kesinlikle Katılmıyor (1)
1. Kanama zamanımı (INR düzeyi) her zaman aynı sağlık merkezinde ölçtürürüm.					
2. Pıhtı önler ilaç dozumu aynı saatte almaya özen gösteririm.					
3. O gün pıhtı önler ilacı almayı unutursam, ilacı aynı gün içinde hatırladığım zaman önerilen dozda alırım.					
4. Pıhtı önler ilaç dozumu durumuma göre kendi kendime arttırırım/azaltırım.					
5. Sağlık çalışanlarının (hekim, hemşire, diyetisyen) önerdiği şekilde beslenmeme dikkat ederim.					
6. Kanamaya olan eğilimimi arttıracığından kırmızıbiber, sarımsak, yeşil çay gibi besinleri günlük sınırlı miktarda (bir porsiyon) tüketirim.					
7. Brokoli, marul, lahan, ıspanak, maydonoz, semizotu gibi yeşil yapraklı besinleri günlük sınırlı miktarda (bir porsiyon) tüketirim.					
8. Herhangi bir yerimi kestiğimde en az 5 dakika üzerine basınç uygulayım.					
9. On dakika boyunca devam eden bir kanamam olursa hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvururum.					
10. Pıhtı önler ilaç kullanırken, aynı zamanda başka yeni bir ilacı kullanmaya başlayacaksam mutlaka hekimime/hemşireme danışırım.					
11. Dış hekimine gitmeden önce pıhtı önler ilaç dozumun ayarlanması için (bu ilaç dozunu ayarlayan) hekimime başvururum.					
12. Başka bir sağlık kuruluşuna gittiğimde pıhtı önler ilaç kullandığımı mutlaka sağlık çalışanlarına (hekim, hemşire, diyetisyen) söylerim.					
13. Ağrım olduğunda hekime danışmadan ağrı kesici ilacımı alırım.					
14. Günlük yaşamda ev ve bahçe işleri ile uğraşırken (örneğin yemek yaparken ya da kesici-delici aletleri kullanırken) ya da işyerinde elimi kesmemeye/yaralanmamaya dikkat ederim.					
15. Tırnak keserken yaralanmamaya özen gösteririm.					
16. Vücudumda çarpma olmaksızın oluşan morlukları, siyah renkte dışkılamayı izlerim.					
17. Pıhtı önler ilacım ile ilgili bilgimi her fırsatta arttırmaya çalışırım					

Ek 8.5. Tezlerden Üretilmiş Yayınlar

- **Kankaya EA, Bilik Ö,** Gençpınar T. Retrospective Investigation of Anticoagulant Complications in Long Term after Mechanical Heart Valve Replacement Surgery in Turkey. IranRedCrescentMedJ. 2021; 23(1):e13 (**Araştırma makalesi, kabul edildi ve yayımlandı, Science Citation Index Expanded, yayımlandı**)
- **Kankaya EA, Bilik Ö** Mechanical Heart Valve Surgery Patients Experience with Warfarin: A Qualitative Study. Cyprus Journal of Medical Sciences. (**Araştırma makalesi, Emerging Sources Citation Index, yayımlanmak üzere kabul edildi**)
- **Kankaya EA, Bilik Ö.** Development of An Adherence To Anticoagulant Therapy Scale: A Validity And Reliability Study. Marmara Medikal Journal. (**Araştırma makalesi, Emerging Sources Citation Index, dergiye gönderildi, karar aşamasında bekliyor**)
- Karayurt Ö, Sarıgöl Ordin Y, Yasak K, **Kankaya EA,** Durmaz Edeer A, Atilla K, Öğce F. Bariatrik Cerrahi Sonrası Öz-Etkililiğin ve Seçilmiş Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (**Araştırma makalesi, TR Dizin, dergiye gönderildi, karar aşamasında bekliyor**)
- **Kankaya EA, Bilik Ö.** Kalp Kapak Protezleri Sonrası Antikoagülan Tedaviye Uyum. Turk J Card Nur. 2018; 9(18): 29-34 DOI: 10.5543/khd.2018.19870 (**Derleme, hakemli dergi, kabul edildi ve yayımlandı**)
- **Kankaya EA, Bilik Ö.** Kalp Kapak Ameliyatı Sonrası Güncel Hemşirelik Yaklaşımları: Bakım Neden Önemli?. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(2): 101-111. (**Derleme, hakemli dergi, kabul edildi ve yayımlandı**)

- **Kankaya EA, Bilik Ö, Gençpınar T. Retrospective Investigation of Anticoagulant Complications in Long Term after Mechanical Heart Valve Replacement Surgery in Turkey. Iran Red Crescent Med J. 2021; 23(1):e13 (Araştırma makalesi, kabul edildi ve yayımlandı, Science Citation Index Expanded, yayımlandı)**

IranRedCrescentMedJ. 2021 January; 23(1):e13

doi: 10.32592/ircmj.2021.23.1.13

Published online 2021 January 31

Original Article



Retrospective Investigation of Anticoagulant Complications in Long Term after Mechanical Heart Valve Replacement Surgery in Turkey

Eda Ayten Kankaya^{1,2*}, Özlem Bilik³ and Tuğra Gençpınar⁴

¹ Department of Surgical Nursing, Dokuz Eylül University Nursing Faculty, İzmir, Turkey

² PhD Candidate, Research Assistant, Department of Surgical Nursing, Graduate School of Health Sciences, Dokuz Eylül University, İzmir, Turkey

³ Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Nursing Faculty, Dokuz Eylül University, İzmir, Turkey

⁴ Associate Professor, Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Faculty of Medicine Surgery, Dokuz Eylül University, İzmir, Turkey

* **Corresponding author:** Eda Ayten Kankaya, Department of Surgical Nursing, Dokuz Eylül University Nursing Faculty, İzmir, Turkey. Email: edayten@gmail.com

Received 2020 November 09; Revised 2020 December 02; Accepted 2020 December 18.

Abstract

Background: Patients with mechanical heart valve replacement surgery (MHVRS) should be followed up in terms of prosthetic valve-related and open heart surgery complications.

Objectives: This study aimed to determine the anticoagulant complications in long term in patients with MHVRS.

Methods: This retrospective and descriptive study was conducted in a university hospital, İzmir, Turkey. The data were collected from July to December 2019. In total, 73 patients referring for regular check-ups to the hospital with intervals not exceeded more than 90 days, and those who had international normalized ratio (INR) measurements for January-April-July-October 2018 were included in this study.

Results: The mean age of the patients was obtained at 58.98±12.89 years, and 53.4% (n=39) of the cases were male. Moreover, the mean follow-up period was estimated at 65.96±28.47 months. According to the results, complications developed in 60 patients (82.2%). The first hospitalized unit was the emergency department. The factors affecting the development of complications after MHVRS were evaluated, and a difference was found regarding gender ($\chi^2=6.18$, $P=0.013$), comorbidities ($\chi^2=25.58$, $P=0.016$), and monthly referral for regular check-ups to the hospital ($\chi^2=5.20$, $P=0.023$). There was no relationship between the INR levels and the development of complications. Furthermore, the results of evaluating the factors affecting the number of hospitalizations after MHVRS revealed that monthly referral to hospital for check-ups ($t=3.18$, $P=0.002$) and history of previous valve surgery ($Z=201.00$, $P=0.03$) affected the number of hospitalizations.

Conclusion: It was observed that patients frequently refer to the emergency department and struggled with various complications. Moreover, it was found that the patients had frequent bleeding and refer to the emergency service repeatedly. Accordingly, there is a need for interventional studies to reduce postoperative complications and provide the therapeutic INR level.

Keywords: Cardiac surgical procedures, Complication, Disease, Heart valve, Prosthesis

1. Background

Heart valve diseases are among the common health problems, and surgical treatment is the foreground for advanced valve diseases (1). Patients with mechanical heart valve surgery should be followed up in terms of the prosthetic valve and open heart surgery-related complications. In the long term, complications, such as heart failure, infective endocarditis, sternal wound infections, neurological complications, valve-related complications, acute renal failure, and sepsis can be observed due to open-heart surgery (2, 3). Following these complications, problems, such as valve thrombosis, thromboembolism, and bleeding, may occur with mechanical prosthesis.

Warfarin, a vitamin K antagonist, is also used in Turkey for anticoagulation. The efficacy and safety of warfarin depend on the ratio of the international normalized ratio (INR). The INR follow-up of these patients is very important, followed by bleeding and thrombosis occurrence when the INR is out of the safe range (4-6). In a cohort study, the incidence rates of thromboembolism and bleeding were estimated at

1.8 and 2.2, as well as 4.4 and 4.6 in patients with aortic valve replacement (AVR) and mitral valve replacement (MVR), respectively (7). In a prospective study, INR values less than 2.0 significantly increased the rate of thromboembolism. Moreover, the INR values between 3.0 and 4.0 or >4.0 were found to increase moderate and major bleeding, respectively (8). The cross-sectional (9, 10) and prospective studies (11, 12) in Turkey have been reached which patients' knowledge levels related warfarin use. In a study, regular follow-up and training improved warfarin efficacy, patient satisfaction, and quality of life (13). Çelik et al. found that Turkish society had low awareness of warfarin, and there was a difference in time in the therapeutic range (TTR) according to the regions. Moreover, bleeding was most common in the Aegean region, it was reported that they could not record embolic complications (12).

After evaluating the studies in Turkey, no retrospective studies were found to investigate the complications of patients with mechanical heart valve replacements (MHVRS) in the long term. The reasons

- **Kankaya EA, Bilik Ö Mechanical Heart Valve Surgery Patients Experience with Warfarin: A Qualitative Study. Cyprus Journal of Medical Sciences. (Araştırma makalesi, Emerging Sources Citation Index, yayımlanmak üzere kabul edildi)**

Cyprus Journal of Medical Sciences: Result of the Manuscript evaluation

Gelen Kutusu x

dergiler x



cyprusjmedsci
Alici: ben

6 Nisan Sal 12:42



Dear Other Eda ayten kankaya,

I am pleased to inform you that your manuscript entitled as "Mechanical Heart Valve Surgery Patients Experience with Warfarin: A Qualitative Study" has been accepted for publication in an upcoming issue of Cyprus Journal of Medical Sciences. We will send the proof of your article for your approval prior to publication. You can reach the final information about your manuscript at online manuscript center (<http://cyprusjmedsci.org>).

Please do not hesitate to contact us at any time if you have questions regarding your manuscript or the publication process by sending an e-mail to dergi@cyprusjmedsci.org
We look forward to publishing your paper.

Sincerely,

Cyprus Journal of Medical Sciences
Editorial Board
dergi@cyprusjmedsci.org

Official journal of
Cyprus Turkish Medical
Association

ISSN 2149-7893

**CYPRUS JOURNAL OF
MEDICAL SCIENCES**

ISSN: 2149-7893

MENU

[Return to Main Page](#)

[Edit User Profile](#)

[Logout](#)

Partially Submitted Manuscripts
Click on title to resume the submission.

Manuscript ID	Title in Turkish	Date Created	Delete
No manuscript(s) found			

Waiting for Revision
Click on title to view details of manuscript and notes

Manuscript ID	Title in Turkish	Date Submitted	Processing Status	Submit Revision
No manuscript(s) found				

Submitted Manuscripts
Click on title to view details of manuscript and notes

Manuscript ID	Title in Turkish	Date Submitted	Processing Status
C.JMS-2227.REV.4	Mechanical Heart Valve Surgery Patients Experience with Warfarin: A Qualitative Study	Sep 30, 2020	Accepted
C.JMS-2227.REV.3	Mechanical Heart Valve Surgery Patients Experience with Warfarin: A Qualitative Study	Sep 05, 2020	Minor Revision
C.JMS-2227.REV.2	A Qualitative Study of the Experiences With Warfarine Usage of Heart Valve Surgery Patients in Turkey	Sep 02, 2020	Major Revision
C.JMS-2227.REV.1	A Qualitative Study of the Experiences With Warfarine Usage of Heart Valve Surgery Patients in Turkey	Jun 16, 2020	Major Revision
C.JMS-2227	A Qualitative Study of the Experiences With Warfarine Usage of Heart Valve Surgery Patients in Turkey	Jun 03, 2020	Major Revision

- **Kankaya EA, Bilik Ö.** Development of An Adherence To Anticoagulant Therapy Scale: A Validity And Reliability Study. Marmara Medikal Journal. (Araştırma makalesi, Emerging Sources Citation Index, dergiye gönderildi, karar aşamasında bekliyor)



Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dergisi

Marmara Medical Journal

ISSN: 1309 - 9469

MMJ

[Author Center](#)

Partially Submitted Manuscripts
Click on title to resume the submission.

Manuscript ID	Title	Date Created	Delete
No manuscript(s) found			

Waiting for Revision
Click on the title to view details of manuscript and notes

Manuscript ID	Title	Date Submitted	Processing Status	Submit Revision
No manuscript(s) found				

Submitted Manuscripts
Click on the title to view details of manuscript and notes

Manuscript ID	Title	Date Submitted	Processing Status
MMJ-7013	DEVELOPMENT OF AN ADHERENCE TO ANTICOAGULANT THERAPY SCALE: A VALIDITY AND RELIABILITY STUDY	Feb 16, 2021	Awaiting Decision

Return to Main Page | New Manuscript | Edit User Profile | Help | Logout



Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dergisi

Marmara Medical Journal

ISSN: 1309 - 9469

MMJ

[Author Center](#)

Manuscript Information

Manuscript ID:	MMJ-7013
Title:	DEVELOPMENT OF AN ADHERENCE TO ANTICOAGULANT THERAPY SCALE: A VALIDITY AND RELIABILITY STUDY
Authors:	Eda ayten kankaya ¹ , özlem bilik ¹
Institutions:	¹ dokuz eylul university nursing faculty, surgcial nursing, izmir, Turkey ² Dokuz Eylül University Graduate School of Health Sciences , Department of Surgical Nursing, izmir, Turkey
Keywords:	warfarin, adherence, scale, validity, reliability
Manuscript Type:	Original Research
Processing Status:	Awaiting Decision

Abstract

Objective: To develop Anticoagulant Therapy Adherence Scale (ATAS) for use in patients on anticoagulant medication and to examine psycholinguistic and psychometric properties of the measurement tool. Methods: The research was of a methodological and consisted of 185 patients. Descriptive statistics (number, percentages and mean) were used to evaluate data about general and clinical features. The validity of the scale was tested by using content validity, explanatory and confirmatory factor analysis. The reliability of the scale was examined by utilizing item-total scale correlations and Cronbach's alpha. Results: Content validity indexes were found to be above 0.80. In the explanatory factor analysis, a 3-factor structure with factor loads between 0.30 and 0.81 was obtained. Fit indices obtained in the confirmatory factor analysis were as follows: $\chi^2=181.116$, $df = 116$ χ^2 / df value 1.561, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.058, Comparative Fit Index (CFI): 0.88 and Goodness Fit Index (GFI): 0.88. Item-total scale correlation coefficients were found to range between 0.57 and 0.25. The Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.74 for the overall scale and 0.63, 0.77 and 0.65 for its subscales. Conclusions: ATAS was found to be a valid and reliable measurement tool in the Turkish population.

Manuscript Files

File Name	File Size	Date Created	Category	Description
 MMJ-manuscript-clean-10-12-2020-kopya.docx	136 KB	Feb 16, 2021	Main Document	None

Return to Main Page | New Manuscript | Edit User Profile | Help | Logout

Karayurt Ö, Sarıgöl Ordin Y, Yasak K, **Kankaya EA**, Durmaz Edeer A, Atilla K, Ögce F. Bariatrik Cerrahi Sonrası Öz-Etkililiğin ve Seçilmiş Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (**Araştırma makalesi, TR Dizin, dergiye gönderildi, karar aşamasında bekliyor**)

**Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi**

Rob. Yazar ▼Dergi Değiştir ▼MAKALE GÖNDER

» Dergilerim » Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi » Yazar Paneli

1 Hakemde

Sayfada 20 kayıt gösterBaşlık ▼Ara

ID	Başlık	Türü	Konu	Yazarlar	Gönderilme Tarihi	Görev Bitiş Tarihi	Editör	İşlemler
875735	Bariatrik Cerrahi Sonrası Öz-Etkililiğin ve Seçilmiş Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi	Araştırma Makalesi	Hemşirelik	Kübra YASAK, Özgül KARAYURT, Aylin DURMAZ EDEER, Yaprak SARIĞÖL ORDİN, Eda Ayten KANKAYA, Filiz ÖĞCE, Koray ATILA	23 Mart 2021	24 Haziran 2021	Editor: Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN Alan Editörü: Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ	Göster

1 kayıttan 1 - 1 arasındaki kayıtlar gösteriliyor< 1 >

- Kankaya EA, Bilik Ö. Kalp Kapak Protezleri Sonrası Antikoagülan Tedaviye Uyum. Turk J Card Nurs. 2018; 9(18): 29-34 DOI: 10.5543/khd.2018.19870 **(Derleme, hakemli dergi, kabul edildi ve yayımlandı)**

Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi

DOI: 10.5543/khd.2018.19870
Turk J Cardiovasc Nurs 2018;9(18):29-34

Derleme Review



Kalp Kapak Protezleri Sonrası Antikoagülan Tedaviye Uyum

Eda Ayten Kankaya, Özlem Bilik

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İzmir

Özet

Kalp kapak hastalıkları oldukça yaygın görülen sağlık sorunlarından biridir. İleri derece kapak hastalıklarında cerrahi tedavi ön plana çıkmaktadır. Kalp kapak ameliyatları sonrasında hasta hem ameliyat hem de antikoagülan ilaç nedeniyle uyum sağlamak durumundadır. Cerrahi yara, sternotomi, kardiyak rehabilitasyonun yanında antikoagülan tedavinin başlanması, sürdürülmesi ve komplikasyonların önlenmesinde uyum oldukça önemlidir. Beklenen yaşam süresinin artması ve mekanik protez takılma sınırının 60 yaşa kadar uzatılması, ömür boyu antikoagülan kullanan hasta sayısının artacağını düşündürmektedir. Bu nedenle hemşireler giderek daha yaşlı bir hasta grubunda antikoagülan tedaviye uyumu artırma sorumluluğu taşımaktadır.

Ülkemizde kalp kapak protezleri ameliyatları sonrasında antikoagölasyonu sağlamak için K vitamini antagonisti olarak varfarin kullanılmaktadır. Varfarin kullanımına yönelik bir eğitim programı ve terapötik doza ulaşmada hastalar için uygulanan belirli bir protokol bulunmamaktadır. Bu durum hasta uyumunu zorlaştıran bir unsurdur. İlaçın kullanımı, beslenme, ilaç etkileşimleri, yan etkiler ve izlemler antikoagülan tedaviye uyumda anahtar noktalar. Hastanın antikoagülan tedaviye uyum sağlaması için hemşire bu konularda hastayı desteklemelidir. Ameliyat sürecinin getirdiği komplikasyonlar yanında ilaç uyumsuzluğu yaşayan hastalar tromboemboli ya da kanama gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlarla karşı karşıya kalmaktadır. Kişiyi özgü alışkanlıkların değerlendirildiği, ilaç dozu ile sınırlı kalmayıp kişinin uyumsuzluğuna neden olan etmenlerin incelendiği danışmanlık sisteminin sağlanması ve sürdürülmesi öncelikli konulardan biridir.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik; kapak hastalıkları; tedaviye uyum; varfarin.

Anticoagulant Treatment Compliance After Heart Valve Prosthesis

Abstract

Heart valve diseases are one of the common health problems. Surgical treatment for advanced valve diseases is the foreground. After cardiac valve surgery, the patients have to adjust for both surgery and anticoagulant medication. In addition to surgical wound, sternotomy, cardiac rehabilitation, anticoagulation therapy is very important to start, maintain and prevent complications. Increasing life expectancy and of the use of mechanical prosthesis implantation to 60 years of age suggests that the number of patients using lifetime anticoagulants will increase. For this reason, nurses have a responsibility to increase anticoagulation treatment compliance in an increasingly older patient group.

Warfarin is used in Turkey to provide anticoagulation after heart valve prosthesis surgeries. There is no education program for warfarin use and no specific protocol for patients receiving therapeutic range. This situation is a factor that complicates the patients' compliance. Drug use, nutrition, drug interactions, side effects and monitoring are key points in anticoagulant treatment compliance. The nurse should support the patient in these subjects in order to the patient to adjust the anticoagulant treatment. In addition to the complications of the surgical procedure, patients who are experiencing drug incompatibility face life-threatening complications such as thromboembolism or hemorrhage. Providing and maintaining a counseling system that evaluates the habits unique to the person and examines the factors that cause the incompatibility is one of the priority issues.

Keywords: Heart valve diseases; nursing; treatment adherence and compliance; warfarin.

İletişim (Correspondence): Dr. Eda Ayten Kankaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İzmir

Telefon (Phone): +90 543 305 65 53 **E-Posta (E-mail):** edayten@gmail.com

Başvuru Tarihi (Submitted Date): 01.02.2018 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 08.05.2018

©Copyright 2018 by Turkish Society of Cardiology - Available online at www.anatoljcardiol.com



- **Kankaya EA, Bilik Ö.** Kalp Kapak Ameliyatı Sonrası Güncel Hemşirelik Yaklaşımları: Bakım Neden Önemli?. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(2): 101-111. (Derleme, hakemli dergi, kabul edildi ve yayımlandı)

DERLEME

BALIKESİR SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ / BALIKESİR HEALTH SCIENCES JOURNAL

KALP KAPAK AMELİYATI SONRASI GÜNCEL HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI: BAKIM NEDEN ÖNEMLİ?

CURRENT NURSING APPROACHES AFTER HEART VALVE SURGERY: WHY CARE IS IMPORTANT?

Eda Ayten Kankaya ,Özlem Bilik

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi, İzmir

Yazışma Adresi:
Eda Ayten Kankaya
Dokuz Eylül University Nursing Faculty
35340 İzmir - Türkiye

E posta: edayten@gmail.com

Gönderim Tarihi : 15 Şubat 2018
Kabul Tarihi: 025 Nisan 2018

doi: [10.5505/bsbd.2018.93585](https://doi.org/10.5505/bsbd.2018.93585)

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Kalp kapak ameliyatları sonrası dönemde hemşirelik bakımı oldukça karmaşıktır. Bu ameliyatlarda açık kalp cerrahisi tekniğiyle yapıldığından; ameliyatta hipotermi uygulanması, median sternotomi, mekanik protez kapak implantasyonu, göğüs tüpleri, akut dönemde yoğun bakımda mekanik ventilasyona bağlı kalınması odaklanılması gereken ve çeşitli güçlükler yaratan konulardan sadece bir kaçıdır. Bu alandaki rehberler genellikle tedavi ilkeleri üzerine yoğunlaşmakta olup, kalp kapak ameliyatı olan hasta grubunun bakımını tümüyle içeren bir rehber ulaşılabilir. Açık kalp ameliyatı yöntemiyle kalp kapak ameliyatı uygulanan hastanın bakımına yönelik ülkemizdeki yayın sayısının yetersiz olması, bu derlemenin yazılış amacını oluşturmıştır.

Kalp kapak hastalıkları dünyada ve ülkemizde oldukça sık görülmektedir. Bu ameliyatlarda hastaların yaşam sürelerini uzatmak ve yaşam kalitelerini artırmak için yapılır da, çeşitli komplikasyonlara ve istenmeyen durumlara neden olabildikleri için ameliyat sonrası dönemde yakın izlem ve yoğun hemşirelik bakımı gerektirmektedir. Kalp kapak ameliyatları hastaların tüm sistemlerini etkilediğinden, ameliyat öncesi hazırlıktan ameliyat sonrası bakıma kadar olan tüm süreçte hastanın yakından izlenmesi, komplikasyonların erken saptanması ve yönetilmesi açısından önemlidir. Kalp damar cerrahisi hemşireleri, bu özel hasta grubunun bakımında klinik bilgi ve becerilerinin yanı sıra eğitici rollerini aktif bir şekilde kullanabilirler.

Anahtar Kelimeler: Kalp kapak hastalıkları, güncel yaklaşımlar, ameliyat sonrası bakım, hemşirelik

SUMMARY

Nursing care after cardiac valve surgery is quite complicated. Since these surgeries were performed with open heart surgery technique; median sternotomy, implantation of mechanical prosthesis, chest tubes, stay in mechanical ventilation in the acute stage in intensive care unit are just a few of the issues that need to be focused and that create various difficulties. Guidelines in this area are usually focused on treatment, and could not be reached with a guideline that covers the care of heart valve disease. The inadequacy of the number of publications in our country for care of patients who underwent heart valve surgery by open heart surgery has created the aim of this review.

Heart valve diseases are very common in the world and in our country. Although these surgeries are intended to extend the life expectancy of patients and increase their quality of life, they require close monitoring and intensive nursing care in the postoperative period as they may cause various complications and undesirable conditions. Since cardiac valve operations affect all systems of patients, close monitoring of the patient during the entire procedure, from preoperative preparation to postoperative care, is important in terms of early detection and management of complications. Cardiovascular surgery nurses can actively use their clinical knowledge and skills as well as their educational role in the care of this particular group of patients.

Keywords: Heart valve diseases, postoperative care, current approaches, nursing

Ek 8.6. Hasta Eğitim Kitapçığı

Kalp Kapak Ameliyatı Olmuş Hastalar ve Yakınları için Bir Rehber



Eda Ayten KANKAYA, Özlem BİLİK

AMELİYAT SONRASI DÖNEM

Yoğun bakım ünitesinde nasıl uyanacağım?

Ameliyattan sonra yoğun bakım ünitesine götürüleceksiniz. Burası ıyıkları, makine seslerinin olduğu kapalı bir alandır. Çeşitli tıbbi cihazlardan gelen alarm ve bip seslerinin yanı sıra oradaki insanların konuşmalarını duyabilirsiniz. Ameliyat bitince cerrahınız ailenizle konuşacaktır. Bir-iki gece yoğun bakım ünitesinde kalabilirsiniz. Yoğun bakımdayken beklemeniz ve henüz eniz tarafından çok yakından izleneceksiniz. Tıbbi durumunuz uygun olduğunda kalp damar cerrahi servisine transfer edileceksiniz.

Solumama yardımcı tüp ve oksijen tedavisi

Ameliyathanedden çıktığınızda ağzınızda nefes almanızı sağlayan bir tüp olacaktır (Resim 1). Bu tüp solumun cihazına bağlı olacağından akciğer fonksiyonunuzu kazanana dek, sizin solumun yapmanıza destek olacaktır.

Yeterince iyi nefes aldığınızda tüp hızlı bir şekilde çıkarılır. Sonra burununuzdan veya ağzınızın üzerinden bir maske ile oksijen verilecektir.



Resim 1. Solumama yardımcı tüp

Göğüs Tüpleri: Bu tüpler göğüsünüzde kalbinizin ve akciğerlerinizin yakınına yerleştirilir (Resim 2, Resim 3). Tüpler bir veya iki gün içinde çıkarılır.



Resim 2. Göğüs tüpünün takılı hali



Resim 3. Göğüs tüpü

İdrar kateteri (sondası): Ameliyat sırasında idrarınızı rahat yapabilmemiz için sonda (Resim 4) ve sondanın ucuna idrar torbası (Resim 5) takılmaktadır. Böylece idrar yapma konusunda endişelenmenize gerek kalmayacaktır. Yoğun bakımdan çıkarken bu sonda çıkarılacaktır.



Resim 4: İdrar Kateteri

Resim 5: İdrar Torbası

Kalp Monitörü: Kalbinizdeki kalp aktivitesini ve yaşam fonksiyonlarını göstermek için bir monitöre bağlanacaksınız (Resim 6).



Resim 6: Kalp monitörü

Kalp Pili Telleri: Geçici kalp pili telleri ameliyat sırasında göğsünüze yerleştirilebilir ve gerekirse kalp atış hızınızı kontrol etmek için kullanılabilir. Eve girmeden önce bu teller çekilecektir. Bu sırada herhangi bir ağrı hissetmeyeceksiniz.

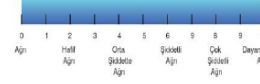
Hemşireler, sağlık ekibinin diğer üyeleriyle yakından çalışarak, size bakmak için her zaman orada olacaklardır.

3

KALP DAMAR CERRAHİ SERVİSİ SÜRECİ

Ağrının rahatlatılması

- Ameliyat sonrasında göğüs bölgesinde ameliyat yarası bulunur. Bu yara ve çevresinde ağrı ve his kusuru olabilir. Hafif şişlik ve morarmalar görülebilir.
- Ameliyatınızdan sonra düzenli dozlarda ağrı kesici ilaç verilecektir.
- Ağrının giderilmesi daha fazla hareket etmenizi ve önerilen egzersizleri yapmanızı yanı sıra daha sağlıklı bir şekilde uyumanızı ve daha hızlı iyileşmenizi sağlar.
- Hemşireler genellikle ağrınızın yoğunluğunu 0 ile 10 arasında tarif etmenizi isteyecektir. Sıfır, toplam ağrının yokluğunu gösterirken, 10, şimdiye kadar hissettiğiniz en kötü ağrıyı gösterir.



- Sayısal ağrı değerlendirilmesi, ağrının giderilip giderilmediğinin ve ilaç dozunun yeterli olup olmadığını değerlendirmesini sağlar.
- Ameliyata bağlı ağrılarınız ilk 2-2,5 aylık dönemde devam edebilir. Ancak ağrınız giderek hafifleyecek ve daha seyrekleşecektir.

Cerrahi yaraların bakımı

- Hekimler ilk iki gün dezenfektan bir solüsyonla ameliyat yaranızı temizleyecektir.
- Üçüncü günden sonra taburcu olmadıkça yaranın üzerine pansuman uygulanmayacaktır.
- Kadın hastaların sütyen giymesinde sakıncası yoktur.

Solumun egzersizleri

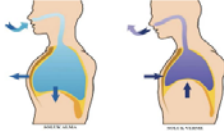
- Ameliyattan sonraki ilk birkaç gün boyunca derin nefes almak zorlanabilirsiniz. Akciğerler daha az şişir ve akciğerlerinizde sekresyonlar (balgam gibi salgılar) oluşabilir.
- Bu nedenle, ameliyattan sonraki gün ve sonraki günün her saati önerilen solumun egzersizlerini (derin nefes alma ve spirometrenin kullanımı) öksürmeniz ve uygulamanız önemlidir. Böylece akciğerler esnekliğini kazanır ve biriken balgamı daha rahat çıkarabilirsiniz.

4

- Derin nefes alma tekniklerini uygularken birçok pozisyonda derin nefes alıp verebilirsiniz. En rahat olduğunuz nefes tekniğini uygulayabilirsiniz.

Diyaframatik solumun veya hafif solumun

- Her iki elinizi karınıza yerleştirin
- Karınızı genişletirken burununuzdan derin nefes alın
- Nefesinizi 2 ila 3 saniye tutun
- Sanki bir mum üflüyormuş gibi dudaklarınızı büzerek ağzınızdan yavaşça nefes verin
- Baş dönmeyi önlemek için 10 kez tekrarlayın ve dinlenin.



Göğüs solumununu

- Ellerinizi göğüs kafesinizin her iki yanına yerleştirin
- Burunuzdan derin nefes alın, kaburgalarınız hareket ettirge ellerinizin kalibrasını ve parmaklarınızın açıldığını görün.
- Nefesinizi 2 ila 3 saniye tutun
- Sanki bir mum üflüyormuş gibi dudaklarınızı büzerek ağzınızdan yavaşça nefes verin
- Baş dönmeyi önlemek için 10 kez tekrarlayın ve dinlenin.

Spirometre

Spirometre, içinde küçük top bulunan hava odasına bağlı tüpten oluşan bir cihazdır. Spirometreyi kullanmak akciğerlerinizi daha iyi şişirmenize yardımcı olacaktır (Resim 7).

5

Spirometreyi kullanırken:

- Ağızlık kısmını dudaklarınızla iyice kavrayın.
- Ağzınızdan yavaşça nefes alın ve topu kaldırmak ve hava odasında minimum olduğuunca yüksek tutmak için nefes aldırmaı sürdürün
- Her saat başı 10 kez tekrarlayın
- Spirometreyi sırt üstü yataken ya da uzanırken, otururken ve hatta ayakta dururken kullanabilirsiniz. Sadece egzersiz sırasında cihazın dık kısmında kaldığından emin olun
- Spirometreyi ortalama iki ay kullanmalı, başlangıçta iki saate bir 10-15 kez çalışmalısınız.



Resim 7: Çeşitli spirometreler

Öksürük egzersizleri

- Nefes egzersizleri yaptıktan sonra, akciğerlerinizde birikmiş olabilecek herhangi bir salgıdan kurtulmak için öksürmeniz gerekmektedir.
- Göğüsünüzde ağrı olmasını engellemek için bu havayı yutarak pekinde katlayarak göğüsünüzü destekleyebilirsiniz.
- Bu yarak, öksürdüğünüzde veya güldüğünüzde, göğüsünüzü korur ve ağrıyı azaltır.

6



Yürüme egzersizleri

- Ameliyattan sonraki ilk birkaç gün boyunca kalfonak ve tekrar yürümeye başlamak için yardıma ihtiyacınız olacaktır.
- Çoğu hasta, ameliyat gününden sonraki gün ilk olarak sandalyede oturur. Ameliyattan sonraki iki gün boyunca (yardımla) tekrar yürümeye başlar. Kalp damar cerrahi servisine döndüğünüzde yürüyüşlere başlamazsınız.
- Her yürüyüşte koridorda yürürken kat ettiğiniz mesafeyi kademeli olarak artırın.
- Yürümek ve günlük aktivitelerinizi sürdürmek, hem solunum hem de dolaşım ile ilgili problem yaşamamanızı engelleyecektir.
- Egzersizler yavaş yavaş eski gücünüzü geri kazanmanıza yardımcı olacaktır.



Beslenme

- Ameliyattan sonraki gün, genellikle kahvaltıda saatinde, tekrar yemeye ve içmeye devam edebilirsiniz. İlk olarak kahvaltıda çay bisküvi ile başlayarak önce sıvı gıda, ardından katı gıda alımına başlayacaksınız.

- Ameliyattan sonra normal beslenme alışkanlıklarına geri dönmez, gücünüzü yeniden kazanmanız, cerrahi yaralarınızın iyileşmesi ve bağışıklık sisteminizin uyarılması için çok önemlidir.
- Ameliyattan sonra iştahsızlık yaygın görülmektedir. İhtahınızı uyarmak için her öğünde en az birkaç tane yemek önemlidir. 3 ana öğün ve ara öğünlerle günde 4 veya 5 öğün yemek yiyebilirsiniz. Çay, kahve veya bitki çayı yerine süt, yoğurt, taze sıkılmış meyve suları gibi daha besleyici içecekler seçebilirsiniz.
- Ameliyattan sonra 6 hafta devam eden bulantı ve iştahsızlık durumunda doktora başvurmanız gerekir.
- Yediklerinizin genel olarak diyetin protein ve vitaminlerden zengin, kolesterol ve tuzdan fakir olması gerekir. Çorbalara, makarnalara ve pilava et, tavuk veya balık parçaları ekleyebilirsiniz.
- Ameliyat sonrası dönemde kabızlık yaygın görülmektedir. Kabızlığı önlemek için aşağıdaki bazı lifli gıdaları alabilirsiniz:
 - Kepekli tahıllar: buğday ekmeği, kepek ekmeği ve kepek gevreği gibi tam tahıllar, kahverengi pirinç, kepekli makarna, yulaf ezmesi, buğday kepeği
 - Taze meyve ve taze sebzeler
 - Baklagiller: mercimek, nohut vb.
 - Kurum erik yemek veya kurum erik suyu içmek de bir sıvı için yararlı olabilir.
- Sıvı alımınızı sınırlanmışsınız, söylemediği sürece, günde en az 6 ila 8 bardak sıvı tüketmeniz gerekir.
- Ameliyattan önceki hipertansiyon, diyabet (şeker hastalığı) veya baba bir hastalığınız var ise sonraki dönemde de bu hastalıklara uygun beslenmeniz gerekir.



7

8



Banyo

- Banyoda yara yeri açılması ya da doku ile arası su kaçması endişesi taşınmaz normaldir. Banyo yaptığınızda, yara yeri hijyenini sağladığınız için enfeksiyon riskiniz azalacaktır.
- Ameliyattan 3-4 gün sonra duş alınabilir.
- İki günde bir mutlaka banyo yapılmalıdır.
- İlk banyo; vücut suyunun su ile otuzarak, duş tarzında ve birinin refakatinde yapılmalıdır.
- Ameliyat bölgesi kesiilmemelidir.
- Duş sonrası mutlaka temiz kıyafetler giyilmelidir.



TABURCU OLURKEN

- Taburculuk durumunuz bir gün öncesinde ya da aynı gün içinde size bildirilir.

9

- Taburcu olurken bol ve rahat kıyafetler giymeniz, ayağınızı sıkımayan ve kaydırmayan ayakkabılar giymeniz konforunuz açısından önemlidir.
- Taburcu olurken reytenizi almayı unutmayın.
- Kontrol zamanını beklemenizden öğrenin.



EVE DÖNÜŞ

AMELİYAT SONRASI YARA BAKIMI

- Ameliyat bölgenizi temiz ve kuru tutun.
- Kıyafetlerinizin temizliğine özen gösterin. Pamuklu giysileri tercih edin.
- İyileşme sürecinde ameliyat bölgesinde kaşıntı, kızamık veya uyuşma normaldir.
- Duş sırasında kese yapmadan ve sıvı suyla kaçın.
- Ameliyat bölgenize dokunmadan önce ve sonra ellerinizi iyice yıkayın.
- Ameliyat bölgenize kololu kremler veya podra gibi toz maddeler uygulamayın.
- Ameliyat yaranızda küçük kabuklar varsa onları çekmekten kaçın.
- Yaranız tamamen ve düzgün bir şekilde iyileşene kadar (ilk 3 ay) kıvrımlardan, yüzme havuzlarından ve halka açık saunalarından kaçın.
- Yara bölgesinde hassasiyetin artması, alırtı, kızamık ve sıvı artışı olduğunda hekime başvurmanız gerekir.

10

Göğüs kemiğinin (sternumun) korunması

- Ameliyat sırasında göğüs kemiğiniz kesilmiştir (Resim 8). Göğüs kemiği yaklaşık 3 ayda iyileşir. Ortalama dikkat etmeniz gereken süre ortalama 6-8 haftadır.
- 12 hafta süreyle yataktan sırt üstü yatmanız gerekir, yan yatmaktan kaçınm.
- Yataktan ve kalkarken kollarınıza ve dirseklerinize dayanmadan destekle (örneğin yatak ucuna bağlanmış bir ip yardımıyla) kalkın.
- Ameliyattan sonra 6 hafta süreyle 2 kg üzerindeki ağırlıkları kaldırmayın.
- Kaldırılacak ağırlık iki elle tutulmalı ve vücut dik durumda olmalıdır.
- Göğüs kemiğini zorlayacak diğer aktivitelerden (sıkıymış kapı, pencere, kavanoz kapağı vb. şeyleri açmak, kalçanız sabitken sağa-sola dönmek) kaçınm.



Resim 8: Göğüs kemiği (sternum) Kesisi

FİZİKSEL AKTİVİTELERE DÖNÜŞ

Eve döndüğünüz andan itibaren:

- Normal günlük aktivitelerinize kademeli olarak devam edin.
- Hastanede önerilen egzersizleri yapmaya devam edin.
- Yürüme gibi düzenli fiziksel aktivite, kardiyovasküler hastalıkları önlemeye yardımcı olur.

Şu belirtiler görüldüğünde egzersiz yapmayı durdurun ve dinlenin:

11

- Belirli bir aktivitenin kesilmesinden 5 dakika sonra dakikada 120 atımdan daha yüksek kalp atış hızı, çarpıntı
- Uzun süreli yorgunluk
- Yoğun eklem ağrısı
- Göğüs ağrısı
- Baş dönmesi
- Bulantı ve kusma
- Bol terleme (soğuk terleme)

! Herhangi bir faaliyette bulunurken yukarıdaki belirtilerinden herhangi birini yaşıyorsanız, derhal vazgeçiniz. Belirtiler azaldıktan sonra, aktiviteyi daha düşük bir hızda devam ettirebilirsiniz.

! Efor sırasında veya dinlenme anında herhangi bir belirti sık sık ortaya çıkmaya başlarsa, lütfen doktorunuza bildirin.

Günlük aktivitelere devam etme

- Her sabah kalkın ve kendinizi giyinin.
 - Günde üç öğün yemek yiyein.
 - Yemek yedikten sonra bir saat boyunca herhangi bir fiziksel aktiviteye girmekten kaçınm.
- Çünkü kalbiniz müdenizin yemeğinizi sindirmesine yardımcı olmak için daha çok çalışmaktadır.
- Zamanınızı bölün ve aktivitelerimizi gün içine yayın. Her şeyi bir kerede yapmaya çalışmayın.
 - Günlükünüzü yapmak istediğiniz her şeyi yapabilemeniz için planlayın.
 - İhtiyaçınız olursa yardım isteyin.
 - Gerekiirse merdivenleri kullanabilirsiniz, ancak yavaş ve dikkatli bir şekilde yapın. Yorgun hissediyorsanız veya nefes nefese kalıyorsanız, devam etmeden önce durun ve dinlenin
 - İhtiyaçınız olabilecek eşyaları yakınına yerleştirin
 - Öksürdüğünüzde göğüs kemiğinizi koruyun.

Oturma ve yatma pozisyonu

12

- Oturduğunuz yerden kalkarken öne doğru hafif eğilerek, bacaklarınızın üzerinde doğrulmanız gerekir.
- Sandalyeye oturmak için öne doğru eğilerek bacaklarınızı kullanın. Daha sonra geriye doğru kaymak için de bacaklarınızı kullanın.
- Yataktan kalkarken, sırtüstü pozisyonda yatağın kenarına doğru kayın. Dirseğinizi kullanarak vücudunuzu yukarıya doğru itin. Yavaşça her iki bacağı zemine doğru sallayın. Aniden ayağa kalkmanız baş dönmesine neden olacağından yatak kenarında bir süre oturmanız önemlidir. Ellerinizi uyuklarınızın üzerine koyarak, kalçadan öne doğru eğiliniz ve vücudunuzu bacaklarınızla yukarıya doğru kaldırınız.
- Bacaklarınızı uzun süre sarıktamayın. Otururken dolayımı engelleyeceğinden bacak bacak üstüne atmayın.
- Altı hafta boyunca sağa ya da sola dönmekten sırt üstü pozisyonda yatmanız gerekir.

Merdiven çıkma

- Merdiven basamaklarını 2-3 basamakta bir dinlenerek çıkın ve yorulduğunuzda durup dinlenin.
- Ameliyat sonrası göğüs kemiğiniz iyileşene dek yaklaşık üç ay boyunca merdiven çıkarken kollarınızdan kuvvet almayın. Ameliyat bölgeniz zarar görebilir, iyileşme süreciniz gecikebilir.
- Merdiven çıkarken korkuluklardan tutunabilirsiniz ancak kendinizi tutunarak yukarı çıkmeyin, daha çok bacaklarınızı kullanabilirsiniz.



Yürüyüş programı

- Yürüyüş, fiziksel sağlığınıza kademeli olarak iyileştirmenin en kolay yollarından biridir. Herkesi mümkünse dışarda her gün yürütmelidir.
- Bol kıyafetler ve rahat ayakkabılar giyin.
- Yemekten sonra yürüyüşe çıkmadan önce bir saat bekleyin.

13

- Dinlenirken (dinlenme döneminden sonra) veya sizi yormayan bir aktiviteye girdikten sonra yürütmeye devam edin.
- Yürüyüşünüzü düzenli bir tempoda tutun.
- Yürüdüğünüz zeminin düz olduğundan emin olun.
- Yaz aylarında, sabahları veya akşamları serin olduğunda yürütmeyi tercih edebilirsiniz.
- İki, rüzgar ve nem; yaşadığınız efor seviyesini artırabilir, buna bağlı olarak hızınızı azaltın.
- Kışın, günün en sıcak zamanı olan öğle saatlerinde yürüyüşe çıkabilirsiniz. Soğuk ve rüzgarlı havalarda havaya ırmak için burunuzu ve ağzınızı bir eşarp ile örtebilirsiniz.
- Alışveriş merkezinde yürümek iyi sayılır da, mümkünse dışarda yürütmeyi tercih edin.
- Tamamen dinlenebilmeniz için yürüyüşünüzden sonra yaklaşık 20 dakika oturun.
- Diyabet (Şeker) hastalığınız varsa açken kesinlikle yürüyüş yapmayın. Bu durum kan şekerinizin düşmesine yol açabilir. Yemek yedikten 1 saat sonra yürüyüşe çıkabilirsiniz. Kan şekerinizi yürüyüş öncesi ve sonrası ölçmeniz yararlı olacaktır.
- Yürüyüş sonrası mutlaka dinlenin ve yeterli miktarda su için.



İlk 6 hafta yapılabilen aktiviteler	İlk 3 ayda yapılabilen aktiviteler	İlk 6 ayda yapılan aktiviteler
Hafif ev işleri (Toz almak, masayı silmek, bulabak, yıkamak vb.)	Yarı zamanlı (Part time) işe geri dönebilmek	Ağır ev işleri (Yerleri silmek)
Yemek pişirmek	Ağır ev işleri (Süpürge tutmak gibi)	Ağır bahçe işleri (Kazmak, bitki ekmek vb.)
Kitap okumak	Ütü yapmak	Futbol, tenis, bowling oynamak
Merdiven çıkmak	Balık tutmak	Yürüyüş yapmak
Alışveriş yapmak	Köpek gezdirmek	Bisiklete binmek

14

Araba ile seyahat etmek Saç şampuanlamak	Küçük bir araba kullanabilmek	Ağır kaldırmak Motosiklete binmek
---	----------------------------------	--------------------------------------

KALP ENFEKSİYONUNUN (ENDOKARDİT) ÖNLENMESİ

Kalbe yapılan müdahaleler sonrasında kalbin mikroplarla bulaşması endokardit denilen kalp enfeksiyonuna neden olabilir.



Mekanik veya biyolojik bir kalp kapak protezi takılması, endokardit açısından ömür boyu risk yaratmaktadır.

Vücudun dış yüzeyini örten deride ya da sindirim, boşaltım veya solunum sistemi gibi iç yüzeyleri örten yüzeylerdeki her travma, hasar veya tıbbi müdahale kana ve dolayısıyla da kalbe mikropların ulaşmasına yol açar.

Endokardit gelişmesi durumunda ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmakta, tedavinin uzamasına yol açmakta, hatta tekrarlayan ameliyatlara dahi gerekebilmektedir. Aşağıda belirtilen durumlarda, size kapak protezi takıldığını mutlaka hekime söyleyiniz. Bu durumda hekimizin reçete edeceği antibiyotikleri almanız gerekmektedir:

- Diş etine herhangi bir girişim, diş çekimi gibi işlemler
- Solunum yolu ile ilgili yapılan girişimler (biyopsi, insizyon (tedavi amaçlı kesi), bademcik ameliyatı [Tonsillektomi] vb.)
- Deri veya kas-iskelet yapılarını içeren herhangi bir cerrahi girişim

15

- Ürolojik girişimler

! Bu girişimler kanamaya neden olacağından hekim önerisiyle bir süre varfarin almanız durdurulmakta ve kan sulandırıcı iğne reçete edilmektedir. Kan sulandırıcı iğne ile INR değeriniz 1.5'ün altına indirilir. Gerekli işlemler yapıldıktan sonra INR sonucunuza göre yeniden varfarin tedaviniz hekim önerisi doğrultusunda başlatılmaktadır.



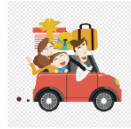
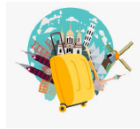
CİNSEL HAYAT

- Ameliyat öncesinde özellikle ciddi yetmezlikleri olan hastalarda cinsel fonksiyon önemli ölçüde azalırken, ameliyat sonrasında protez kapak sonrası hastalar cinsel hayatlarına devam edebilmektedirler.
- Kalp ameliyatları hastaların cinsel fonksiyonlarını etkileyebilmektedir.
- Cinsel ilişki sırasında kollara ağırlık vermeden ve göğüs kemiğine (sternuma) baskı yapmayacak şekilde cinsel ilişki önerilmektedir.
- Yemek sonrası, alkol aldıktan sonra ya da yorgun hissedilen zamanlarda cinsel aktivite önerilmemektedir.
- Eğer kişi 2 kat merdiveni sonsuz çıkabiliyorsa fiziksel güç olarak cinsel ilişkide bulunmasında sakınca yoktur. Ayrıca ruhsal olarak ilişkiye hazır olması ve göğüs kemiğini zorlamayacak şekilde davranması da önerilir.
- En az 6 hafta sonra cinsel ilişkiye girilebilir.

16

SEYAHAT

- Ameliyattan sonra göğüs kemiğimizin iyileşmesi ve travmalardan korunması için 6 hafta boyunca araba kullanılmamalıdır.
- Taburcu olduktan sonra otobüs yolculuğu yapılabilir.
- Ameliyat bölgesinin üzerine küçük bir yastıkla destekleyerek emniyet kemeri kullanılması gerekmektedir.



İŞE DÖNÜŞ

- Ameliyat sonrası işe başlama genellikle 12 hafta sürmektedir.
- Hekim önerisine göre işe başlanması gerekmektedir.



GEBELİK

- Gebelik öncesi ve esnasındaki tedavi ve doğumun planlanması; kadın-doğum uzmanları, kardiyologlar, siz ve aileniz arasında tartışılmalıdır.
- İdeal olarak, hamilelik öncesi kapak hastalığı değerlendirilmeli ve gerektiğinde tedavi edilmelidir. Belirli durumlarda hamilelik önerilmeyebilir.

17

İlaçlar

İlaç, kardiyovasküler hastalığın önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir rol oynar.

İlaç kullanımıyla ilgili bazı öneriler şu şekildedir.

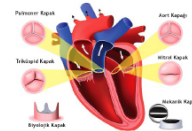
- Taburculuk sırasında reçete edilen ilaçları, önerilen dozda alın.
- Her ilacın adını, dozunu, aldığınız zamanı belirten bir tablo oluşturun (Tablo 1).
- Doktorunuzla görüşmeden ilaç almayı bırakmayın veya dozunuzu değiştirmeyin.
- Reçetesiz satılan ilaçlar, doğal sağlık ürünleri veya vitaminleri, bitkisel ürünleri kullanmayın. Doktorunuza danışmadan bu ürünleri tüketmeyin.

VARFARİN (COUMADİN)



Neden varfarin kullanmam gerekir?

Kalp kapagınız görevini yapmadığı için ameliyat ile kalp kapagınız tamir edildi ya da değiştirilerek tedavisi yapıldı. Kalp kapak değiştirilip yerine metalik ya da biyolojik kapak, kandaki hücreleri uyarak pıhtılaşmayı kolaylaştıran bir zemin oluşturur.



18

Bu nedenle pıhtı önleyici (kan sulandırıcı) ilaç kullanmanız gerekmektedir. Aksi takdirde metalik/biyolojik kalp kapagının üzerinde oluşan pıhtı, kapaktan geçen kan akımını azaltır. Böylelikle kapak tam olarak görevini yapamaz hale gelir. En kötüsü ise pıhtı, beyne giderek felç ve körlüğe ya da vücudun diğer organlarına ulaştığında da ani organ yetmezliklerine yol açabilir.

Varfarin, kanınızın daha uzun sürede pıhtılaşmasını sağlayarak damarlarınızın içinde zararlı pıhtıların oluşmasını ve eğer varsa pıhtının büyümesini önler. Ülkemizde bu amaçla kullanılan ilaç Coudamin olarak bilinmektedir.

Eczanelerde 5 ve 10 mg tablet olarak bulunmaktadır. Bu ilacın ne kadar süre ve hangi dozda kullanılacağı kararını doktorunuz verecektir.

Varfarin nasıl etkili olur?

Varfarin ağızdan alındıktan sonra önce bağırsaktan emilir, karaciğerde ve böbreklerde işlenir. Karaciğerde K vitamini bağımlı pıhtılaşma faktörlerinin yapımını engeller, kanın pıhtılaşmasını geciktir.

INR ve PT testi ne için yapılır?

Kanın sulanma derecesini belirlemek için yapılması gereken testler Protrombin Zamanı (PT) ve INR'dir. Bu testler aldığınız ilacın dozunu uygun olup olmadığını gösterir. Testler laboratuvarda doktorunuzun belirttiği zaman aralıkları ile yapılır.

Varfarin etkisinin gereğinden çok artması INR'yi artırarak kanın daha çok sulanmasına ve dolayısıyla kanamalara yol açabilir.

Varfarin etkisinin azalması ise INR'yi azaltarak kanın daha az sulanmasına ve kalpte, yapay kalp kapakçıklarında veya damarda pıhtı oluşmasına neden olabilir.

Protez kapak değişimi sonrası varfarin tedavisine ne zaman başlanır?

- Varfarine ameliyattan iki gün sonra başlanmalıdır.
- Aort pozisyonundaki iki yapıyaçıklı mekanik protez kapaklarda INR değeri 2.0-3.0 arasında olmalıdır.
- Diğer mekanik kapak tipleri ve yüksek riskli hastalarda INR değerleri 2.5-3.5 arasında tutulmalıdır.

19

- Biyoprotez kapak hastaların kapak takılması sonrası ilk 3 ay içerisinde INR 2-3 arasında olacak şekilde varfarin alması önerilmektedir.

Varfarin isimli pıhtıöner ilacının nasıl kullanıldığını?

- İlacınız ağızdan günde tek doz olarak alınır.
- İlacı her gün aynı saatte almak önemlidir. Akşam saatlerinde alınması daha uygundur.
- Aç veya tok alınabilir, 1 bardak su ile alınmalıdır.
- Eğer 1 dozun saati kaçırılmışsa hatırlanan anda günlük dozu alınmalıdır. Sonra tekrar normal kullanma şekline dönmelidir.
- Eğer 1 tam gün ilaç alma unutulmuşsa yine normal günlük doz alınır ve normal kullanma şekline dönilir.
- Eğer 2 gün ve daha fazla kullanmayı unuttuysanız, mutlaka hekime başvurulması gerekmektedir.
- Kullandığınız ilaç dozlarını ve INR değerlerinizi kaydetmelisiniz (Tablo 2).
- Her zaman tedbirli olmalısınız ve en az bir haftalık ilaç dozunuz kaldığında ilacınızı yeniden reçete ettirmelisiniz.

İlacı almayı unuttum, ne yapmam gerekir?

Eğer 1 dozun saatini kaçırdıysanız (örneğin sabah almak gerekiyordu, öğleden sonra aklınıza geldi) hatırladığınız anda günlük dozunuzu alın, sonra tekrar normal kullanma zamanınıza dönün. Eğer 1 tam gün almayı unuttuysanız asla iki doz almayın, yine normal günlük dozunuzu alın ve sonra kullanma zamanınıza dönün. Eğer 2 gün ve daha fazla kullanmayı unuttuysanız, mutlaka doktorunuza arayın. Doktora danışmadan ilacınızı kesmeyin.

INR ölçümü nasıl yaptırılmalı?

20

! Başlangıçta hedef INR düzeyi sağlanmaya kadar hafta da 1-2 kez, istenen INR düzeyine ulaşıldıktan sonra **4 haftada bir** INR ölçülmesi önerilir.



! INR ve aPTT testinin farklılık göstermemesi için aynı laboratuvar tercih edilmelidir. Testlerin farklı bir laboratuvar da yapılması gerekiyor ise (seyahat ya da başka bir hastane tercihi gibi), bunun mutlaka tedavinizi takip eden hekim ve hemşireye bildirmeniz gerekir.

! Kan vereceği gün ilacınızı almadan gelmeniz gerektiğini unutmayın.

INR ölçümünü hastaların kendileri ya da yakınları yapabilir mi?

- Hastalar veya yakınları, elde taşınabilir INR ölçüm cihazıyla, evlerinde parmak ucundan alınan kandan INR ölçümünü yapabilirler. Böylece tedaviye daha iyi uyum, tedavi memnuniyetinin artırılması ve zaman kazancı sağlanmış olur.
- Cihazı nasıl kullanacağınız konusunda eğitim almanız gerekir.
- INR ölçüm cihazlarının, kalibrasyon ve kontrollerinin düzenli yapılması gerekmektedir. INR ölçümü sonunda hekiminizle iletişime geçerek varfarin doz ayarlaması yapılması gerekmektedir.

Varfarin Kullanırken Neler Yapalım - Neler Yapmayalım?

Egzersiz yapabilir miyim?

• Varfarin kullanırken kanama riski olan etkinlikler ve boks, karate gibi sporların yapılması sakıncalıdır.

• Kanama riski olmayan etkinliklerin yapılmasında sakınca yoktur.

Diğ balamında nelere dikkat etmem gerekir?

21

• Varfarin kullanırken dişlerin yumuşak bir fırça ile nazikçe fırçalanması gerekir. Sert darbeler kolaylıkla diyeti kanamasına neden olabilir. Diş ipi kullanımda da nazik davranmak gerekir.



• Eğer kendiliğinden diyeti kanamaları oluyorsa, bu durum varfarin dozunun fazla olduğunu bir habercisi olabilir. Bu durumda mutlaka doktorunuza haber veriniz.

• Diğ tedavisi yaptırmadan önce diğ hekimine mutlaka Varfarin kullandığınızı söylemeniz gerekir. Varfarin kullanırken diğ çekimi ya da kanamaya neden olabilecek bir işlem yapılacağına ilacınızın dozunun yeniden ayarlanması gerekebilir.



Varfarin tedavisinde ortaya çıkabilecek yan etkiler nelerdir?

Kanama: Varfarin dozu kişi için fazla ise INR değeri yükselecektir ve kanamalar görülebilir. Mümkün olduğunca vücutta yaralanma oluşturabilecek aktivitelerden kaçınmak gerekir. Aşağıdaki durumlarda hemen varfarin kullanımı durdurun, hekime başvurarak INR değerinizi ölçtürmeniz gerekir.

- Uzamış burun kanamaları (10 dakikadan uzun)
- Kusma ile ağızdan kahve telvesi gibi veya kırmızı renkte kanama
- Öksürük ile ağızdan pembe köpüklü kanama

22

- Dışkıdan kan gelmesi veya kağıran renginde dışkılama
- İdrardan kanama
- Diyeti, burundan aşırı miktarda kanama,
- Kadınlarda: aşırı miktarda, içinde çok miktarda pıhtılar olan ve uzun süren genital kanama
- Vücudunuzda çarpma olmadan geniş morartılar ve şişlikler oluşması.

! Şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi ve konuşma bozukluğu bir beyin kanamasının habercisi olabilir, mutlaka doktorunuza haber verin.

Allerjik reaksiyon: Nadirdir. Eğer varfarin aldıktan sonra dilde ve boğazda şişlik, nefes darlığı, alerjik dermatitler oluyorsa hemen ilacı kesip hemen bir sağlık kuruluşuna başvurun.

Varfarin kullanırken kendi kendine ilaç alabilir miyim?

- ! Hekiminize danışmadan yeni bir ilaç kullanmayınız.**
- Eğer varfarin kullanırken aynı zamanda bir başka ilacı kullanmaya başladığınız ya da kullandığınız bir ilacı sonlandırdığınız, hekiminize başvurarak INR testi yaptırmanız gerekir. Bu testin amacı yapılan ilaç değişikliğine rağmen INR düzeyinizin istenen düzeyde kaldığından emin olmaktır.
- Eğer bitkisel ilaçlar dahil reçete ile satılmayan ilaçlardan kullanmadan önce hekiminize danışın.
- Doktorunuz tarafından özellikle reçete edilmedikçe aspirin kullanmayınız.
- Dolorex, kalidren, diclofenak, difenak, dikloron, miyadren, voltaren, advil, artil, brufen, dolgit, dolorin, ibu-600, mufen, profen, siyafen, suprafen, upren gibi ağrı için sık kullanılan ilaçlardan sakınınız. Ağrı kesici ilaç gerektiğinde parasetamol veya kodein içeren ilaçların kullanılması kabul edilebilir. Bu konuda doktorunuza danışınız.
- Kemoterapi alırken varfarin başlanan ya da varfarin alırken kemoterapi başlanan hastalarda tedavinin ilk birkaç haftası çok dikkatli olunması ve sık INR izlemi ile varfarin dozunun ayarlanması gerekmektedir.

23



Varfarin kullanırken hangi besinlere dikkat etmem gerekir?

Günlük K vitamini ihtiyacı erişkin için 70-140 (ortalama 100) mcg arasındadır. Bu miktarda K vitamininin alınmasında sakınca yoktur. Aşırı miktarda K vitamini içeren gıdaların alınması varfarin etkisini engelleyecektir. K vitamini içeren gıdaların diyetten tamamen çıkarılması mümkün değildir.

Yüksek dozda K vitamini içeren gıdaların günlük miktarını azaltmak faydalı olacaktır. Ancak beslenme planınızda günlük K vitamini miktarınızı sabit tutabiliyorsanız, gıdaların varfarin dozunun etkilemesini engelleyebilirsiniz.

Yüksek dozda K vitamini içeren gıdalar: Lahana, spanak, pazı, maydanoz, semizotu, kıvrıkcık, marul, leblebi, karaciger, yeşil çay, brokoli, Brüksel lahanası, palgam, balık yağı.

Orta dozda K vitamini içeren gıdalar: Kuyukonmaz, karnabahar, peynir, bezelye, kahve, avokado.

Düşük dozda K vitamini içeren gıdalar: Karmızı et, tavuk, yumurta, süt, ekmek, tereyağı, havuç, kereviz, mısır, yeşil fasulye, soğan, pırlaç, domates, patates, biber, yerfıstığı, bal kabağı, elma, portakal, çilek.

24



- Yoğurt içinde bulunan bakteriler bağırsaktan K vitamini yapımını artırarak etkili olur. Varfarin kullanan kişilerin bol yoğurt yemesi uygun değildir. Her gün benzer miktarlarda tüketmeniz yeterli olacaktır.
- Beslenme düzeninizdeki herhangi tınel bir değişiklik vücudunuzun varfarine verdiği yanıtı değiştirebilir, INR testi aşırı yükselebilir ve beklenmeyen kanamalar olabilir.
- Özellikle K vitamini açısından zengin gıdalar INR sonuçlarınızı değiştirebilir. Bu gıdalar arasında brokoli, marul, yeşil lahana, spanak gibi yeşil yapraklı sebzeler, bezelye, karaciger, yumurtanın sarısı, buğday kepeği ve yulaf gibi tahıllar, kaşar peyniri, soya ve zeytinyağı sayılabilir. Bu gıdaların alınması sağlıklı bir beslenme için gereklidir; ancak, bunları aşırı miktarda tüketmeniz INR sonuçunuzdaki kararlı hali değiştirebilir. Bu gıdalardan düzenli bir şekilde aynı miktarda almaya gayret ediniz.
- Kırmızıbiber, papatya, melek otu, solhcan otu, sarımsak, keten tohumu, zencefil, yeşil çay, atkistanesi, tekesakalı, kavak tohumuğu, zerdeçal, aslanıuyruğu gibi bitkiler varfarinin ilaçların etkisini artırıp kanamaya neden olabilirler. Bu konuda dikkatli olmanız gerekmektedir.
- Herhangi bir diyet uygulanmaz gerekiyorsa diyet uzmanınıza da varfarin kullandığınızı belirtmelisiniz.
- Beslenme şeklinizde 7 günü aşan sürelerde belirgin değişiklikler olursa INR testi yaptırılmalıdır.
- Varfarin ilaç kullanırken aşırı alkol almanın da tehlikeli olabileceğini unutmayınız.

Gebelik

25

- Varfarin gebeliğin ilk üç ayında bebeğin gelişimini etkileyebilir. Gebe kalmayı planlıyorsanız bu durumunu hekiminiz ile görüşmeniz gerekmektedir.
- Varfarin kullanırken gebe kaldığınızı düşünmüyorsanız ise en kısa zamanda bir gebelik testi yaptırılmalıdır. Sonuç pozitif ise derhal hekiminiz ile görüşmeniz gerekmektedir.
- Varfarin kullanırken süt vermenin bilinen bir sakıncası yoktur.

Varfarin nasıl muhafaza edilir?

Varfarin mutlaka çocukların ulaşamayacağı bir yerde saklanmalıdır. Sıcak ve nem ilacın bozulmasına neden olur. Bu yüzden varfarin kutusunun ağzı sıkıca kapalı olmalı, banyoda saklanmamalı, ıpaktan korunmalı ve oda ısısında veya +4 derecede (buzdolabının kapak raflarında) muhafaza edilmelidir.

Varfarin kullanırken son kullanma tarihine dikkat edilmelidir.

INR değerinin istenen aralıkta sabit kalması için ne yapmak gerekir?

Genellikle 1 ay içinde kişiye uygun varfarin dozu belirlenir. Ancak bazı hastalarda kişinin metabolizmasına, kullandığı ilaçlara, beslenme alışkanlıklarına, o sırada geçirilen hastalıklara bağlı olarak INR ölçümlerinde dalgalanmalar olabilir.

- Kullandığınız ilacı uygun şartlarda muhafaza ediniz.
- Her zaman aldığınız diğer ilaçları belli saatlerde ve aynı dozlarda almaya devam ediniz. İlaç değişikliği ve doz değişikliği olduğunda doktorunuza haber veriniz.
- Bitki çayları varfarin dozunun etkileyebilir. Doktorunuzun haberi olmadan bu tür maddeleri kullanmayınız.
- Varfarin ile etkileşen ilaçlara ve gıdalara dikkat ediniz.
- Kusma, ishallere gibi ilacın alınmasını bozan durumları doktorunuza haber verin. Bu durumlarda asla ek doz uygulanması gerekebilir.

Günlük yaşamda nelere dikkat etmem gerekir?

- Sert darbeler kolaylıkla kanamalara yol açabilir. Yumruğak dışı fırçası seçilmeli, ağız içine keskin nesneler ya da kırdan alınmamalıdır.
- Traş olurken jilet yerine elektrikli traş makinesi kullanılmalı, tıraş keserken dikkat edilmelidir.

- Ayak yaralanmalarından korunmak için yalın ayak gezilmemelidir, ayakkabı veya terlik kullanımına dikkat edilmelidir.
- Balne işleri ile ilgilenirken eldiven giyilmelidir.
- Kesici aletlerle çalışmaktan uzak durulmalıdır.
- Araç içi-dışı trafik kazaları, kesici-delici alet yaralanmaları, darp, yüksekte düşme, şiddetli baş çarpması gibi iç ve dış kanamaya neden olabilecek durumlarda derhal bir hastaneye başvurulmalıdır.
- Olusan küçük kesiklerde kanayan bölgeye en az 5-10 dakika basınç uygulanması yapılmalı, kesik bölge kol veya bacakta ise kalp seviyesine kaldırılmalı, bölge büyüksse ve kanama durmuyorsa acil sağlık merkezine başvurulmalıdır.
- INR değerinizi 5 ya da daha yüksekse ilaç almayı bırakınız ve hemen doktorunuza arayınız.
- Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle doktora başvurduğunuzda varfarin kullandığınızı söylemeyi unutmayın!
- Özellikle ameliyat olmanız gerektiğinde doktorunuzun varfarin tedavisi aldığınızı bilmesi ve varfarinin kesilmesi zorunludur.
- Acil durumlarda için cüzdanınızda varfarin kullandığınızı belarten bir notun bulunması önerilmektedir.



27

KALBİNİZİ İYİ BAKIN!

1. Sigarayı bırakın. Sigarayı bırakmak şimdi ve gelecekte sağlığını iyileştirmek için atabileceğiniz en önemli adımdır.
2. Tansiyomuzu kontrol edin. Tansiyomuz 120/80'in üzerindeyse, yüksek tansiyomuz (hipertansiyon) vardır. Tansiyomuzu düzenli olarak kontrol ettirin ve hekiminizin reçete ettiği ilaçları kullanın. Egzersiz yapmak ve kilo vermek, ideal kan basıncı hedefine ulaşmanıza yardımcı olabilir.
3. Diyabetinizi kontrol edin. İlacınızı alın, günlük egzersiz yapın ve diyabetik yemek planınızı takip edin.
4. Kilo verin. Düzenli egzersiz yapmak ve az yağlı ve sağlıklı bir yemek planı yemek, kilo vermenize yardımcı olabilir.
5. Egzersiz yapın, aktif olun. İyi bir hedef haftada 5 ila 7 gün egzersiz yapmaktır. Günde 3-4 kısa yürüyüş yapabilirsiniz. Yavaşça başlayın ve yürüme sürenizi 30 ila 60 dakikaya çıkarın. Yürüymiyorsanız, yüzme veya bisiklete binmeyi deneyin.
6. Duygusal sağlığınıza özen gösterin. Duygular genel sağlığımızın önemli bir parçasıdır. Stresli, yalnız, öfkeli veya üzgün hissediyorsanız, hayatınızda sağlıklı değişiklikler yapmak zor olabilir. Stresi egzersiz yaparak, derin nefes alarak ve hoşlandığınız şeyleri yaparak kontrol etmeye yardımcı olabilirsiniz. Bir aile üyesi veya yakın bir arkadaşınızla duygularınız hakkında konuşmak da size iyi gelebilir.

28

Kaynaklar

- Nishimura, R. A., Otto, C. M., Bonow, R. O., Carabello, B. A., Erwin, J. P., Fleisher, L. A., ... & Thompson, A. (2017). 2017 AHA/ACC focused update of the 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(2), 252-289.
- The European Society for Cardiology. ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease during the COVID-19 Pandemic. <https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance>. (Last update: 10 June 2020)
- Ball, L., Costantino ve Pelosi. Postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery. *Critical Care* 2016
- Ostergaard, L., Valeur, N., Ihlemann, N., Smerup, M. H., Bundgaard, H., Gislason, G., ... & Foibol, E. L. (2018). Incidence and factors associated with infective endocarditis in patients undergoing left-sided heart valve replacement. *European heart journal*, 39(28), 2668-2675.
- Türk kalp ve damar cerrahisi derneği. 2020. Kalp Kapak Hastalıkları Kılavuzu, 2020. Editörler: Akar AR, Sarı M, Özaltık MA, Sözkemen Marfovcılık, Ankara
- Dechant LM. Care of patients with acute coronary syndromes. In: Ignatavicius D, Workman ML. *Medical surgical nursing* 7. Edition. USA:Elsevier Health Science 2013:846-849
- Violi, F., Lip, G. Y., Pignatelli, P., & Pastori, D. (2016). Interaction between dietary vitamin K intake and anticoagulation by vitamin K antagonists: is it really true?: a systematic review. *Medicine*, 95(10).
- Kupper N and Mitchell DAF. *Nursing Management Inflammatory and Structural Heart Disorders*. Medical Surgical Nursing. 2014:810-830
- Ball, L., Costantino ve Pelosi. Postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery. *Critical Care* 2016
- Kankaya EA; Bilik O. Kalp kapak ameliyatları sonrası bakım neden önemli Balakesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 101-111.
- Javan, L., Kazemnejad, A., Nomali, M., & Zakerimoghaddam, M. (2019). Effect of Self-Management Program on Self-efficacy and Medication Adherence in Patients with Mechanical Heart Valve: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 8(4), 207.
- National Guideline Clearing House. The Society of Thoracic Surgeons (STS) reaffirmed the currency of the guideline in 2011.
- Liu, Y., Chen, K., & Mei, W. (2019). Neurological complications after cardiac surgery: anesthetic considerations based on outcome evidence. *Current opinion in anaesthesiology*, 32(5), 563.
- Türk Toraks Derneği Pulmoner Tromboembolizm Tanı Ve Tedavi Uzmanı Raporu 2015 <https://toraks.org.tr/site/community/downloads/2140>
- Türk Kardiyoloji Derneği Kapak Hastalıkları Çalışma Grubu Pihntönlör İlaç (Coumadin) Kullanan Hastaları için Kılavuz 2012 https://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/Coumadin_kilavuz.pdf

29

Tablo 1. İLAÇ KULLANIM ÇİZELGESİ

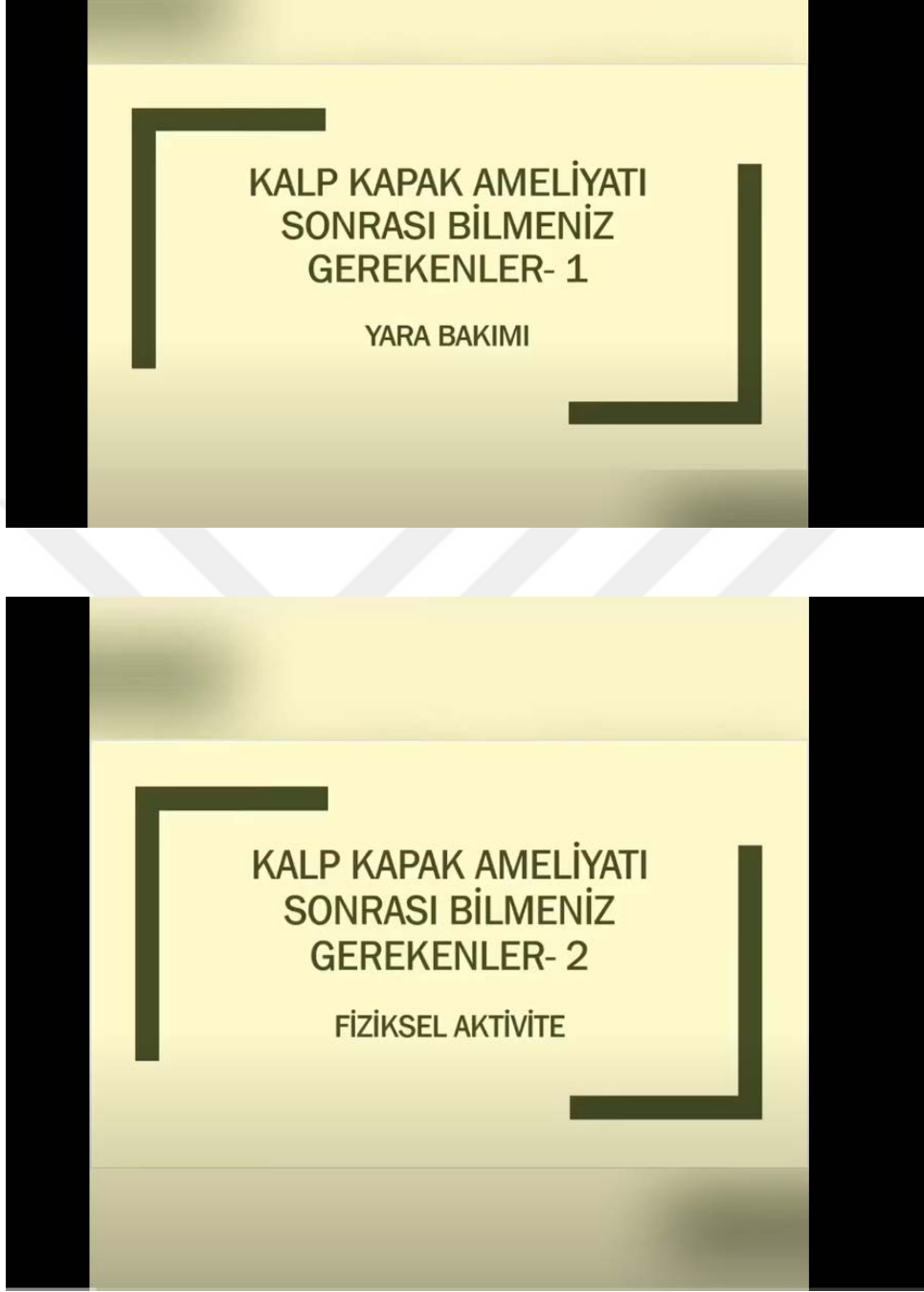
Kullandığımız ilaç	Kullanım Sıklığı	İlaç Dozu	Aldığımız saatler

30

Tablo 2. VARFARİN TEDAVİSİ TAKİP ÇİZELGESİ

Tarih	Kullanım Sıklığı	İlaç Dozu	INR Testi Sonucu

Ek. 8.7. Video Eğitim Ekran Görüntüleri

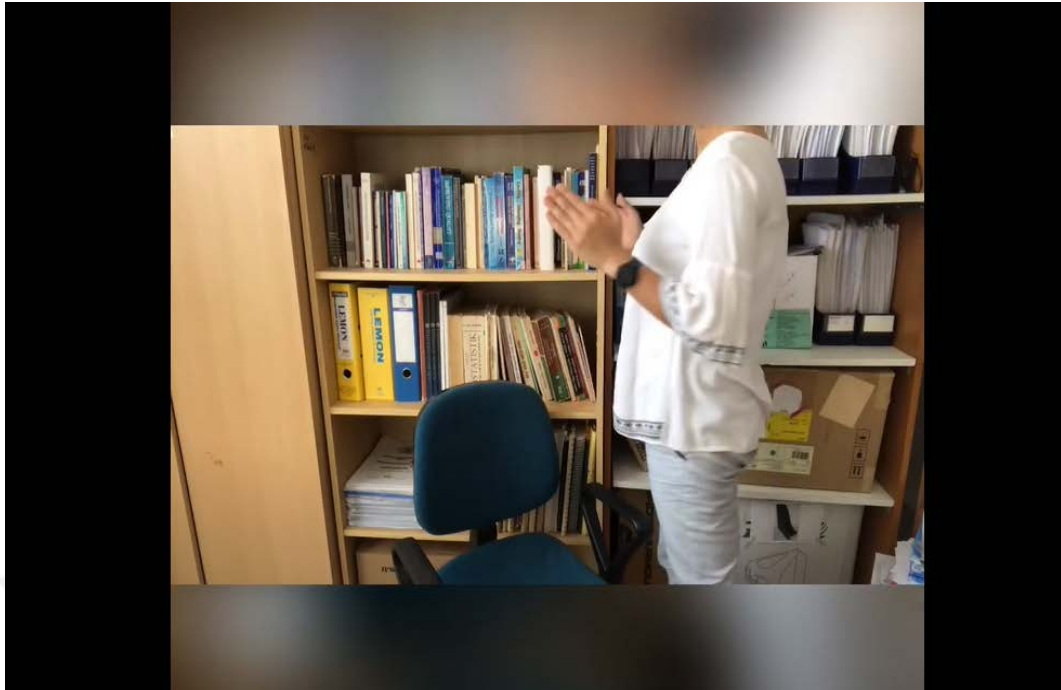


**KALP KAPAK AMELİYATI
SONRASI BİLMENİZ
GEREKENLER- 3**

GÜNLÜK YAŞAM

**KALP KAPAK AMELİYATI
SONRASI BİLMENİZ
GEREKENLER- 4**

COUMADİN (WARFARİN)



EK 8.8. Tubitak Arbis Özgeçmiş



EDA AYTEN KANKAYA

Kişisel Bilgiler	
İletişim Bilgileri	
İletişim Adresi	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Telefon	
E-posta	
İnternet Sayfası	
Öğrenim Bilgileri	
	01 Ekim 2013 - 01 Haziran 2016 (2 yıl 9 ay) Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ) Tez Başlığı: Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Anksiyetenin, Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Uyku Kalitesine Etkisi Tez Konusu: Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Anksiyete Tarih: 2016 Tez Danışmanı: ÖZLEM BİLİK
	01 Eylül 2008 - 01 Haziran 2012 (3 yıl 10 ay) Lisans, Anadal/Normal Öğretim, ANKARA ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
Deneyim / İşyeri Bilgileri	01 Mart 2015 - Şu Anda (6 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı) ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Yabancı Dil Bilgileri	İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Başlangıç)
Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanları	
Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanı Bilgileri	Sağlık Bilimleri -- Hemşirelik -- Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Ar-Ge Yetkinlik	
Makaleler	Ö. BİLİK, E. A. KANKAYA & Z. DEVECİ, Effects of web-based concept mapping education on students?xx concept mapping and critical thinking skills: A double blind, randomized, controlled study, NURSE EDUCATION TODAY, 2020, 0260-6917, 86, 104312.

E. A. KANKAYA, Ö. BİLİK & T. GENÇPINAR, Mekanik kalp kapağı replasmanı ameliyatı sonrası uzun dönem komplikasyonlarının retrospektif olarak incelenmesi, Türk göğüs kalp damar cerrahisi dergisi, 2020, 2149-8156, 28, 4, 306.

A. DURMAZ, Ö. BİLİK & E. A. KANKAYA, Thoracic and cardiovascular surgery patients: Intensive care unit experiences, NURSING IN CRITICAL CARE, 2020, 1362-1017, 25, 4, 206-213.

Ö. KARAYURT, Y. SARIGÖL ORDİN, K. YASAK, E. A. KANKAYA, A. DURMAZ, K. ATILA & U. F. ÖĞCE, Investigation of factors affecting the quality of life of patients with bariatric surgery, Laparoscopic Endoscopic Surgical Science, 2019, 2587-0610, 26, 1.

E. A. KANKAYA & Ö. BİLİK, Three Enemies of Circadian Rhythm: Anxiety, Sleeplessness and Pain in Patients Following Open-Heart Surgery, Clinical and Experimental Health Sciences, 2019, 2459-1459, 9, 3, 246-252.

E. A. KANKAYA & Ö. BİLİK, KALP KAPAK AMELİYATI SONRASI GÜNCEL HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI: BAKIM NEDEN ÖNEMLİ?, BALIKESİR HEALTH SCIENCES JOURNAL, 2018, 2147-2238, 7, 2, 101-111.

E. A. KANKAYA & Ö. BİLİK, Kalp Kapak Protezleri Sonrası Antikoagülan Tedaviye Uyum, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2018, 2149-4975, 9, 18, 29-34.

E. A. KANKAYA & Ö. BİLİK, Kalp Kapak Protezleri Sonrası Antikoagülan Tedaviye Uyum, Journal of Cardiovascular Nursing, 2018, 21494975, 9, 29-34.

Y. SARIGÖL ORDİN, Ö. BİLİK, B. AKPINAR SÖYLEMEZ, E. A. KANKAYA, B. ÇELİK & E. DUĞRAL, Organ Bağışına Yönelik Öğrenci Tutumları: Hemşirelik,, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 2018, 2146-9954, 7, 2, 28-36.

Y. SARIGÖL ORDİN, Ö. BİLİK, B. AKPINAR SÖYLEMEZ, E. A. KANKAYA, B. ÇELİK & E. DUĞRAL, Organ Bağışına Yönelik Öğrenci Tutumları: Hemşirelik, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018, 2146-9954, 7, 2, 28-36.

F. DEMİR KORKMAZ & E. A. KANKAYA, Arteriyel Yaralar Ve Hemşirelik Bakımı, Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Özel Dergisi, 2017, 2149-5696, 3, 3, 204-210.

E. A. KANKAYA & Ö. BİLİK, Açık kalp cerrahisi öncesi anksiyete ile ameliyat sonrası ağrı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 2016, 1301-5680, 24, 4, 207.

Bildiriler

E. A. KANKAYA, Ö. BİLİK & T. GENÇPINAR, Mekanik kalp kapağı replasmanı ameliyatı sonrası uzun dönem komplikasyonlarının retrospektif olarak incelenmesi, Sözlü Sunum, 16. Türk Kalp damar cerrahisi kongresi-2020 Dijital, 12 Kasım 2020, 15 Aralık 2020, 2149-8156, 28, 306 - null.

Y. SARIGÖL ORDİN, Ö. BİLİK, Z. DEVECİ, K. YASAK, B. AKPINAR SÖYLEMEZ, E. A. KANKAYA & E. DUĞRAL, Investigation of the Effects of Peer Education on Attitudes Toward Organ Donation and Ratio of Donor Card in University Student, Sözlü Sunum, 2019 Annual ITNS (International Transplant Nurses Society) Symposium, 15 Kasım 2019, 18 Kasım 2019.

Ö. KARAYURT, Y. SARIGÖL ORDİN, K. YASAK, E. A. KANKAYA, A. DURMAZ, K. ATILA & U. F. ÖĞCE, Investigation of factors affecting the quality of life of patients with bariatric surgery, Sözlü Sunum, 6th National 5th Mediterranean Congress on Morbid Obesity and Metabolic Disorders, 17 Ekim 2019, 20 Ekim 2019, 26, 9 - null.

Ö. KARAYURT, Y. SARIGÖL ORDİN, K. YASAK, E. A. KANKAYA, A. DURMAZ, K. ATİLA & U. F. ÖĞCE, Investigation Of Factors Affecting The Quality Of Life Of Patients With Bariatric Surgery, Sözlü Sunum, 6. Ulusal ve 5. Akdeniz Morbid Obezite Metabolik Hastalıklar Kongresi, 17 Ekim 2019, 20 Ekim 2019, 26, 9 - null.

E. A. KANKAYA, A. DURMAZ & Ö. BİLİK, Being On The Thorn: Senior Nurse And New Nurse Experiences In The Cardiovascular Surgery Clinic, Sözlü Sunum, 15. Uluslararası Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi, 27 Mart 2019, 30 Mart 2019, 7, Suppl. 1, 565 - null.

Y. SARIGÖL ORDİN, Ö. BİLİK, Ş. SEREN İNTEPELER, E. DUĞRAL, B. AKPINAR SÖYLEMEZ, Z. DEVECİ, E. A. KANKAYA, K. YASAK & B. ÇELİK, Peer training approach for affect to attitudes towards organ donation in university students, Sözlü Sunum, ITNS 2018n European Transplant Nursing Symposium, 28 Haziran 2018, 30 Haziran 2018.

Ö. BİLİK, E. A. KANKAYA, A. DURMAZ, S. KARA, F. APAYDIN & E. G. FURAN, Investigation Of Nutritional Status And Affected Factors İn Patients With Elective Cardiac Surgery, Sözlü Sunum, 14. Uluslararası Kardiyoloji Ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi, 05 Nisan 2018, 08 Nisan 2018.

E. A. KANKAYA, Olgu Temelli Tartışma: Obez, Kalp Yetmezliği ve Kas Atrofisi Olan Bir Hasta, Davetli Konuşmacı, 14. Uluslararası Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi, 05 Nisan 2018, 08 Nisan 2018.

Ö. BİLİK & E. A. KANKAYA, The Invisible Face Of The Iceberg: Experience With The Use Of Warfarin In Patients With Heart Valve Surgery: A Qualitative Research, Sözlü Sunum, 14. Uluslararası Kardiyoloji Ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi, 05 Nisan 2018, 08 Nisan 2018.

E. A. KANKAYA, Yeni Nesil Antikoagülanları Hemşire Olarak Tanıyor Muyuz ? Taburculuk Eğitimini Verebiliyor Muyuz?, Davetli Konuşmacı, 14. Uluslararası Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi, 05 Nisan 2018, 08 Nisan 2018.

Ö. BİLİK, Z. DEVECİ & E. A. KANKAYA, ?kendimi Sherlock Holmes Gibi Hissettim? Kavram Haritasına Hemşirelik Öğrencileri Açısından Bakış: Kalitatif Bir Çalışma, Poster Sunumu, 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 02 Kasım 2017, 05 Kasım 2017.

Ö. BİLİK, E. A. KANKAYA & A. DURMAZ, Göğüs Ve Kalp Damar Ameliyat Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri Ve Etkileyen Faktörler, Sözlü Sunum, 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 02 Kasım 2017, 05 Kasım 2017.

Ö. BİLİK, E. A. KANKAYA & Z. DEVECİ, Randomize Kontrollü Bir Çalışma: İnternet Destekli Kavram Haritası Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Kavram Haritası Yapabilme Ve Eleştirel Düşünme Becerilerine Etkisi, Sözlü Sunum, 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 02 Kasım 2017, 05 Kasım 2017.

Ö. BİLİK & E. A. KANKAYA, Tüp Bebek Beklerken Antikoagülan İlaç Tedavisiyle Tanışmak: Kalitatif Bir Araştırma, Poster Sunumu, 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi Ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 02 Kasım 2017, 05 Kasım 2017, 819 - 820.

Ö. BİLİK & E. A. KANKAYA, Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Anksiyete İle Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sözlü Sunum, Türk Kalp Ve Damar Cerrahisi Derneği 14. Ulusal Kongresi, 03 Kasım 2016, 06 Kasım 2016, 24, 4, 207 - null.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Proje Bilgileri

2185720, Böbrek Nakli Alıcılarında İlaç Uyumunu Artırmak İçin Yeni Bir Girişim: Sistemdeğişimi Girişiminin Etkisinin İncelenmesi, 1001 - Araştırma, Burslu, Yürürlükte, ARDEB, SBAG - Sağlık Bilimleri Araştırma Destek Grubu, Projeye Katılma/Ayrılma Tarihleri: 15.09.2019 - 15.09.2022, Proje Başlangıç/Bitiş Tarihleri: 15.09.2019 - 15.09.2022.

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0