



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ATRİAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA İLAÇ UYUMU
VE SAĞLIK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİDE İNME
FARKINDALIĞININ ARACILIK ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İlayda ÇAKIR

Danışman: Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜRK

TOKAT - 2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜRK danışmanlığında hazırlamış olduğum ‘Atrial Fibrilasyonlu Hastalarda İlaç Uyumu Ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişkide İnme Farkındalığının Aracılık Rolü’ adlı tezimdaki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağımı gösterdiğimi beyan ederim.

03.11.2025

İlayda ÇAKIR

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

İlayda ÇAKIR tarafından hazırlanan “**Atrial Fibrilasyonlu Hastalarda İlaç Uyumu ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişkide İnme Farkındalığının Aracılık Rolü**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 03.11.25 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye (Danışman): Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜR

.....

Üye (Başkan): Doç. Dr. Neşe UYSAL

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Birgül VURAL

.....

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanma sürecinde bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen başta danışmanım Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜK'e en içten teşekkürlerimi sunarım. Akademik yolculuğum boyunca göstermiş olduğu sabır, yönlendirme ve katkılar benim için büyük bir değer taşımaktadır.

Eğitim hayatım boyunca beni her koşulda destekleyen, sabır ve sevgileriyle güç veren sevgili eşim Fatih'e ve aileme sonsuz teşekkür ederim. Bu süreçte manevi desteğini yanımda hissettiğim arkadaşlarıma da ayrıca teşekkür ederim.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında desteklerini hissettiren Erbaa Devlet Hastanesi kurum/klinik personeline ve değerli katılımcılara minnettarlığımı ifade etmek isterim.

Bu tez, tüm katkılarıyla benim için önemli bir emek sürecinin ürünüdür. Destek veren herkese içtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

ATRİAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA İLAÇ UYUMU VE SAĞLIK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİDE İNME FARKINDALIĞININ ARACILIK ROLÜ

Çakır, İlayda

Yüksek Lisans, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışman: Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜRK

Kasım, 2025, xi+82 sayfa

Bu araştırma Atrial Fibrilasyon’lu hastaların tedaviye uyum ve sağlığı algılama düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkideki inme farkındalığının aracılık rolünü ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma 30 Ekim 2024-30 Haziran 2025 tarihleri arasında toplam 208 hasta ile tamamlanmıştır. Veriler, "Hasta Tanıtım Formu," "İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği" ve Sağlık Algısı Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada hastaların yaş ortalaması $64,75 \pm 12,74$ yıl ve %62’sinde inme farkındalığının olduğu belirlenmiştir. Hastaların ilaç uyumu puan ortalamalarının $23,03 \pm 2,95$ ile yüksek düzeyde, sağlık algıları puan ortalamalarının ise $42,08 \pm 6,79$ ile orta düzeyde seyrettiği saptanmıştır. İlaç uyumu ile sağlık algısı arasındaki pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, inme farkındalığı ile sağlık algısı ($\beta=-0,138$; $p<0,001$) ve ilaç uyumu arasında negatif yönde ve anlamlı ($\beta=-0,704$; $p<0,001$) bir ilişki belirlenmiştir. Sağlık algısının ilaç uyumu üzerindeki doğrudan etkisi ise pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,150$; $p<0,001$). Sağlık algısı ile ilaç uyumu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ve bu ilişkide inme farkındalığının aracılık rolünün bulunduğu belirlenmiştir ($\beta=0,225$; $p<0,001$). Sonuç olarak hastaların sağlık algısının orta düzeyde ilaç uyumlarının yüksek olduğu ve yarıdan fazlasında inme farkındalığının olduğu belirlenmiştir. Hastaların sağlık algısı düzeyleri arttıkça ilaç uyumlarının da arttığı belirlenmiştir. İnme farkındalığı ile ilaç uyumu ve sağlık algısıyla arasındaki ilişkide inme farkındalığının aracılık rolünün olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Atrial Fibrilasyon, İlaç Uyumunu, Sağlık Algısı, İnme, Aracılık Rolü

ABSTRACT**THE MEDIATING ROLE OF STROKE AWARENESS IN THE
RELATIONSHIP BETWEEN MEDICATION ADHERENCE AND HEALTH
PERCEPTION IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION**

Çakır, İlayda

Master's Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor: Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜRK

October 2025, xi+82 pages

This study was conducted to investigate the relationship between treatment adherence and health perception in patients with atrial fibrillation, and to determine the mediating role of stroke awareness in this relationship. The study was completed with a total of 208 patients between October 30, 2024, and June 30, 2025. Data were collected using the "Patient Information Form," "Medication Adherence Reporting Scale," and "Health Perception Scale." The mean age of the patients in the study was 64.75 ± 12.74 years, and 62% of them were found to have stroke awareness. It was determined that the mean score of the patients for medication adherence was high at 23.03 ± 2.95 , and the mean score of their health perception was moderate at 42.08 ± 6.79 . There was a positive and significant relationship between medication adherence and health perception, and a negative and significant relationship ($\beta=-0.138$; $p<0.001$) was found between stroke awareness and health perception and medication adherence ($\beta=-0.704$; $p<0.001$). The direct effect of health perception on medication adherence was found to be positive and significant ($\beta=0.150$; $p<0.001$). There was a negative and significant relationship between health perception and medication adherence, and this Stroke awareness was found to have a mediating role in the relationship ($\beta=0.225$; $p<0.001$). As a result, it was determined that patients' health perception was moderately high, and medication adherence was high, and more than half had stroke awareness. It was determined that as patients' health perception levels increased, their medication adherence also increased. Stroke awareness was found to have a mediating role in the relationship between stroke awareness, medication adherence, and perceived health.

Keywords: Atrial Fibrillation, Medication Adherence, Health Perception, Stroke, Mediator Role



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ETİK SÖZLEŞME	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Tanım	5
2.2. Atrial Fibrilasyon Epidemiyolojisi	5
2.3. Atrial Fibrilasyon Etiyolojisi Ve Patofizyolojisi	6
2.4. Atrial Fibrilasyon Belirti Bulguları	10
2.5. Atrial Fibrilasyon Komplikasyonları	10
2.5.1. Kalp Yetersizliği	10
2.5.2. Demans	11
2.5.3. Yaşam Kalitesi	12
2.5.4. İnme	12
2.6. Atrial Fibrilasyon Sınıflandırması	14
2.7. Tanı Yöntemleri	16
2.8. Atrial Fibrilasyon Tedavisinde Oral Antikoagülan Tedavi	17

2.9. Af Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyum	19
2.10. Af Tanılı Hastalarda Sağlık Algısı	19
2.11. Tedaviye Uyum Ve Sağlık Algısı İlişkisi	20
2.12. Hemşirelik Bakımı	21
2.13. İnme Farkındalığı Ve Hemşirelik	24
3. YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Türü	26
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi	26
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
3.5. Dışlanma Kriterleri	27
3.6. Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri	27
3.7. Araştırmanın Soruları	27
3.8. Verilerin Toplanması	28
3.8.1. Veri Toplama Araçları	28
3.8.1.1. Hasta Tanıtım Formu	28
3.8.1.2. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)	28
3.8.1.3 Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)	29
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	43
5.1. Af Hastalarında İlaç Uyum Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	43
5.2. Af Hastalarında Sağlık Algısı Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması	46

5.3. Af Hastalarında Sağlık Algısı Düzeyi Ve İlaç Uyumu İlişkisindeki İnme Farkındalığının Aracılık Rolünün Tartışılması.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
6.1. Öneriler.....	53
KAYNAKÇA	54
EKLER	71
Ek 1. Hasta Tanıtım Formu	71
Ek 2. İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği	72
Ek 3. Sağlık Algısı Ölçeği	73
Ek 4: İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İubö) Kullanım İzni	74
Ek 5: Sağlık Algısı Ölçeği (Saö) Kullanım İzni	75
Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	76
Ek 7. Etik Kurul İzni	80
Ek 8. Kurum İzni	81
ÖZGEÇMİŞ.....	82

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. AF’li Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=208).....	31
Tablo 4.2. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Korelasyon Analizi Sonuçları	32
Tablo 4.3. Yaş ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	33
Tablo 4.4. Sosyodemografik Özellikler ile İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.5. Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Algısı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.6. Sosyodemografik Özellikler ile Kontrol Merkezi Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.7. Sosyodemografik Özellikler ile Kesinlik Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.8. Sosyodemografik Özellikler ile Sağlığın Önemi Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.9. Sosyodemografik Özellikler ile Öz Farkındalık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.10. Modele Ait Sonuçlar ve Dolaylı Etkilerin İncelenmesi	41

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Atrial Fibrilasyon Risk Faktörleri (Lippi ve ark., 2021).....	9
Şekil 4.2. Sağlık Algısı ve Tedaviye Uyum İlişkisinde İnme Farkındalığının Aracılık Rolünün Etkisinin Modellenmesi.....	42



KISALTMALAR LİSTESİ

AF: Atrial Fibrilasyon

EKG: Elektrokardiyogram

GİA: Geçici İskemik Atak

INR: Uluslararası Normalleştirilmiş Oran

İUBÖ: İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği

KY: Kalp Yetersizliği

NOAK: Yeni Nesil Oral Antikoagülan

OAK: Oral Antikoagülan

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

1. GİRİŞ

Atrial Fibrilasyon (AF), tüm dünyada en sık görülen ritim bozukluğudur (Rivera Caravaca ve ark., 2020). Yüksek ölüm riski, akut koroner sendrom, kalp yetersizliği ve inme gibi serebrovasküler ve kardiyovasküler olaylarla ilişkilidir (Zhou ve ark., 2020). Yüksek gelirli ülkelerde hastalığın ve hastalık ilişkili komplikasyonlarının bakım maliyetinin ülkelerdeki tüm sağlık harcamalarının %2'sini oluşturması nedeniyle AF ekonomik yükü yüksek bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilmektedir (Jones ve ark., 2020). Son yıllarda AF insidansı ikiye katlanmıştır ve yaşla birlikte hızla artış eğilimindedir (Jankowska-Polańska ve diğerleri, 2016). Avrupa ve Amerika'da orta yaştaki her dört bireyden birinde AF gelişmektedir. AF'li hastaların sayısının 2030 yılında Avrupada yeni tanı konanlarla birlikte 14-17 milyon olacağı öngörülmektedir (Kirchhof ve ark., 2016). Türkiye'de ise; 65 yaş ve üzeri 5694 hasta ile yapılan bir çalışmada AF prevalansı %27,3 olarak raporlanmıştır (Zoghi, ve ark., 2017). AF, hastaların inme geçirme riskini beş kata kadar artırmaktadır ve 60 yaş üzerindeki hastalarda meydana gelen inmelerin üçte birinden sorumlu tutulmaktadır (Salmasi ve ark., 2020). İleri yaş, erkek cinsiyet, hipertansiyon, kalp kapak hastalıkları, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı, obezite, obstruktif uyku apnesi, obezite, sigara, ağır egzersiz, diyabetes mellitus ve hipertiroidi AF için risk faktörleri olarak sayılabilmektedir (Çöteli, 2018).

AF'li hastaların tedavisinde oral antikoagülan (OAK) ilaçlar kullanılmaktadır (Engdahl ve Rosenqvist, 2021; Romiti ve ark., 2022). OAK tedavisi, AF ile ilgili sistemik emboli ve iskemik inmenin önlenmesinde en önemli tedavidir (Hernández Madrid ve ark., 2016). OAK ilaçlar pıhtılaşma faktörlerinin normal fizyolojisini değiştirerek, trombin oluşumunu azaltıp veya direkt olarak trombin etkinliğini önleyerek, kanın koagülasyonu azaltarak etki göstermektedir (Baugh ve ark., 2020). OAK kullanımı, AF'si olan hastalarda inme ve emboli riskinin yaklaşık %70 oranında azalmasını sağlamaktadır (Engdahl ve Rosenqvist, 2021). OAK tedavisi alan AF tanılı hastalarda yapılan çalışmalarda, hastaların tedavileri hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu raporlanmıştır (Salmasi ve ark., 2020; Moudallel ve ark., 2022). Çalışma sonuçlarına göre OAK ilaç tedavisi alan kişilere; ilaç etki mekanizması, ilaç alma

saatleri, ilaç dozu, laboratuvar kontrolleri, ilaç yan etkileri, ilacın diğer besinlerle ve ilaçlarla etkileşimi doğrultusunda bilgi verilmelisi gerektiği vurgulanmaktadır (Köksal ve Avşar, 2015; Manzato ve ark., 2021; Jang, 2021).

İlaç uyumu, hastaların reçete edilen dozdaki ilacı kullanması gereken şekilde alması olarak tanımlanmaktadır (Marrero ve ark., 2020). İlaç uyumsuzluğu ise; hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacın alınmaması, ilaç bitiminin ardından tekrar reçete ettirilmemesi, reçete edilenden fazla veya eksik doz alması, tedavi süresi tamamlanmadan ilacın kesilmesi ve ilacın yanlış saatlerde alınması olarak tanımlanmaktadır (Demir ve ark., 2020). İlaç kullanan hastaların, ilacı hakkında bilgi düzeyinin düşük olması ilaç uyumsuzluğuna neden olmaktadır (Anderson ve ark., 2020; Alalaqi ve ark., 2021). İlaç uyumsuzluğu olumsuz klinik sonuçlarına, artan bakım maliyetlerine, genel sağlığın daha da bozulmasına ve hatta ölümlere neden olabilmektedir (Salmasi ve ark., 2020; Alalaqi ve ark., 2021; Lima ve ark., 2021; Sieben ve ark., 2021). OAK kullanan hastalarda ilaç uyumsuzluğu tromboembolik olayların olası bir nedenidir (Kjekshus ve Schuster, 2020). Bu sebeple OAK ilaç tedavisi alan hastalarda ilaca uyum, en uygun antikoagülasyon seviyesine ulaşmak, ilaca bağlı kanama komplikasyonlarını en aza indirmek için önemlidir (Barcellona ve ark., 2021). Yapılan bir çalışmada AF tanılı hastaların, OAK ilaç tedavisine başladıktan bir yıl sonra ilaç uyumunun yaklaşık %50 oranında azaldığı bulunmuştur (Chen ve ark., 2020). AF hastalarında tedaviye uyumu olumsuz etkileyen çeşitli bireysel ve çevresel etkenler bulunmaktadır. Bunlar arasında antikoagülan ilaçların uzun süreli kullanım zorunluluğu, kanama komplikasyonları korkusu, ilaçların yan etkileri, ilaç fiyatları ve sağlık sistemine erişimde yaşanan zorluklar öne çıkmaktadır. Bu faktörlerin çoğu, psikososyal destek yetersizliği ile birleştiğinde, tedaviye uyumu ciddi biçimde sekteye uğratmaktadır (Montalescot ve ark., 2020).

Hemşirelik, yalnızca klinik müdahaleleri değil, aynı zamanda eğitici, danışman ve destekleyici rolleri de kapsamaktadır. AF'li hastalarda, tedaviye uyumu destekleyen hemşirelik uygulamaları hem bireysel hem de toplumsal sağlık çıktılarında belirgin iyileşmeler yaratabilmektedir. Bu kapsamda hemşireler, hastaların sağlık algısını ve tedavi farkındalığını güçlendirmeye yönelik stratejik görevler üstlenmektedir (Toscos ve ark., 2020). Hemşire liderliğinde yürütülen yüz yüze görüşmeler, kronik

hastalıklarda ilaç uyumunu artırmada etkili olabilir. Eğitimsel, davranışsal ve iletişim temelli çeşitli girişimlerin ilaç uyumunu geliştirmede etkili olduğu bulunmuştur. Bu girişimler, hastalara ilaçları, hastalıkları ve tedaviye uyumun önemi hakkında bilgi verilmesini içermektedir (Berardinelli ve ark., 2024). Hemşire, hastayı ilaç uyumu konusunda eğitmeli ve düzenli aralıklarla takip sağlamalıdır. Son olarak, hastaya inme belirtileri ve acil servise ne zaman dönmesi gerektiği konusunda eğitim verilmelidir (Dan ve ark., 2018).

Kronik hastalıkların yönetiminde hastaların sağlık algısı önemlidir (Gür, 2017). Sağlık algısı, bireyin sağlığını kendi bakış açısı, duyguları ve düşünceleri ile kendisinin değerlendirmesidir (Yalnızoğlu Çaka ve ark., 2017). Açıkgöz ve Yılmaz'ın çalışmasında sağlık algısının ilaca uyumda önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır (Açıkgöz ve Yılmaz, 2025). Hastaların sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışlarını etkileyerek hastalık sürecini yönetme biçimlerinde de değişiklikler oluşturmaktadır (Şensoy ve diğerleri, 2020; Li, Silverio, Cunningham, LaNoue & Mills, 2021). Bu kapsamda sağlık algısı hastaların sağlıklı yaşam davranışı kazanmaları, sürdürmeleri ve geliştirmeleri konusunda önemli rol oynamaktadır (Küçük ve Yapar, 2016). Hemşireler, atriyal fibrilasyon hastalarının sağlık algısını geliştirmek amacıyla bireysel eğitimler, grup temelli bilgilendirme oturumları ve davranış değişikliğini destekleyen yaklaşımlar aracılığıyla müdahalelerde bulunabilirler (Polat & Erdem, 2017; Özdemir & Taşcı, 2019; Yıldız & Demir, 2021). Sağlık algısı güçlü olan hastaların, ilaçlarını daha düzenli kullandığı, kontrollerine daha sık gittiği ve hastalık sürecini daha etkin yönettiği gösterilmiştir (Yücel & Gürkan, 2021; Çetin & Aksoy, 2023; Ahmed et al., 2025; Nowak & Kowalska, 2024; Sönmez & Tuncer, 2024).

İnme farkındalığı tedaviye uyumla doğrudan ilişkilidir. İnmenin belirtilerini tanıma, risk faktörlerini anlama ve erken müdahalenin önemini kavrama, bireyin antikoagülan tedaviyi aksatmamasında güçlü bir motivasyon sağlamaktadır (Chen et al., 2019; Zhou et al., 2020). Ayrıca OAK kullanımına bağlı beyin kanaması gelişme riskinin yüksekliği hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen diğer faktördür (Montalescot ve ark., 2020).

Sonuç olarak AF, yalnızca kardiyak bir ritim bozukluğu değil, aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini etkileyen çok boyutlu bir sağlık sorunudur. Bu nedenle, tedaviye biyomedikal bir perspektifle yaklaşmak yetersiz kalmakta; psikososyal, davranışsal ve eğitsel desteklerin entegre edildiği bütüncül hemşirelik uygulamaları önem kazanmaktadır. AF hastalarında antikoagülan tedaviye uyum, yalnızca reçete edilen ilacı almakla sınırlı değildir; çünkü tedavide kullanılan OAK ilaçların komplikasyonlarının çokluğu ve ciddiyeti bireyin hastalığını anlaması, riskleri fark etmesi, sağlığına değer vermesi ve tedaviye aktif katılım göstermesini gerektirmektedir. Hemşireler, bu sürecin hem eğitici hem de izleyici aktörleri olarak, hasta ile sürekli iletişim kurmalı, geri bildirim almalı ve gerektiğinde bireye özgü destek planları oluşturmalıdır. Böylece, inme gibi hayati komplikasyonların önüne geçilmesi sağlanabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

AF, koordinasyonsuz atriyal elektriksel aktiviteye ve bunun sonucunda etkisiz atriyal kasılmalara yol açan bir supraventriküler taşikardi türüdür (ESC, 2023). Elektrokardiyogramda (EKG) tipik olarak P dalgaları görülmez. Bunun yerine, farklı frekans, genişlik ve biçimlerde düzensiz fibrilasyon (f) dalgaları ve yine düzensiz aralıklarla ortaya çıkan QRS kompleksleri gözlenmektedir (Jameson, 2018).

2.2. Atrial Fibrilasyon Epidemiyolojisi

AF, dünya genelinde en yaygın karşılaşılan kalp ritim bozukluklarından biridir (Hindricks ve ark., 2021). Yetişkin hastalarda görülme sıklığı %2 ila %4 arasında tahmin edilmektedir. Son yirmi yıl içinde bildirilen AF sıklığında %13'lük bir artış olduğu gözlenmiştir (Petryszyn ve ark., 2019). Bu durumun özellikle hipertansiyonun yaygınlığı ve yaşlı nüfusun artmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Wetterslev ve ark., 2019). Yapılan projeksiyonlara göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2050 yılına kadar 6 ila 12 milyon, Avrupa'da ise 2060 yılına kadar yaklaşık 17,9 milyon kişinin AF tanısı alacağı öngörülmektedir (Lippi ve ark., 2021).

Türkiye'de Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında, AF'nin genel sıklığı %1,25 olarak rapor edilmiştir. Bir diğer ulusal araştırma olan Türkiye'de Atrial Fibrilasyon: Epidemiyolojik Kayıt Çalışması (AFTER) ise, en sık görülen AF tipi olan non-valvüler AF'nin tüm vakaların %78'ini oluşturduğunu ve kalıcı/ısrarcı AF'nin hastaların %81'inde tespit edildiğini ortaya koymuştur (Sarı ve ark., 2014; Şengül ve Uysal, 2019). Avrupa'daki tahminler, yaşamı boyunca AF gelişme olasılığının daha önce her dört kişiden biri olarak hesaplanırken, bu oran daha sonra her üç kişiden biri şeklinde güncellenmiştir (Hindricks ve ark., 2021).

Sağlık teknolojilerindeki ilerlemeler, tanı yöntemlerinin daha hassas hale gelmesi ve hastaların sağlık taramalarına daha fazla yönelmesiyle birlikte, AF tanısında

artış yaşanmıştır. Bu durum, hastalığın görülme ve ortaya çıkma oranlarında belirgin bir yükselişe neden olmuştur. Önümüzdeki yarım yüzyıl içinde AF tanısı konan hasta sayısının yaklaşık 2,5 kat artacağı ve bu artışın, özellikle yaşlı hastalarda önemli bir halk sağlığı sorunu haline geleceği öngörülmektedir (Hagiwara ve ark., 2018). Nüfusa dayalı çalışmalarda, her 10 yıllık yaş artışında AF insidansının iki katına çıktığı belirlenmiştir. Seksen yaşına ulaşıldığında ise toplumun yaklaşık %10'unda AF bulunduğu bildirilmektedir. AF tanısı alan hastaların çoğu ileri yaştadır ve sıklıkla diyabet, sol ventrikül hipertrofisi, ekokardiyografik bozukluklar, kapak hastalıkları, koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetersizliği ve inme gibi eşlik eden sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadır (Hindricks ve ark., 2021).

Cinsiyete göre yapılan değerlendirmelerde belirgin farklar göze çarpmaktadır. Kadınların yaklaşık üçte biri ve erkeklerin %20'si valvüler kalp hastalığı taşıırken, koroner arter hastalığı erkeklerde %28 oranında, kadınlarda ise %50 oranında rapor edilmiştir. Her iki cinsiyet grubunda da konjestif kalp yetersizliği %25 oranında görülmektedir. Yapılan ayrıntılı analizler; yaş, diyabetes mellitus, valvüler hastalıklar, kalp yetersizliği ve hipertansiyon gibi durumların, AF gelişimi açısından bağımsız risk faktörleri olduğunu göstermektedir (Lippi ve ark., 2021).

2.3. Atrial Fibrilasyon Etiyolojisi Ve Patofizyolojisi

AF, çeşitli kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili, kompleks yapılı bir ritim bozukluğudur. AF'nin gelişiminde rol oynayan eşlikçi tıbbi durumlar, atriyum yapısında yapısal değişikliklere neden olarak hastalığın ilerlemesine ve kronikleşmesine zemin hazırlar. Bu durumlar yalnızca eşlik eden faktörler olarak değil, aynı zamanda genel kardiyovasküler risk düzeyinin ve kalp hasarının belirleyicileri olarak da kabul edilmektedir (Abuhasira, 2018). Gelişmiş ülkelerde AF'nin ortaya çıkmasında en sık karşılaşılan nedenlerin başında hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gelmektedir (Turğul, 2016). Hipertansiyon, yalnızca AF'nin başlangıcında değil, aynı zamanda komplikasyonların özellikle inme ve sistemik emboli gelişme riskini artıran temel bir etmendir. Süregelen hipertansiyon, atriyal basınçta yükselmeye ve bunun sonucunda atriyal genişleme ve fibrozise neden olarak AF'nin kalıcı hale gelmesini kolaylaştırır. (Proietti, 2018).

Koroner arter hastalığı (KAH) ile AF sıklığı yaşla birlikte paralel olarak artmakta ve çoğunlukla birlikte görülmektedir (Weng ve ark., 2018; Sharma ve ark., 2022). Araştırmalar, valvüler olmayan AF hastalarında koroner arter hastalığının oldukça yaygın olduğunu göstermekte; bu hastaların yarısından fazlasında, invaziv ya da bilgisayarlı tomografi ile yapılan koroner anjiyografide KAH saptanmaktadır (Sharma ve ark., 2022). Bu oran, genel popülasyonda görülen %12-14 düzeyindeki KAH oranından oldukça yüksektir. Dahası, AF'nin KAH ve akut koroner sendromlar açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu yönünde güçlü kanıtlar mevcuttur (Michniewicz ve ark., 2018; ; Liang ve Wang, 2021; Yan ve ark., 2022).

AF ile en sık ilişkili yapısal kalp hastalıkları arasında iskemik kalp hastalığı, mitral kapak patolojileri, hipertrofik ve dilate kardiyomiyopatiler yer alır. Daha nadir nedenler arasında ise amiloidoz, konstriktif perikardit ve kalp içi tümörler gibi restriktif kardiyomiyopatiler bulunur. Ayrıca, şiddetli pulmoner hipertansiyon da sağ kalpte basınç yükünü artırarak AF gelişimi açısından önemli bir risk teşkil eder (Kamel, 2016). AF'ye katkıda bulunan diğer önemli risk faktörleri arasında obezite, kronik alkol kullanımı, sol ventrikül hipertrofisi, diyabet, hipertiroidi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve pulmoner emboli gibi durumlar yer alır (Çeğilli, 2016). Kardiyomiyopatiler de özellikle genç hastalarda AF gelişiminde önemli rol oynamaktadır; bu hastalık grubunun nadir olmasına karşın, AF hastalarının yaklaşık %10'unda saptanmaktadır (De Bruijn ve ark., 2015).

Yakın dönemde yürütülen yerli genetik tarama çalışmaları, belirli genetik varyantların AF gelişiminde rol oynayabileceğini ortaya koyarak hastalığın kalıtsal yönünü desteklemiştir (Başpınar ve ark., 2021). Hastalığın en sık gözlenen nedenleri arasında hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve kalp kapak hastalıkları yer almaktadır. Risk faktörleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir: Erkek hastalarda daha çok inme, kalp yetmezliği, romatizmal kalp hastalıkları ve hipertansiyon ön plana çıkarken, kadınlarda özellikle romatizmal kapak hastalıkları daha belirgin bir rol oynamaktadır (Karakuş ve ark., 2022). Yaklaşık üçte bir oranında, altta yatan belirgin bir yapısal kardiyak neden olmaksızın AF ortaya çıkabilir; bu durum "lone AF" olarak tanımlanır. Lone AF, paroksizmal atakların %30–45'ini ve kalıcı formların %20–25'ini oluşturmaktadır ve çoğunlukla genç erişkinlerde görülmektedir (Andersson ve ark.,

2023). Bununla birlikte, ileri yaşta olan hastalarda de yapısal kalp hastalığı olmaksızın AF görülebilir; bu olgu genellikle yaşa bağlı miyokardiyal sertleşme ve atriyal yeniden yapılanma süreçleriyle ilişkilidir (Zhao ve Wang., 2024).

Akut gelişen bazı durumlar, AF ataklarının başlamasında tetikleyici rol oynayabilir. “Holiday heart sendromu” olarak bilinen ve aşırı alkol tüketiminin ardından ortaya çıkan AF, Türkiye’de yapılan çalışmalarda da tanımlanmıştır (Şimşek ve ark., 2021). Ayrıca akut miyokard enfarktüsü, perikardit, miyokardit, pulmoner emboli, tirotoksikoz ve ani gelişen akciğer hastalıkları da ani AF epizodlarını başlatabilecek klinik durumlar arasında yer alır. Koroner arter bypass greftleme gibi kardiyak cerrahi girişimler sonrası AF gelişme riski %30–40 seviyelerinde bildirilmiştir. Mitral kapak prolapsusu, mitral anulus kalsifikasyonu ve sağ atriyumun idiopatik genişlemesi gibi durumlar ise yüksek oranda AF ile ilişkilendirilmekle birlikte, doğrudan nedensel ilişkileri henüz tam olarak kanıtlanmamıştır (Pehlivanlı ve Söğüt, 2018). AF gelişiminde otonom sinir sisteminin rolü de dikkat çekicidir. Kalp yapısı normal olan bazı hastalarda atak öncesinde vagal aktivitenin artışı veya sempatik tonusun baskın hale gelmesi gözlemlenmiştir. Vagal kaynaklı ataklar genellikle gece saatlerinde ve yemek sonrası dönemde görülürken, sempatik kaynaklı olanlar daha çok gündüz saatlerinde ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda yapılan yerli araştırmalar, obezitenin AF riskini artıran önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Vücut kitle indeksi (VKİ) yükseldikçe sol atriyum çapında büyüme görülmekte ve buna paralel olarak AF gelişme riski artmaktadır. Bu nedenle kilo kontrolü, AF’ye bağlı komplikasyonların azaltılmasında önemli bir strateji olarak değerlendirilmektedir (Yalçın ve ark., 2022).

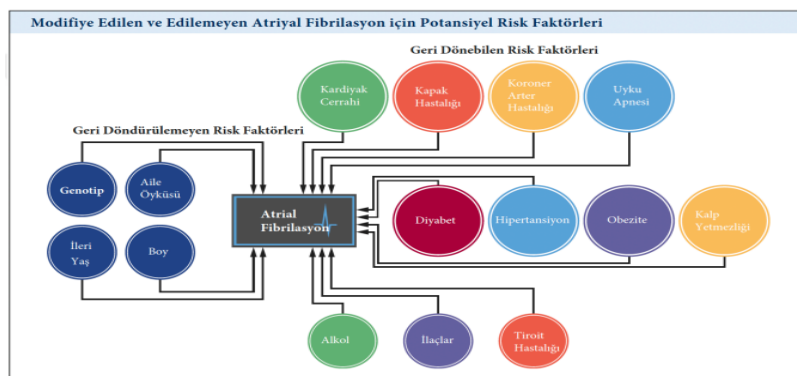
AF’nin başlaması ve devamlılığı; birçok risk faktörünün etkisi altında hem patofizyolojik hem de elektrofizyolojik süreçlerin etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir mekanizmadır. Bu sürecin merkezinde ise atriyumda meydana gelen yapısal değişiklikler, yani “yeniden yapılanma” (remodelling) yer almaktadır (Nattel ve Harada, 2014). Yapısal remodeling sürecinin en karakteristik özelliği atriyal fibrozistir ve bu durum, AF’nin sürdürülebilirliğiyle doğrudan ilişkilidir (Pellman ve Sheikh, 2015). Ancak bu yapısal değişikliklerin altında yatan moleküler düzeydeki mekanizmalar henüz tam olarak aydınlatılamamıştır (Li ve ark., 2021).

Atriyal fibrozis, AF'nin gelişiminde merkezi bir rol oynar ve farklı patolojik süreçlerin ortak bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte etkili olan üç temel mekanizma şunlardır:

1. Atriyum duvarında oluşan mekanik gerilme ve stresin, renin-anjiyotensin-aldosteron (RAA) sistemini aktive ederek profibrotik sinyal yollarını başlatması,
2. Genetik yatkınlık ve spesifik mutasyonlar,
3. İmmün sistem aracılığıyla gelişen inflamatuvar süreçler.

RAA sisteminin aktivasyonu, kardiyomiyosit dışı hücrelerde kolajen sentezini artırarak fibrozisi yoğunlaştırır. Genetik faktörler ve ailesel yatkınlık, fibrozis riskini artıran diğer etkenlerdir. İnflamasyon ise, oksidatif stres ve proinflamatuvar sitokinler aracılığıyla atriyal dokunun bütünlüğünü bozarak fibrozisin gelişmesini kolaylaştırmaktadır (Sheikh ve ark., 2015).

AF açısından değiştirilebilir risk faktörleri arasında hipertansiyon, KAH, kapak hastalıkları, kalp yetersizliği, kardiyomiyopatiler, DM, obezite, obstrüktif uyku apnesi, hipertiroidi, aşırı alkol tüketimi, bazı ilaçların kullanımı ve yoğun fiziksel efor yer alırken; değiştirilemeyen veya sınırlı ölçüde değiştirilebilen risk faktörleri arasında ise ileri yaş, düşük vücut kütlesi, uzun boy ve ailesel yatkınlık öne çıkmaktadır (Lippi ve ark., 2021).



Şekil 2.1. Atriyal Fibrilasyon Risk Faktörleri (Lippi ve ark., 2021)

2.4. Atrial Fibrilasyon Belirti Bulguları

AF semptomların şiddeti ve türü; ventriküler yanıtın hızı ve düzensizliği, atağın süresi, eşlik eden kardiyopulmoner hastalıklar ve bireysel hasta özelliklerine bağlı olarak değişkenlik gösterir. En sık karşılaşılan şikayetler çarpıntı, halsizlik, nefes darlığı ve aşırı terleme olurken; göğüs ağrısı, pulmoner ödem ve senkop gibi bulgular daha nadiren görülmektedir. Ayrıca, AF atağının başlangıcında ve bitiminde artan atriyal natriüretik peptid düzeylerine bağlı olarak poliüri gelişebileceği de gösterilmiştir (Matsushita ve ark., 2016).

AF ile ilişkili en yaygın semptomlar arasında çarpıntı, dispne ve yorgunluk yer almakla birlikte, bazı hastalar baş dönmesi, göğüs ağrısı, senkop ve uyku düzensizliği gibi daha geniş bir belirti yelpazesi ile sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedir. Bu semptomların görülme şekli hastanın genel fizyolojik durumu ve AF'nin formuna göre farklılık göstermektedir. Örneğin, paroksizmal AF hastalarının yaklaşık %80'i semptomatiktir; buna karşın, kalıcı AF hastalarında bu oran %51 civarındadır (Diker ve ark., 2015).

AF hastalarında görülen şikayetlerin yalnızca aritmiye bağlı olmayabileceği de önemlidir. Hipertansiyon ve kalp yetmezliği gibi eşlik eden, ancak yeterince kontrol altına alınmamış komorbiditeler de semptomların şiddetini artırabilir. Özellikle kalp yetersizliği olan hastalarda artan atriyal basınç ve hacim yükü, nefes darlığı ve egzersiz kapasitesinde azalma gibi belirtilerin daha belirgin hale gelmesine neden olur. İlginç şekilde, çarpıntı şikayetinin diğer semptomlara göre daha düşük kardiyovasküler olay ve mortalite riski ile ilişkili olduğu da rapor edilmiştir (Siontis ve ark., 2016).

2.5. Atrial Fibrilasyon Komplikasyonları

AF'nin komplikasyonları aşağıdaki başlıklarda kısaca bahsedilecektir.

2.5.1. Kalp Yetersizliği

AF ve kalp yetersizliği (KY), ortak patofizyolojik temellere sahip olan ve sıklıkla birlikte seyreden iki önemli kardiyak durumdur. AF'de atriyal sistolün kaybı,

ventriküler dolumun azalmasına ve sonuç olarak kalbin pompalama kapasitesinin düşmesine neden olmaktadır (Schnabel ve ark., 2015). AF'nin ventriküler hızla birlikte seyrettiği vakalarda kardiyak debinin düşmesi, kalp kasının fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek KY'nin gelişmesine ya da mevcut bir KY'nin kötüleşmesine neden olabilmektedir (Carlisle ve Baughman., 2019). Öte yandan, var olan bir kalp yetersizliği durumu da AF gelişimi için uygun bir zemin hazırlamaktadır. KY'de atriyal dolum basıncının artışı, atriyum duvarında gerilme ve genişlemeye yol açmaktadır. Bu süreç, atriyumda yapısal değişiklikler ve fibrozis oluşumuyla sonuçlanarak aritmi gelişimi için elverişli bir ortam oluşturmaktadır. Ayrıca, sempatik sinir sisteminin artan aktivitesi ve atriyum düzeyindeki iletim bozuklukları, elektriksel düzensizliklere neden olarak AF'nin başlamasını ve devamlı hale gelmesini kolaylaştırmaktadır (Şengül ve Uysal, 2019). Bu karşılıklı etkileşim, AF ile KY'nin birbirini tetiklediği ve birbirinin patofizyolojisini derinleştirdiği bir "kısır döngü" şeklinde tanımlanabilmektedir. Bu klinik tablo hem tanı hem de tedavi sürecinde bütüncül bir yaklaşım gerektiren karmaşık bir durumu temsil etmektedir.

2.5.2.Demens

AF ile bilişsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki çok faktörlüdür ve çeşitli mekanizmalar öne sürülmüştür. AF kaynaklı bilişsel bozukluğun temel nedeninin serebral enfarktüs olduğu görülsede, öne sürülen diğer mekanizmalar arasında AF ile ilişkili serebral hipoperfüzyon, inflamasyon, mikrohemoraji ve beyin atrofisi veya sistemik aterosklerotik vasküler hastalık yer almaktadır (Rivard ve ark., 2022). AF'li hastaların %15 ila %50'sinde beyin enfarktüsü bulunmaktadır (Hahne ve ark., 2016) ve AF tanısı sırasında sessiz serebral enfarktlar semptomatik enfarktlardan 5 kata kadar daha yaygındır (Gupta ve ark, 2016). Başlangıçta belirgin nörolojik defisitlere neden olmasalar da hem eş zamanlı bilişsel performans hem de gelecekte bilişsel gerileme riskiyle ilişkilidirler (Sigurdsson ve ark., 2017; Azeem ve ark., 2020). Ek olarak, AF ile ilişkili mikroembolizasyon ve hipoperfüzyon iskemik demiyelinizasyonu hızlandırarak bilişsel gerilemeyi daha da artırabilir (Berman ve ark., 2019).

2.5.3.Yaşam Kalitesi

AF, hastaların yaşam kalitesini anlamlı düzeyde düşürmektedir. AF tanısı almış hastalarda fiziksel kapasite azalmakta, günlük yaşam aktiviteleri sınırlanmakta ve bağımsız yaşam becerileri olumsuz etkilenmektedir (Kirchhof ve ark., 2016). Ayrıca, AF'nin yol açtığı semptomlar öz bakım yeterliliğini azaltırken, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan ciddi sonuçlara yol açmakta, hastane yatış sürelerini uzatmakta ve iş gücü kaybına neden olmaktadır (Karadeniz ve ark., 2022).

AF'li hastalarda yorgunluk, çarpıntı ve efor dispnesi en sık gözlenen semptomlar arasında yer almaktadır. Bu semptomlar, hastaların günlük aktivitelerini sınırlayarak yaşam kalitesinde düşüğe neden olmaktadır. Freeman ve arkadaşlarının 1925 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, semptomatik AF'nin yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Freeman ve ark., 2015). Semptom yükü fazla olan hasta grubunda, yaşam kalitesinin düşük olmasının yanı sıra hastaneye yatış oranlarının da daha yüksek olduğu bildirilmiştir. AF'nin, hastaların yaşam kalitesini bozmasının temel nedenleri arasında düzensiz kalp ritmine bağlı oksijenlenme yetersizliği, azalan egzersiz kapasitesi ve anksiyete yer almaktadır. Sık tekrarlayan AF atakları, hastalarda fiziksel performansın yanı sıra psikolojik iyi oluş halini de olumsuz yönde etkileyerek sosyal yaşamı kısıtlamaktadır (Theunissen ve Boogaard., 2023; Yeo ve ark., 2025).

2.5.4.İnme

AF en ciddi ve yaygın komplikasyonlarından biri iskemik inmeler olup, bu durumun temelinde yatan tromboembolik olaylar çeşitli patofizyolojik mekanizmalarla açıklanmaktadır. Atriyal dokuda gelişen düzensiz reentran ileti dalgaları, sol atriyum içinde kanın normal akışını bozarak özellikle sol atriyal apendikte kan birikmesine, yani staza yol açmaktadır (Senoo ve ark., 2022). Atriyum kasları normal şekilde kasılamadığı için, atriyum içinde titreşim tarzı hareketler meydana gelmektedir. Bu yetersiz kasılmalar kanın atriyum içinde duraklamasına neden olarak pıhtı oluşumu için riskli bir zemin oluşturmaktadır. Kan akımındaki bu düzensizlik aynı zamanda atriyum endotelinde hasar ve ödeme neden olarak “endotelde kabalaşma” diye tanımlanan

morfolojik değişikliklere sebebiyet vermektedir. Bu değişiklikler, pıhtılaşma hücrelerinin bir araya gelmesini kolaylaştırmaktadır (Senoo ve ark., 2022). Tüm bu süreçlerin sonunda oluşan trombüsler dolaşıma katılarak beyin damarlarını tıkayabilir ve embolik inmeye sebep olabilmektedir (Uzuner, 2015)

AF hastalarında bazı ek klinik durumlar inme riskini daha da artırmaktadır. Daha önce geçirilmiş GİA ya da inme öyküsü, hipertansiyon, diyabet, kadın cinsiyeti ve periferik damar hastalıkları, inme gelişimini kolaylaştıran başlıca faktörler arasında yer almaktadır (Uzuner, 2015). Özellikle 75 yaş üzerindeki hastalar, romatizmal mitral darlığı olanlar, kalp yetersizliği veya miyokard enfarktüsü geçmişı bulunanlar yüksek riskli gruplar olarak tanımlanmaktadır (Mozaffarian ve ark., 2016).

AF, tüm yaş gruplarında bağımsız bir inme risk faktörü olarak kabul edilmekte olup, tek başına bile inme olasılığını yaklaşık beş kat artırabilmektedir. AF'li hastalarda ortalama yıllık inme görülme oranı %2 civarındadır; ancak öncesinde GİA ya da inme geçirmiş hastalarda bu oran %10 seviyelerine kadar ulaşabilmektedir. Ayrıca, inme nedeniyle hastaneye başvuran hastalarda yapılan sistematik elektrokardiyografik değerlendirmelerde her 20 hastadan birinde AF tespit edilmiştir (Ergin ve ark., 2015).

AF'ye bağlı gelişen inmeler, diğer nedenlerle ortaya çıkan inmelerle karşılaştırıldığında daha ağır nörolojik etkiler, daha yüksek ölüm oranı ve kalıcı özürlülük gibi sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Literatürde yer alan araştırmalar, AF'nin inme riskini beş kat, mortaliteyi iki kat, kalp yetersizliği gelişimini üç kat ve demans riskini iki kat artırdığını ortaya koymaktadır (Berilęen, 2015). Türkiye'de yürütölen “Atrial Fibrillation in Turkey: Epidemiologic Registry” adlı araştırmada, ölkö genelinde AF'ye bağlı inme prevalansı %15 olarak saptanmıştır. Ayrıca kadınlarda bu durumun erkeklere göre yaklaşık 1,5 kat daha sık göröldüğü rapor edilmiştir. Antikoagölan tedavi almayan ve önceki inme öyküsü bulunmayan hastalarda yıllık inme riski %5'e yakinken; sekonder koruma kapsamında olan, yani geçmişte GİA veya inme geçirmiş hastalarda bu oran %12'ye kadar çıkmaktadır. Uygulanan tedavi stratejileri sayesinde, birincil koruma ile yıllık inme riskinde %3, ikincil koruma ile ise %8'lik mutlak risk azalması sağlandığı bildirilmiştir (Mozaffarian ve ark., 2016).

2.6. Atrial Fibrilasyon Sınıflandırması

AF, aritminin süresi ve hastanın sağlık kuruluşuna başvuru şekline göre farklı kategoriler altında değerlendirilmektedir (Kirchhof ve ark., 2016). AF sınıflaması aşağıda sunulmuştur:

1. İlk kez AF tanısı konulan olgular, semptomların süresine ya da şiddetine bakılmaksızın “yeni tanı konmuş AF (first diagnosed/new onset)” olarak adlandırılır.
2. Genellikle 48 saat içinde kendiliğinden sonlanan ataklar Paroksizmal AF olarak tanımlanmaktadır. Ancak bazı durumlarda bu sürenin 7 güne kadar uzayabildiği görülmektedir. Ayrıca, farmakolojik ya da elektriksel kardiyoversiyonla 7 gün içinde sonlandırılan ataklar da bu gruba dahil edilmektedir. Süresi 7 günü aşan ve spontan olarak sonlanmayan ataklar “inatçı (persistan) AF” olarak tanımlanmaktadır. Bu tür aritmiler yalnızca medikal tedavi ya da kardiyoversiyon müdahalesi ile sonlandırılabilir.
3. Eğer aritmi bir yıl veya daha uzun süredir devam ediyorsa ve ritim kontrolü hedefleniyorsa, bu durum “uzun süreli inatçı (long-standing persistent) AF” olarak tanımlanmaktadır.
4. Bir yıl veya daha uzun süredir devam eden AF’nin, hekim tarafından ritim düzenleme girişimi yapılmadan takip edilmesi kararlaştırılmışsa, bu durum “kalıcı AF” olarak tanımlanmaktadır (Kirchhof ve ark., 2016).

AF’nin zaman içerisinde ilerleyici bir progresyon gösterebilmektedir. Bu nedenle başlangıçta kısa süreli olan paroksizmal ataklar giderek daha sık ve uzun hale gelerek, sonunda kalıcı aritmiye dönüşebilir. Bu durum hastalığın progresif özelliği ile açıklanmaktadır. Bunun dışında AF, patofizyolojik nedenlerine göre de “valvüler” ve “non-valvüler” olmak üzere iki gruba ayrılır. Valvüler AF, özellikle romatizmal mitral darlığı veya mekanik kalp kapaklarına sahip hastalarda görülür ve tedavi kararlarını doğrudan etkileyen bir alt tiptir. Özellikle antikoagülan ilaç seçimi ve inme riskinin değerlendirilmesi sürecinde bu ayrım kritik öneme sahiptir (Yavuz ve ark., 2017).

AF, yüzeyel EKG, epikardiyal veya endokaviter elektrogramlar yardımıyla atriyal elektriksel aktivitenin değerlendirilmesine dayalı farklı açılardan da sınıflandırılabilir. Aynı zamanda hastanın genel klinik durumu ve aritminin zaman içerisindeki seyri de bu sınıflamaya yön verir. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin Aritmi Çalışma Grubu, AF'yi esas olarak "paroksizmal" ve "kronik" (persistan/kalıcı) olmak üzere iki ana başlık altında incelemektedir (Kirchhof ve ark., 2020). Paroksizmal AF, sıklıkla 7 gün içinde, hatta çoğu zaman ilk 48 saat içinde kendiliğinden sinüs ritmine dönen ataklarla karakterizedir. Bununla birlikte, bazı epizodlar uzayarak inatçı form halini alabilir (Köseoglu ve ark., 2021). Kronik AF ise 7 günden uzun süren ve kardiyoversiyon uygulanmasına rağmen sinüs ritmine geri dönmeyen durumları ifade eder. Bu formda aritmi, günlerce hatta haftalarca sürebilir (Lane ve ark., 2015). Paroksizmal AF'nin ne zaman sonlanacağı öngörülemez; ancak ilk 48 saat içinde kendiliğinden sonlanma olasılığı daha yüksektir. İnatçı epizodlar genellikle kardiyoversiyonla tedavi edilse de hangi hastanın ritmini kendiliğinden düzeltereğini öngörmek çoğu zaman zordur (Taggar ve ark., 2016). AF sınıflamaları birbirini dışlamaz; bir hastada hem paroksizmal hem de zaman zaman kalıcı AF atakları görülebilir. Bu nedenle, klinisyen pratikte en baskın formu esas alır. Kronik AF tanımı hem epizod süresini hem de genel hastalık sürecini içerir ve klinisyene göre farklılık gösterebilir (TKD, 2020).

Akut miyokard enfarktüsü, kalp cerrahisi, perikardit, miyokardit, hipertiroidi veya akut akciğer hastalıkları gibi tetikleyici klinik tablolar sonrasında gelişebilen AF ikincil AF olarak tanımlanmaktadır. Bu türde altta yatan hastalığın yönetilmesi genellikle AF'nin de düzelmesini sağlamaktadır (Cooper ve Klein, 2020).

Son olarak, "tek başına AF" kavramı, 60 yaşından küçük, hipertansiyon veya kardiyopulmoner hastalık gibi eşlik eden bir durumu bulunmayan hastalar için kullanılır. Bu tür hastalarda hastalığın gidişatı ve tedavi yaklaşımı, yapısal kalp hastalığı olanlardan farklı olabilmektedir (Ellinor ve Benjamin, 2022).

2.7. Tanı Yöntemleri

AF, birçok hastada çarpıntı şikayetine neden olsa da önemli bir hasta grubunda tamamen sessiz, yani asemptomatik şekilde seyredebilmektedir. Uzun süreli ambulator EKG takipleri, aynı bireyde hem belirti veren hem de belirtsiz AF epizodlarının birlikte bulunabildiğini göstermektedir. Bu durum, AF'nin semptomatik sunumunun oldukça değişken olduğunu ve geniş bir klinik spektrum gösterdiğini ortaya koymaktadır. Hastalığın zaman içerisindeki ilerleyişi de farklılık gösterebilir; başlangıçta baskın semptom çarpıntı iken, aritmi kalıcı hale geldikçe bu belirtiler kaybolabilmektedir. Paroksizmal AF'de hastalar çarpıntıyı yalnızca atak anlarında hissederken, kronik evreye geçenlerde semptomlar daha belirsiz hale gelebilmektedir (Kamel ve Healey, 2023).

Ventriküllerin yanıt hızının dakikada 100 atımın üzerine çıkması, kontrolsüz taşikardi olarak tanımlanmakta ve bu durum uzun vadede taşikardiye bağlı kardiyomiyopati gelişimi için zemin hazırlamaktadır. Sürekli hızlı ventrikül yanıtı, kalpte yapısal değişimlere neden olarak sol ventrikül fonksiyonlarında bozulmaya yol açabilmektedir (Wahid ve ark., 2023). Klinik muayene sırasında düzensiz nabız hissi, juguler venöz dalgalarda düzensizlik, değişken ilk kalp sesi ve sinüs ritminde duyulabilen dördüncü kalp sesinin kaybolması gibi bulgular AF'den şüphelenmeyi gerektirmektedir. Kesin tanı için 12 derivasyonlu EKG ve en az 30 saniyelik ritim kaydı gereklidir. Eğer paroksizmal AF ihtimali varsa, 24 saatlik Holter EKG veya implant edilebilir olay kaydediciler (loop recorder) epizodların belgelenmesinde faydalıdır (Taggar ve ark., 2016).

Tanı sürecinin bir parçası olarak akciğer grafisi çekilmesi, eşlik eden pulmoner patolojilerin değerlendirilmesi ve kardiyotorasik oran ölçümü açısından yararlıdır. Laboratuvar testleri tiroid fonksiyon testleri, böbrek ve karaciğer parametreleri, elektrolit düzeyleri ile tam kan sayımını kapsamalıdır. Bu incelemeler, AF'yi tetikleyebilecek olası altta yatan nedenlerin belirlenmesinde kritik rol oynar (Kirchhof ve ark., 2020).

Tüm hastalara transtorasik iki boyutlu Doppler ekokardiyografi yapılmalıdır. Bu yöntemle sol atriyum ve ventrikülün yapısal boyutları ve işlevleri incelenirken, aynı zamanda valvüler patolojiler, perikardial hastalıklar ve hipertrofik kardiyomiyopati gibi yapısal kalp hastalıkları dışlanmalıdır (Kirchhof ve ark., 2020).

2.8. Atrial Fibrilasyon Tedavisinde Oral Antikoagülan Tedavi

AF tedavisinde tromboemboli riskinin azaltılması, ventrikül hızının kontrol altına alınması ve ritim düzeninin sağlanması şeklinde üç temel amaç öne çıkmaktadır. Warfarin gibi antikoagülan ilaçlarla sağlanan pıhtı önleyici tedavi, inmeyi önlemede etkili olurken; semptomların hafifletilmesi ve kardiyomiyopati gelişiminin engellenmesi için hız ve ritim kontrolü önemlidir. Ritim koruma stratejileri, hastalarda hemodinamik düzelme ve yaşam kalitesinde artış sağlayabilmektedir (Kaya ve Durmuş, 2019).

AF, kardiyembolik inmelerin en önemli nedenlerinden biridir. Bu nedenle OAK tedavisi, hastalığın uzun vadeli yönetiminde kilit bir yer tutmaktadır. Türkiye'deki kılavuzlara göre tromboemboli riski değerlendirilerek OAK tedavisine başlanması önerilmektedir (Aykan ve Aydın, 2019). Günümüzde iki ana OAK grubu kullanılmaktadır: geleneksel vitamin K antagonistleri (örneğin warfarin) ve daha yeni nesil direkt oral antikoagülanlar (NOAK'lar). Warfarin, uzun süre boyunca AF'ye bağlı tromboemboli önlenmesinde tercih edilen ilaç olmuş; ancak terapötik etkinliği INR (International Normalized Ratio) düzeyinin ideal aralıkta (2,0–3,0) tutulmasına bağlıdır. Ancak Türkiye'de bu hedefe ulaşma oranı %40–50 düzeyinde kaldığı bildirilmiştir (Kara ve ark., 2018). Warfarin tedavisinde hedef düzeye ulaşılabilmesinde K vitamini içeren besinler, ilaç etkileşimleri ve hastanın çoklu komorbid durumlarının bulunması neden gösterilmiştir (Özkan ve Demirel, 2021). Bu sebeple, sabit dozda kullanılabilen ve INR takibi gerektirmeyen NOAK'lar, klinik pratikte giderek daha fazla tercih edilmektedir. Ayrıca Dabigatran, rivaroksaban, apiksaban ve edoksaban gibi ajanların, intrakraniyal kanama riskini warfarine göre daha düşük düzeyde tuttuğu saptanmıştır (Gürsoy ve Kılıç, 2021). Warfarine karşı olumlu etkilerine karşın NOAK kullanımının önerilmediği ya da doz ayarlaması gerektirdiği hasta grubu bulunmaktadır. Özellikle böbrek fonksiyonları zayıf olan hastalarda doz ayarlaması gereklidir. Kreatinin klerensi 30 mL/dk'nın altına inen hastalarda dabigatran önerilmezken, diğer NOAK'lar için doz

düşürülmesi gerekmektedir (Ergene ve Ateş, 2023). Ayrıca mekanik kalp kapağı ya da ciddi mitral darlığı bulunan hastalarda NOAK kullanımı uygun değildir; bu grupta warfarin tek seçenektir (Otto ve ark., 2020).

Antikoagülan tedavinin etkinliği sadece ilaçların farmakolojik özelliklerine değil, aynı zamanda hastanın uyumuna da bağlıdır. Türkiye'de NOAK kullanan hastaların yaklaşık %80'i düzenli ilaç alırken, doz atlamalarının en yaygın nedeni unutkanlık olarak bildirilmiştir (Çelik ve Koç, 2022). Mobil uygulamalar ve hasta eğitimi gibi destekleyici yöntemlerin ilaç uyumunu artırdığı görülmektedir. Bununla birlikte, OAK alan hastalarda kanama riski mutlaka değerlendirilmeli; HAS-BLED skoru ≥ 3 olanlarda koruyucu önlemler alınmalıdır (Guo ve ark., 2020). Ciddi kanamalarda, tedavi şekli kullanılan antikoagülana göre belirlenir. Warfarin kaynaklı durumlarda INR'nin hızlıca düşürülmesi, protrombin kompleks konsantresi ve intravenöz K vitamini ile sağlanır. Dabigatran için idarucizumab, faktör Xa inhibitörleri için andeksanet alfa veya yüksek doz PCC tercih edilir. Kanamanın ardından antikoagülasyonun ne zaman tekrar başlanacağı, bireysel risk değerlendirmesi ile kararlaştırılmalıdır (Gürsoy ve Kılıç, 2021).

Uzun süreli takipte böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, kan basıncı ölçümleri ve hemogram düzenli olarak izlenmelidir (TKD, 2020). NOAK kesilme süreleri, ilacın yarı ömrü ve böbrek fonksiyonlarına göre 24–72 saat arasında değişiklik gösterir. Bu bulgular, antikoagülasyonun kişiye özel planlanması gerektiğini ve sağlık politikalarının maliyet-etkinlik verileri ile desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Soyer., 2021).

AF, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. 2010 itibarıyla dünya genelinde yaklaşık 35 milyon kişiyi etkilediği bildirilmiş ve 2030'a kadar bu sayının ikiye katlanacağı öngörülmektedir (Senoo ve ark., 2022). Araştırmalar, AF'nin inmeyi yaklaşık beş kat artırdığını ortaya koymuş; buna bağlı olarak OAK tedavisi, inme profilaksisinde kilit rol oynamaktadır. Bazı çalışmalar, bu tedavi ile inme riskinde %66 oranında azalma sağlandığını göstermiştir (Salmasi ve ark., 2020). Antikoagülanlar yalnızca inme önlenmesinde değil, aynı zamanda kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi düşürmede de önem taşımaktadır (Machado ve ark., 2021).

2.9. Af Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyum

AF gibi kronik hastalıkların tedavisinde, tedavi etkinliğini ölçen en belirleyici faktör tedaviye uyumdur. Hastaların tedaviye uyumunu; diyet, hekim tarafından önerilen ilaçların doğru zamanda doğru dozda kullanımı, yaşam tarzı değişiklikleri, egzersiz ve hareket durumu kapsamaktadır. Irk, eğitim durumu, evlilik durumu, sosyoekonomik durum ve davranış değişikliği için motivasyon gereksinimi gibi faktörler de tedaviye uyumu etkilemektedir (Demirbaş ve Kutlu, 2020). Bununla birlikte, tedaviye uyumsuzluk, AF yönetiminde karşılaşılan en temel zorluklardan biridir. AF tedavisinde sıklıkla kullanılan özellikle varfarinin, düzenli izlem gerektirmesi, sık doz ayarı, gıda-ilaç etkileşimi, ilaç-ilaç etkileşimi gibi nedenlerden dolayı kullanımı zor olmaktadır. Ayrıca varfarin kullananların önemli bir kısmında antikoagülasyon yetersiz kalmaktadır. İntrakraniyal hemorajilere neden olması da diğer bir yönüdür. Tüm bu nedenlerden dolayı etkin, güvenli ve kullanımı kolay NOAK ajanlara gereksinim duyulmaktadır (Kailas ve Thambuluru, 2016; Kirley ve ark., 2016). Bu uyumun düşük düzeyde olması tekrarlı hastane yatışlarını ve mortalite oranlarında ciddi artışa neden olmaktadır (Ferguson ve diğerleri, 2015).

Antikoagülan tedavinin en büyük yan etkisi kanama riskinin artmasıdır. Bu kanama, basit bir burun kanamasından büyük çaplı intrakraniyal hemorajilere kadar çeşitlilik gösterebilmektedir (Mohammed Hashem Elkerdawy ve ark, 2023). AF tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, antikoagülan tedaviye uyumsuzluğun sebeplerinden birinin, hastaların kanamadan korkmaları nedeniyle ilaç alımından çekindikleri ve buna bağlı tedaviye uyumlarının düşük olduğu raporlanmıştır (Yao ve ark, 2022). AF tanısı olan hastalarda inme ve arteriyel tromboemboli riski fazladır (Özer, 2016). Tedavide kullanılan OAK ilaçlar inme riskini azaltarak bireyin yaşam süresini arttırmaktadır (Koca, 2018).

2.10. Af Tanılı Hastalarda Sağlık Algısı

Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığına ilişkin değerlendirmesini ve sağlıkla ilgili davranışlara olan tutumunu şekillendiren bilişsel bir kavramdır (Özdelikara ve ark., 2018). Hastaların sağlığı algılaması, yaşam biçimi davranışları ve kişisel yeterliliği

kronik hastalıkların etkili yönetimi için önemlidir (Gür ve Sunal, 2018). Yüksek sağlık algısına sahip hastalar, sağlıklarını korumak ve iyileştirmek adına daha bilinçli hareket ederken; sağlık algısı düşük olan hastalarda tedavi süreçlerine ilgisizlik, tedaviyi ihmal etme ve risklerin farkında olmama gibi eğilimler görülebilmektedir. Bu durum, özellikle sessiz seyreden veya semptomları belirgin olmayan kronik hastalıklarda tedaviye uyumu doğrudan olumsuz etkileyebilmektedir (Sheikh ve ark., 2015).

AF gibi uzun süreli izlem gerektiren bir hastalıkta, bireyin sağlığını tehdit altında hissetmemesi durumunda tedaviye ilgisi azalmakta, bu da iskemik inme gibi geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilmektedir (Miyazaki ve ark., 2018). Asemptomatik seyreden AF vakalarında, sağlık algısı yetersiz olan hastalarda tedaviye bağlılık oranı oldukça düşük olduğu bildirilmiştir. AF'li hastalarda sağlık algısını etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Bunlar arasında yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik koşullar, önceki sağlık deneyimleri, sosyal destek sistemi, inanç yapısı ve genel yaşam memnuniyeti gibi bireysel ve çevresel faktörler yer almaktadır (Sarı ve ark., 2015).

Hemşireler, empatik iletişim kurarak hastanın hastalıkla ilgili korkularını, yanlış inanışlarını ve motivasyon eksikliklerini anlamalıdır. Bu doğrultuda motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak bireyin tedaviye yönelik içsel motivasyonu desteklenebilmektedir (Rollnick & Miller, 2019). Ayrıca, hastalara kendi sağlık durumlarını izleme becerileri kazandırmak örneğin nabız kontrolü, kan basıncı takibi veya INR ölçüm sonuçlarını takip etme; onların kendi sağlıklarını yönetebilme inancını güçlendirmektedir. Bu durum, öz-etkililik ve sağlık algısının birlikte artmasına katkı sağlamaktadır (Sousa et al., 2021).

2.11.Tedaviye Uyum Ve Sağlık Algısı İlişkisi

Tedaviye uyum, bireyin kendisine önerilen tıbbi tedavi planına gönüllü olarak katılım göstermesi, ilaçlarını reçetelendiği şekilde düzenli ve doğru biçimde kullanması, randevularına gitmesi ve yaşam tarzı değişikliklerine riayet etmesi olarak tanımlanabilir. Kronik hastalıklarda, tedaviye uyum; tedavi başarısını doğrudan etkileyen belirleyici bir faktördür. Bu noktada, bireyin tedaviye yaklaşımını ve sürece katılımını şekillendiren önemli psikososyal bir etken olan sağlık algısı, tedaviye

uyumun temel belirleyicileri arasında yer almaktadır (Sheikh ve ark., 2015). Vinereanu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada AF hastalarının antikoagülasyon tedavisine yönelik algılarını ve bu algıların tedavi uyumuyla ilişkisi incelenmiş çalışmanın sonuçlarına göre bazı hastaların yan etki korkusu, tedavinin gerekliliğini küçümseme gibi nedenlerle tedaviye ilgisiz davranabildikleri belirtilmiştir (Vinerenau ve ark., 2020). Araştırmalar, sağlık algısı yüksek olan hastaların, hastalıklarına dair farkındalıklarının arttığını, tedavi sürecini sahiplenme düzeylerinin yükseldiğini ve tıbbi önerilere daha çok uyduklarını göstermektedir (Guruhan ve ark., 2023). Bu hastalar, tedavi sürecinde sağlık profesyonelleriyle daha etkili iletişim kurmakta, semptomlarını izleme ve raporlama konusunda daha dikkatli davranmakta ve ilaçlarını zamanında alma konusunda daha hassas olmaktadır (Noghabi ve ark., 2022).

Tedaviye uyum ile sağlık algısı arasındaki ilişki, yalnızca bireyin bilişsel farkındalığına değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal desteğine de bağlıdır. Kendisini sağlık açısından güçlü ve kontrol sahibi hisseden hastalar, tedavi sürecinde karşılaştıkları olası zorluklarla baş etme konusunda daha dirençlidir. Örneğin, uzun süreli ilaç kullanımı, yan etkilerle başa çıkma ya da yaşam tarzı değişikliklerini sürdürme gibi durumlarda, güçlü sağlık algısı önemli bir koruyucu faktör olarak devreye girer (Sharma ve ark., 2015). Bu bağlamda özellikle hemşireler hastaların sağlık algısını güçlendirmek için eğitimler ve destek programları sunarak hastalıklarının etkili yönetimini ve akılcı ilaç kullanımını teşvik edebilirler. Bu şekilde, hastaların sağlık sonuçları iyileştirilebilir ve yaşam kaliteleri artırılabilir (Özdelikara Ağaçdiken Alkan ve Mumcu, 2018).

2.12. Hemşirelik Bakımı

OAK tedavisi alan AF hastalarında hemşirelik müdahaleleri, hem inme riskini azaltmak hem de kanama gibi tedaviye bağlı komplikasyonları önlemek açısından kritik öneme sahiptir. Hemşirelik bakımı; bireysel risk profillerinin değerlendirilmesi, hasta eğitimi, ilaç uyumunun sürdürülmesi ve disiplinler arası iş birliği gibi çok yönlü bileşenlerden oluşmaktadır (Çelik ve Koç, 2022). AF'nin erken tanısına yönelik toplumsal taramalar, tanı almış hastalarda primer korunma uygulamaları ve inme geçirmiş hastalarda sekonder korunma stratejilerinin uygulanması ve hastalara

benimsetilmesi de hemşirelik bakımının temelinde yer almaktadır (İltuş ve Karadakovan, 2017). Güncel rehberler, hemşirelerin CHA₂DS₂-VASc ve HAS-BLED gibi klinik skorlama sistemlerini kullanarak hem hastaya hem sağlık ekibine rehberlik etmesini desteklemektedir (Nesheiwat ve ark., 2023).

Kanıtı dayalı uygulamaların, kardiyovasküler riskleri azaltmada etkili olduğu bilinmektedir. Hemşire liderliğinde yürütülen AF yönetimine ilişkin programların maliyet etkin ve sonuç odaklıdır fakat ülkemizde bu anlamdaki programlar sınırlı sayıdadır (Yıldırım ve Bayık Temel, 2020).

AF nedeniyle OAK başlanan hastalarda hemşirelerin tedavinin başlangıcında hastayı OAK tedavisinin amacı, potansiyel yan etkileri ve kanama bulguları hakkında detaylı bilgilendirmesi; özellikle NOAK kullananlarda böbrek fonksiyonlarının düzenli takibi ve yaşlı hastalarda doz ayarlamaları konusunda bilinç kazandırması beklenmektedir (Ergene ve Ateş, 2023). İzlem sürecinde ilaç uyumu ve yaşam tarzı danışmanlığı öne çıkmaktadır. Türkiye'deki saha çalışmaları, NOAK kullanıcılarının yaklaşık %20'sinin doz atladığını, bunun temel nedeninin unutkanlık olduğunu ortaya koymuştur. Bu sorun, hemşirelerin hastaya özel günlük ilaç takvimleri oluşturması, aile katılımını teşvik etmesi ve dijital hatırlatıcılar önermesi ile azaltılabileceği bildirilmektedir. Warfarin kullanan hastalar için ise K vitamini içeren besinlerin düzenli alımı ve alkol/NSAİİ (Non-Steroid Antiinflamatuvar İlaç) tüketiminin sınırlanması yönünde eğitim verilmelidir (Kara ve ark., 2018). Hasta ve aile eğitimlerinin içeriğinde; OAK tedavisinin tanımı, ilaç etki mekanizmaları, risk-fayda dengesi, olası etkileşimler ve acil durum yönetimine yer verilmelidir. Eğitim, bireyin yaşına ve öğrenim düzeyine göre uyarlanmalı; broşürler, yüz yüze görüşmeler ve sunumlar gibi çoklu yöntemlerle desteklenmelidir (Us ve Yazıcı, 2021). Görsel-işitsel materyallerle desteklenen, tekrar ilkesine dayalı eğitim modellerinin bilgi kalıcılığını artırdığı, mobil uygulamalar ve hatırlatıcıların ise tedaviye uyumda sürekliliği desteklediği bildirilmiştir (Galmarini ve ark., 2024). Yapılandırılmış hemşirelik eğitimlerinin, warfarin güvenliği ve hasta uyumu açısından belirgin fayda sağladığı gösterilmiştir (Us ve Yazıcı, 2021).

AF'li hastalarda hemşirelik bakımında ilaç ve tedaviye uyumun artırılması, düzenli kontrollerin öneminin vurgulanması konularında bireyselleştirilmiş planlı

eğitimlerin uygulanmasının yanı sıra hastaya psikososyal destek sağlanması da önemlidir. OAK kullanan hastalarda, özellikle kanama endişesi kaygıya neden olabilmekte ve bu durum tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilmektedir. Hemşire, hastanın ruhsal durumunu düzenli olarak değerlendirmeli, gerektiğinde liyezon konsültasyon hemşirelerine veya psikolojik danışmanlık hizmetlerine yönlendirmelidir. Yüzyüze bireyselleştirilmiş eğitimin yanında tele-hemşirelik uygulamaları, özellikle pandemi döneminde, AF'li hastalarda hem ilaç uyumunu hem de yaşam kalitesini artırıcı etkileriyle dikkat çekmiştir (Yıldız ve Karadeniz, 2021).

AF'nin ciddi komplikasyonlara yol açabilmesi, hemşireyi bu alanda aktif bir izleyici ve rehber konumuna taşımaktadır. Özellikle OAK tedavi alan hastalarda multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmesi ve ekipte hemşireler vazgeçilmezdir. Hemşire, kardiyolog, iç hastalıkları uzmanı, eczacı ve beslenme ekipleri ile birlikte çalışarak hastanın tedavi sürecini bütüncül biçimde yönetmelidir. Laboratuvar bulgularının takibi, tedavi protokollerinde gerektiğinde güncellemeler yapılması ve bireysel izlem planlarının oluşturulması bu iş birliğinin temel unsurlarını oluşturmaktadır (Us ve Yazıcı, 2021).

Warfarin tedavisinin güvenli sürdürülebilmesi için terapötik INR düzeylerinin korunması gereklidir. Hareket kısıtlılığı ya da ulaşım engeli olan hastalarda eve arke izlem, taşınabilir INR ölçüm cihazları ve hemşire eşliğinde yapılan ziyaretler, komplikasyon oranlarını azaltarak tedaviye katkı sunabilmektedir. Ev destekli programlara dahil edilen hastalarda, öz yönetim becerileri ve INR kontrol başarısı anlamlı düzeyde arttığı gösterilmiştir (Yıldırım ve Bayık Temel, 2020). Dar terapötik aralık ve çoklu ilaç-besin etkileşimleri nedeniyle, warfarine bağlı istenmeyen olaylar (trombotik ya da kanama komplikasyonları) hâlâ acil başvuruların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu hastaların önemli bir bölümünde, tedaviye dair bilgi eksiklikleri saptanmış; özellikle doz yönetimi ve etkileşimler konusunda yetersizlikler belirlenmiştir. Sürekliliği olan ve güncel bilgilerle desteklenen hasta eğitimleri, bu komplikasyonların önlenmesinde kilit rol oynamaktadır (Yakar ve ark., 2020).

2.13. İnme Farkındalığı Ve Hemşirelik

İnme; iskemik ve hemorajik tipleriyle beyin dokusunda ani kan akımı bozukluğu sonucu oluşan nörolojik işlev kaybıdır. Küresel yükü yüksektir ve GİA gelecekteki inme riski açısından uyarıcıdır. Erken tanı ve tedavi ile mortalite ve sakatlık azaltılabilir; bu nedenle toplum ve sağlık çalışanları düzeyinde farkındalığın artırılması hayati önem taşımaktadır (Feigin ve ark., 2025).

Dünya genelinde hem ölüm hem de uzun süreli sakatlık nedenleri arasında üst sıralarda yer alan inme, zamanında ve doğru müdahaleyle büyük ölçüde önlenabilir ya da etkileri azaltılabilir bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda, inme farkındalığı hem bireysel hem de toplumsal düzeyde, hızlı tanı, etkin tedavi ve komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir (Yıldız, 2018). İnme farkındalığı, hastaların inmenin belirtilerini, risk faktörlerini ve acil müdahalenin gerekliliğini bilmesi anlamına gelmektedir. İnmenin en sık görülen belirtileri arasında aniden gelişen konuşma bozukluğu, vücudun bir yarısında güçsüzlük veya hissizlik, bilinç bulanıklığı, görme kaybı ve denge bozukluğu yer almaktadır. Bu belirtileri tanımak ve hızlıca sağlık kuruluşuna başvurmak, bireyin hayatının kurtarılmasında belirleyici olabilmektedir. Ne yazık ki, birçok kişi bu belirtileri yeterince tanımadığı için acil servise geç başvurmakta ve bu durum kalıcı hasar riskini artırmaktadır. Bu nedenle, inme farkındalığını artırmak, sağlık sistemlerinin yükünü azaltmanın yanı sıra hastaların yaşam kalitesini korumada da önemli bir adımdır (Aydın, 2023).

Hemşireler; halka yönelik eğitimlerde inme, risk faktörlerini ve inme sırasında ortaya çıkan ve FAST/BE FAST şeklinde kısaltılan sırasıyla denge, ani görme kaybı, yüzde meydana gelen asimetri, konuşma bozukluğu, zaman kaybetmeden 112'yi arama şeklinde belirtiler bulguların neler olduğunun anlatılmasında aktif rol üstlenmektedirler. Risk faktörleri ve belirtilerin halk tarafından öğrenilmesi toplumun erken başvuru davranışını değiştirilmesinde etkilidir. Ayrıca hasta tabanlı programlar (hasta ve hasta yakını toplantıları) inme sonrası bakım uyumunu da iyileştirmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda sağlık personeli ve hasta yakınları arasındaki farkındalık düzeyleri incelenmiş ve çalışmalarda eğitim ihtiyacı vurgusu yapılmıştır (Çelik ve ark., 2020; Bayraktar ve ark., 2021).

İnme farkındalığı hem birey hem toplum sağığı açısından stratejik bir öneme sahiptir ve bu alanda hemşirelik mesleğı çok yönlü sorumluluklar üstlenmektedir. Gerek hastaların bilgi düzeylerini yükseltmek gerekse yaşam tarzı değışikliklerini teşvik etmek açısından hemşirelerin önleyici sağık hizmetlerindeki rolleri, inmenin önlenmesinde ve etkilerinin azaltılmasında vazgeçilmezdir. Bu nedenle hemşirelerin farkındalık artırıcı çalışmalara liderlik etmesi, sağık sistemlerinde daha etkili sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır (Yıldız, 2018).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı Ve Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma 30.10.2024-30.06.2025 tarihleri arasında Erbaa Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Erbaa Devlet Hastanesinde 2 kardiyoloji polikliniği bulunmaktadır. Polikliniklerde EKG, EFOR ve holter ölçümü için iki oda yer almakta ve 3 hemşire görev yapmaktadır. Kardiyoloji hastaları karma dahiliye servisi olarak adlandırılan birimde takip edilmektedir. Bu birimde 5 adet hasta yatağı kardiyoloji hastaları için ayrılmıştır. Serviste 10 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erbaa Devlet Hastanesi acil servis ve kardiyoloji polikliniğine başvuran ve yatarak tedavi alan tüm AF'li hastalar oluşturmuştur. Bu çalışmada ulaşılması gereken minimum sayı G*Power V3.1.9.7 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem için referans alınan çalışmada HBHTUÖ (Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği) ile SAÖ (Sağlık Algısı Ölçeği) arasındaki ilişki dikkate alındığında; %95 güven (1- α), %95 test gücü (1- β), $f^2=0,076$ etki büyüklüğü ile regresyon analizi power analizi sonucuna göre çalışmaya minimum 206 katılımcı dahil edilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmadan veri kaybı olabileceği düşünülerek çalışmaya örneklem hesabında hesaplanan hasta sayısının %10 fazlası olan 226 hasta dahil edilmiştir. Veri toplanan hastalardan 8'inin eksik veri vermesi, 6'sının 6 ayın altında tanı süresinin bulunması ve 4'ünün çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle çalışma 208 hasta ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. AF tanısı almış olan (en az 6 ay),
2. Oral antikoagülan tedavi alan,

3. Bilinci açık, oryante, koopere,
4. İşitme sorunu olmayan,
5. 18 yaş ve üzeri,
6. Araştırmaya katılmayı kabul etmedir.

3.5. Dışlanma Kriterleri

1. AF tanısını 6 aydan daha kısa süre önce almış olması
2. 18 yaşın altında olması
3. Bilişsel sorunu olması
4. Kooperasyon kurulamaması
5. İşitme ve konuşma sorunu olmasıdır

3.6. Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri

Sağlık algısı, tedaviye uyum ve inme farkındalığı araştırmanın bağımlı değişkenleridir. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, birlikte yaşanan kişiler, sigara ve alkol kullanımı) ve hastalığa ait özellikleri (ek kronik hastalık öyküsü, daha önce GİA geçirme durumu, antikoagülan ilaç kullanımı, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi) araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7. Araştırmanın Soruları

1. Atrial fibrilasyonlu hastalarda tedaviye uyum düzeyi nasıldır?
2. Atrial fibrilasyonlu hastalarda sağlık algısı düzeyi nasıldır?
3. Atrial fibrilasyonlu hastalarda inme farkındalığı var mıdır?
4. Demografik özellikler ilaç uyumunu etkiler mi?
5. Demografik özellikler ile sağlık algısı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
6. Atrial fibrilasyonlu hastalarda tedaviye uyum ve sağlık algısı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
7. Atrial fibrilasyonlu hastalarda tedaviye uyum düzeyleri ile sağlık algısı arasındaki ilişkide inme farkındalığının aracılık rolü var mıdır?

3.8. Verilerin Toplanması

Veri toplama sürecinde araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri doğrultusunda hastaların çalışmaya katılma isteği, 18 yaş üstü olması ve OAK ilaç kullanması sorgulanarak örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalar araştırmaya alınmıştır. Veri toplama formları uygulanmadan önce her hastadan bilgilendirme sonrası sözlü olarak araştırmaya katılmayı kabul ettiğine dair onam alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastalara “Hasta tanıtım formu”, “İUBÖ” ve SAÖ” araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Araştırmanın verileri hastaların uygun olduğu saatlerde poliklinikte ve acil serviste (akut tedavi yapıldıktan sonra), yatan hastalarda ise tedavi ve bakım saati olmayan bir zaman diliminde hasta odalarında toplanmıştır.

3.8.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta Tanıtım Formu”, “İUBÖ” ve “SAÖ” kullanılmıştır.

3.8.1.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu, araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Soylu, 2018; Yıldırak, 2019; Altuntaş, 2022). Formda AF’li hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanım öyküsü gibi tanıtıcı özelliklerini sorgulayan 6 soru, hastalık süresi, ek hastalık varlığı, hastalık bilgi düzeyi, antikoagülan ilaç kullanım öyküsü gibi hastalık özelliklerini sorgulayan 6 soru ve hastaların sahip olduğu düzensiz kalp ritminin inmeye sebep olup olmadığı konusundaki inme farkındalığını ölçen bir soru dahil olmak üzere toplam 13 soru yer almaktadır.

3.8.1.2. İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İUBÖ)

Horne ve Hankins (2001) tarafından ilaç uyumunu değerlendirmek için geliştirilen bir ölçektir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şen ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır. Beşli likert tipinde olan ölçek (5=asla, 4=nadiren, 3=bazen, 2=sık sık ve 1=her zaman) beş maddeden oluşmaktadır. Maddelerden elde edilen puanlar toplanarak toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 5 ile

25 arasında değişmektedir. Elde edilen puanlardaki yükselme daha iyi ilaç uyumuna, puanlardaki düşme ise ilaç uyumsuzluğuna işaret etmektedir. Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,84 olarak bulunmuştur (Şen ve ark., 2019). Bu çalışmanın Cronbach's alfa değeri 0,875 olarak bulunmuştur.

3.8.1.3 Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Sağlık Algısı Ölçeği 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 15 madde ve dört alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek “çok katılıyorum= 5”, ve “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'tir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır (Kadioğlu ve Yıldız 2012). Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri kontrol merkezi 0.737, öz farkındalık 0.590, kesinlik 0.652 ve sağlığın önemi alt boyutu için 0.571'dir. Ölçeğin toplamına ilişkin Cronbach's alfa değeri ise 0.811'dir. Bu çalışmada Cronbach's alfa değerleri kontrol merkezi için 0,690, kesinlik 0,480, sağlığın önemi 0,812, öz farkındalık 0,663 ve ölçeğin toplamı için 0,823 olarak elde edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için önce Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (22.10.2024/17/E-33490967-044-490443) alınmıştır (Ek 7). Araştırmanın yürütülebilmesi için Erbaa Devlet Hastanesi ve Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (20.11.2024/E-87064461-044-259987517) alınmıştır (Ek 8). Araştırmaya başlamadan önce “İlaç Uyumu Bildirim Ölçeği” ve “Sağlık Algısı Ölçeği” ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan ilk yazarlardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 4 ve Ek 5). Katılımcılara açıklama yapıldıktan sonra çalışmayı kabul ettiklerine dair yazılı ve sözlü onam alınarak veriler toplanmıştır (Ek 6).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde veriler R programı v4.4.1 ve IBM SPSS v23 ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk Testi ve Kolmogorov Smirnov Testi ile incelenmiştir. İki gruplarda normal dağılıma uymayan verilerin analizinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri kategorili bağımsız değişkenlerde normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyonu kullanılmıştır. Aracı etkinin analiz edilmesinde Lavaan paketi kullanılmış olup tahmin etme yöntemi olarak WLSMV (Wighted Least Squares Mean and Variance Adjusted) yöntemi kullanılmıştır. Nicel verilerin gösteriminde ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum - maksimum) kullanıldı. Kategorik veriler frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Örneklem büyüklüğü G*Power V3.1.9.7 programı ile hesaplanmıştır. Önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde AF'li hastaların sosyodemografik, hastalıkla ilgili özellikleri, ölçeklere ait tanımlayıcı istatistikler, ilaç uyumu ve sağlık algısı arasındaki korelasyon analizine yönelik bulgular, demografik değişkenlerle ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulgular ve ilaç uyumu ve sağlık algısı arasındaki ilişkideki inme farkındalığının aracılık rolüne ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4. 1. AF'li Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=208)

	Ortalama standart sapma	± maksimum	Ortanca (minimum - maksimum)
Yaş	64,75 ± 12,74		65,5 (31 - 91)
	Frekans		Yüzde
Cinsiyet			
Kadın	102		49
Erkek	106		51
Eğitim düzeyi			
Okur yazar olmayan	20		9,6
Okur yazar	76		36,5
İlkokul	44		21,2
Lise ve üzeri	68		32,7
Gelir durumu			
Fazla	32		15,4
Eşit	124		59,6
Az	52		25
Birlikte yaşanan kişiler			
Eş	138		66,3
Aile	52		25
Yalnız	18		8,7
Sigara ve alkol kullanma durumu			
Yalnızca sigara	60		28,9
Alkol	4		1,9
Her ikisi	16		7,7
Hiçbiri	128		61,5
Ek hastalık varlığı			
Evet	151		72,6
Hayır	57		27,4
Geçici iskemik inme geçirme durumu			
Evet	65		31,2
Hayır	143		68,8
Hastalık hakkında eğitim alma durumu			
Evet	150		72,1
Hayır	58		27,9
Bilgi kaynağı			
Doktor	146		97,3
Hemşire	52		34,7
Eczacı	18		12
İnternet	20		13,3
Komşu / akraba	0		0
Af hastası	8		5,3
Diğer	0		0

Tablo 4.1. (Devam) AF'li Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (n=208)

OAK kullanımı		
Evet	208	100
Hayır	0	0
Poliklinik kontrolü		
Hiç	3	1,4
Yılda bir	57	27,5
Yılda 2 kez	102	49
Yılda 3 kez	24	11,5
Yılda 4 kez	14	6,8
Yılda 6 kez	8	3,8
İnme farkındalığı		
Evet	129	62
Hayır	12	5,8
Bilgin yok	67	32,2

Not: Birden fazla işaretlenen sorularda toplam yüzde 100'ü aşmaktadır.

Tablo 4.1'de yer alan bulgular katılımcı grubunun demografik özelliklerini ayrıntılı biçimde göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $64,75 \pm 12,74$ yıl, %51'inin erkek, %35,1'inin okur yazar, %59,6'sının gelirinin giderine eşit, %66,3'ünün eşi ile yaşadığı, %61,5'inin sigara veya alkolden hiçbirini kullanmadığı, %72,6'sının ek hastalığının bulunduğu, %68,8'inin geçici iskemik inme geçirmediği, %72,1'inin hastalık hakkında bilgi almadığı, %97,3'ünün bilgi kaynağının doktor, %49'unun yılda iki kez poliklinik kontrolüne gittiği ve %62'sinin inme farkındalığının olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 2. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Korelasyon Analizi Sonuçları

	Ortalama $\pm$ S.sapma	Ortanca (minimum - maksimum)	İlaç uyumu	
İlaç uyumu	23,03 $\pm$ 2,95	24 (12 - 25)	r	p
Sağlık algısı	42,08 $\pm$ 6,79	42 (29 - 56)	0,722	<0,001
Kontrol merkezi	11,99 $\pm$ 2,78	11 (7 - 18)	0,684	<0,001
Kesinlik	9,21 $\pm$ 2,06	9 (5 - 16)	0,347	<0,001
Sağlığın önemi	10,9 $\pm$ 2,34	11 (6 - 15)	0,549	<0,001
Öz farkındalık	9,98 $\pm$ 1,9	10 (4 - 15)	0,473	<0,001

r: Spearman's rho korelasyonu

Tablo 4.2’de AF tanılı hastaların İUBÖ ve SAÖ ölçekleri ve SAÖ alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastalarının İUBÖ puan ortalamasının $23,03 \pm 2,95$ olduğu belirlenmiştir. SAÖ toplam ölçek puan ortalamasının $42,08 \pm 6,79$, kontrol merkezi alt boyutu ortalamasının $11,99 \pm 2,78$, kesinlik alt boyutu ortalamasının $9,21 \pm 2,06$, sağlığın önemi alt boyutu ortalamasının $10,9 \pm 2,34$ ve öz farkındalık alt boyutu ortalamasının $9,98 \pm 1,9$ olduğu belirlenmiştir.

İUBÖ ile SAÖ arasında güçlü, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,722$; $p<0,001$). İUBÖ ile SAÖ kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi, öz farkındalık alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tablo 4. 3. Yaş ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Yaş	
	r	p
Sağlık algısı	-0,334	<0,001
İlaç uyumu	-0,344	<0,001
Kontrol merkezi	-0,194	0,005
Kesinlik	-0,003	0,972
Sağlığın önemi	-0,468	<0,001
Öz farkındalık	-0,290	<0,001

r: Spearman’s rho korelasyonu

Tablo 4.3’te AF tanılı hastaların yaş ile SAÖ alt boyutları ve İUBÖ toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır. Katılımcıların yaşı ile sağlık algısı ($r=-0,334$), ilaç uyumu ($r=-0,344$), sağlığın önemi ($r=-0,468$) ve öz farkındalık ($r=-0,290$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p<0,001$). Bu sonuç, yaş ilerledikçe hastaların sağlık algısında ve ilaç uyumu düzeylerinde azalma olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 4. Sosyodemografik Özellikler ile İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (minimum - maksimum)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet				
Kadın	22,87 $\pm$ 3,22	24 (12 - 25)	5274,500	0,748 ^x
Erkek	23,19 $\pm$ 2,67	24 (14 - 25)		
Eğitim düzeyi				
Bilmiyor	21,8 $\pm$ 4,58	23,5 (13 - 25) ^a	44,953	<0,001 ^y
Okuma yazma bilen	22,13 $\pm$ 3,2	23 (12 - 25) ^a		
İlkokul	23,14 $\pm$ 1,94	23,5 (19 - 25) ^a		
Lise ve üzeri	24,34 $\pm$ 1,98	25 (17 - 25) ^b		
Ek hastalık varlığı				
Evet	24,04 $\pm$ 2,11	25 (17 - 25)	5763,500	<0,001 ^x
Hayır	22,66 $\pm$ 3,13	24 (12 - 25)		
Geçici iskemik inme geçirme durumu				
Evet	22,51 $\pm$ 3,55	24 (12 - 25)	4071,000	0,127 ^x
Hayır	23,27 $\pm$ 2,61	25 (14 - 25)		
Hastalık hakkında eğitim alma durumu				
Evet	23,59 $\pm$ 2,78	25 (12 - 25)	6718,500	<0,001 ^x
Hayır	21,59 $\pm$ 2,9	22 (14 - 25)		
Poliklinik kontrolü				
Hiç	20,33 $\pm$ 1,15	21 (19 - 21) ^{ab} /27,17	93,218	<0,001 ^y
Yılda bir	21,25 $\pm$ 2,93	22 (13 - 24) ^a /53,52		
Yılda 2 kez	23,24 $\pm$ 3,04	25 (12 - 25) ^{bc} /111,78		
Yılda 3 kez	24,96 $\pm$ 0,2	25 (24 - 25) ^d /155,48		
Yılda 4 kez	25 $\pm$ 0	25 (25 - 25) ^{cd} /158		
Yılda 6 kez	25 $\pm$ 0	25 (25 - 25) ^{cd} /158		

^xMann Whitney U Testi; ^yKruskal Wallis H Testi; ^{a-d} aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

AF tanılı hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile İUBÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 4.4'te yer verilmiştir. Eğitim düzeyi, ek hastalık varlığı, hastalık hakkında eğitim alma durumu ve poliklinik kontrol sıklığına göre ilaç uyumu puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Lise ve üzeri eğitime sahip olan, ek hastalığı bulunan, hastalık hakkında eğitim alan ve poliklinik kontrolüne gitme sıklığı yüksek olan hastalarda ilaç uyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet ve GİA geçirme durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 5. Sosyodemografik Özellikler ile Sağlık Algısı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ortalama $\pm$ S.sapma	Ortanca (minimum - maksimum)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet				
Kadın	42,22 $\pm$ 7	41,5 (29 - 56)	5626,000	0,613 ^x
Erkek	41,94 $\pm$ 6,62	42 (31 - 56)		
Eğitim düzeyi				
Bilmiyor	38,15 $\pm$ 6,91	38,5 (29 - 47) ^a	40,366	<0,001 ^y
Okuma yazma bilen	40,3 $\pm$ 5,65	39 (33 - 54) ^a		
İlkokul	40,11 $\pm$ 5,74	39 (31 - 48) ^a		
Lise ve üzeri	46,49 $\pm$ 6,47	45,5 (31 - 56) ^b		
Ek hastalık varlığı				
Evet	46,56 $\pm$ 6,2	48 (34 - 56)	6506,500	<0,001 ^x
Hayır	40,38 $\pm$ 6,23	39 (29 - 56)		
Geçici iskemik inme geçirme durumu				
Evet	40,17 $\pm$ 6,8	40 (29 - 54)	3591,000	0,009 ^x
Hayır	42,94 $\pm$ 6,64	42 (31 - 56)		
Hastalık hakkında eğitim alma durumu				
Evet	43,67 $\pm$ 6,81	43 (29 - 56)	6535,500	<0,001 ^x
Hayır	37,95 $\pm$ 4,72	37 (31 - 47)		
Poliklinik kontrolü				
Hiç	36 $\pm$ 0	36 (36 - 36) ^{ab}	108,516	<0,001 ^y
Yılda bir	36,02 $\pm$ 4,09	36 (29 - 42) ^a		
Yılda 2 kez	42 $\pm$ 4,87	42 (33 - 53) ^b		
Yılda 3 kez	49,96 $\pm$ 5,37	51 (36 - 56) ^c		
Yılda 4 kez	50,57 $\pm$ 4,5	52 (45 - 56) ^c		
Yılda 6 kez	50 $\pm$ 3,51	50 (46 - 54) ^c		

^xMann Whitney U Testi; ^yKruskal Wallis H Testi; ^{a-c} aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

AF tanılı hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile SAÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 4.5'te yer verilmiştir. Eğitim düzeyi, ek hastalık varlığı, geçici iskemik inme öyküsü ve hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkenlerine göre sağlık algısı puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastalarda sağlık algısının daha yüksek olduğu, ayrıca düzenli poliklinik kontrollerine katılan hastaların sağlık algılarının anlamlı biçimde arttığı saptanmıştır.

Cimsiyet değişkenine göre sağlık algısı puanında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 6. Sosyodemografik Özellikler ile Kontrol Merkezi Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ortalama S.sapma	$\pm$	Ortanca (minimum - maksimum)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet					
Kadın	11,9 $\pm$ 2,96		11 (7 - 18)	5278,000	0,767 ^x
Erkek	12,07 $\pm$ 2,61		12 (7 - 17)		
Eğitim düzeyi					
Okur yazar olan	11,3 $\pm$ 2,68		11 (7 - 15) ^{ab}	26,312	<0,001^y
Okur yazar olmayan	11,57 $\pm$ 2,52		11 (9 - 18) ^a		
İlkokul	11,02 $\pm$ 2,53		11 (7 - 15) ^a		
Lise ve üzeri	13,28 $\pm$ 2,83		13 (7 - 18) ^b		
Ek hastalık varlığı					
Evet	13,6 $\pm$ 2,77		14 (7 - 18)	6349,000	<0,001^x
Hayır	11,38 $\pm$ 2,54		11 (7 - 18)		
Geçici iskemik inme geçirme durumu					
Evet	11,46 $\pm$ 2,08		11 (7 - 15)	4016,500	0,114 ^x
Hayır	12,22 $\pm$ 3,02		12 (7 - 18)		
Hastalık hakkında eğitim alma durumu					
Evet	12,47 $\pm$ 2,58		12 (7 - 18)	6078,000	<0,001^x
Hayır	10,72 $\pm$ 2,89		10 (7 - 18)		
Poliklinik kontrolü					
Hiç	11 $\pm$ 1,73		10 (10 - 13) ^{abc}	82,944	0,001^y
Yılda bir	9,74 $\pm$ 2		10 (7 - 14) ^a		
Yılda 2 kez	12,1 $\pm$ 2,35		11 (7 - 18) ^b		
Yılda 3 kez	15,04 $\pm$ 2,39		16 (9 - 18) ^c		
Yılda 4 kez	14,71 $\pm$ 1,2		15 (13 - 16) ^c		
Yılda 6 kez	13 $\pm$ 2,14		13 (11 - 15) ^{bc}		

^xMann Whitney U Testi; ^yKruskal Wallis H Testi; ^{a-c} aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

AF tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri ile SAÖ kontrol merkezi alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 4.6’da yer verilmiştir. Kontrol merkezi alt boyutu puan ortalaması ile eğitim düzeyi, ek hastalık varlığı ve hastalık hakkında eğitim alma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar

saptanmıştır ($p<0,05$). Özellikle lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastalarda kontrol merkezi puan ortalamalarının ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yılda 3 kez poliklinik kontrolüne giden hastaların puan ortalamalarının da yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Cinsiyet ve GİA geçirme durumu ile SAÖ kontrol merkezi alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 7. Sosyodemografik Özellikler ile Kesinlik Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ortalama $\pm$ S.sapma	Ortanca (minimum - maksimum)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet				
Kadın	9,3 $\pm$ 1,87	9 (6 - 14)	5926,000	0,221 ^x
Erkek	9,12 $\pm$ 2,23	8,5 (5 - 16)		
Eğitim düzeyi				
Bilmiyor	8,75 $\pm$ 1,48	9 (6 - 10)	1,957	0,581 ^y
Okuma yazma bilen	9,03 $\pm$ 1,77	9 (5 - 13)		
İlkokul	8,93 $\pm$ 1,65	8 (7 - 12)		
Lise ve üzeri	9,74 $\pm$ 2,61	9 (6 - 16)		
Ek hastalık varlığı				
Evet	9,75 $\pm$ 2,19	9 (6 - 14) /118,91	5125,000	0,030^x
Hayır	9,01 $\pm$ 1,98	9 (5 - 16) /99,06		
Geçici iskemik inme geçirme durumu				
Evet	8,94 $\pm$ 1,98	9 (5 - 13)	4398,000	0,527 ^x
Hayır	9,34 $\pm$ 2,09	9 (6 - 16)		
Hastalık hakkında eğitim alma durumu				
Evet	9,49 $\pm$ 2,3	9 (5 - 16) /110,04	5331,000	0,010^x
Hayır	8,48 $\pm$ 0,9	9 (7 - 10) /87,59		
Poliklinik kontrolü				
Hiç	8,67 $\pm$ 0,58	9 (8 - 9) ^{abc}	42,198	<0,001^y
Yılda bir	8,16 $\pm$ 0,92	8 (6 - 10) ^a		
Yılda 2 kez	9,07 $\pm$ 1,8	9 (5 - 14) ^b		
Yılda 3 kez	10,25 $\pm$ 2,61	10,5 (6 - 14) ^{bc}		
Yılda 4 kez	11,86 $\pm$ 3,01	12 (9 - 16) ^c		
Yılda 6 kez	11 $\pm$ 1,41	11 (9 - 13) ^{bc}		

^xMann Whitney U Testi; ^yKruskal Wallis H Testi; ^{a-c} aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Sosyodemografik özellikler ile SAÖ kesinlik alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 4.7’de incelenmiştir. Cinsiyet değişkeni ile kesinlik alt boyutu

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmada da anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0,05$), ancak lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastaların ortalama puanlarının diğer gruplara göre bir miktar daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ek hastalığı bulunan hastaların kesinlik alt boyutu ortalama puanının, ek hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,030$). GİA geçirme durumuna göre gruplar arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalık hakkında eğitim alan hastaların kesinlik alt boyutu ortalama puanının, eğitim almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,010$). Poliklinik kontrol sıklığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). Kontrol sıklığı arttıkça kesinlik skorlarının da yükseldiği görülmektedir. Özellikle yılda dört ve daha fazla kez kontrole giden hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olması ancak yılda altı kez kontrole gidenlere kıyasla anlamlı bir farklılık göstermemesi dikkat çekmektedir.

Tablo 4. 8. Sosyodemografik Özellikler ile Sağlığın Önemi Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ortalama S.sapma	$\pm$	Ortanca (minimum - maksimum)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet					
Kadın	11,08 $\pm$ 2,4		12 (6 - 15)	5910,000	0,239 ^x
Erkek	10,74 $\pm$ 2,29		11 (6 - 15)		
Eğitim düzeyi					
Bilmiyor	9,3 $\pm$ 2,43		9 (6 - 13) ^a /68,50	53,072	<0,001^y
Okuma yazma bilen	10,08 $\pm$ 2,2		10 (6 - 15) ^a /79,45		
İlkokul	10,68 $\pm$ 2,29		12 (7 - 14) ^a /101,32		
Lise ve üzeri	12,44 $\pm$ 1,61		12 (8 - 15) ^b /145,15		
Ek hastalık varlığı					
Evet	12,39 $\pm$ 1,95		12 (7 - 15)	6540,500	<0,001^x
Hayır	10,34 $\pm$ 2,24		11 (6 - 15)		

Tablo 4.8. (Devam) Sosyodemografik Özellikler ile Sağlığın Önemi Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Geçici iskemik inme geçirme durumu				
Evet	10,28 ± 2,56	10 (6 - 15)	3550,500	0,006^x
Hayır	11,19 ± 2,19	12 (6 - 15)		
Hastalık hakkında eğitim alma durumu				
Evet	11,49 ± 2,08	12 (6 - 15)	6444,000	<0,001^x
Hayır	9,38 ± 2,32	10 (6 - 13)		
Poliklinik kontrolü				
Hiç	7,67 ± 0,58	8 (7 - 8) ^{ab}	63,982	<0,001^y
Yılda bir	9,28 ± 2,47	9 (6 - 14) ^a		
Yılda 2 kez	11,04 ± 1,8	11 (6 - 14) ^{bc}		
Yılda 3 kez	13,08 ± 1,74	13 (9 - 15) ^d		
Yılda 4 kez	12 ± 0,96	12 (11 - 14) ^{bcd}		
Yılda 6 kez	13,5 ± 1,6	13,5 (12 - 15) ^{cd}		

^xMann Whitney U Testi; ^y Kruskal Wallis H Testi; ^{a-d} aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Sosyodemografik özellikler ile SAÖ sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 4.8.'de yer verilmiştir. İncelendiğinde, cinsiyet değişkenine ile sağlığın önemi alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamasının da arttığı görülmektedir. Özellikle lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastaların puanları diğer gruplara göre belirgin şekilde daha yüksektir. Ek hastalığı olan hastaların sağlığın önemi skorlarının, ek hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). GİA geçiren hastaların sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamasının geçirmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Hastalık hakkında eğitim alan hastaların sağlığın önemi skorlarının anlamlı biçimde yüksek ($p<0,001$), poliklinik kontrol sıklığı değişkeni

incelendiğinde de, gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,001$). Kontrol sıklığı arttıkça sağlığın önemi skorları da artmaktadır. Ancak yılda üç kez kontrole giden hastalar ile yılda 6 kez giden hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır

Tablo 4.9. Sosyodemografik Özellikler ile Öz Farkındalık Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ortalama S.sapma	±	Ortanca (minimum - maksimum)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet					
Kadın	9,93 ± 2,05		10 (4 - 15)	5246,000	0,708 ^x
Erkek	10,02 ± 1,75		10 (6 - 14)		
Eğitim düzeyi					
Bilmiyor	8,8 ± 2,04		10 (4 - 10) ^a	39,723	<0,001 ^y
Okuma yazma bilen	9,63 ± 1,95		10 (6 - 15) ^a		
İlkokul	9,48 ± 1,39		9 (7 - 13) ^a		
Lise ve üzeri	11,03 ± 1,61		11 (7 - 14) ^b		
Ek hastalık varlığı					
Evet	10,82 ± 1,54		11 (8 - 13)	5987,500	<0,001 ^x
Hayır	9,66 ± 1,93		10 (4 - 15)		
Geçici iskemik inme geçirme durumu					
Evet	9,49 ± 2,48		10 (4 - 15) /91,08	3775,500	0,027 ^x
Hayır	10,2 ± 1,52		10 (7 - 14) /110,60		
Hastalık hakkında eğitim alma durumu					
Evet	10,21 ± 2,09		10 (4 - 15) /112,59	5563,000	0,002 ^x
Hayır	9,36 ± 1,07		10 (7 - 11) /83,59		
Poliklinik kontrolü					
Hiç	8,67 ± 0,58		9 (8 - 9) ^{ab}		
Yılda bir	8,84 ± 1,49		9 (4 - 11) ^a	66,748	<0,001 ^y
Yılda 2 kez	9,79 ± 1,54		10 (6 - 13) ^b		
Yılda 3 kez	11,58 ± 1,47		12 (10 - 13) ^c		
Yılda 4 kez	12 ± 1,47		12 (10 - 14) ^c		
Yılda 6 kez	12,5 ± 2,67		12,5 (10 - 15) ^{bc}		

^xMann Whitney U Testi; ^yKruskal Wallis H Testi; ^{a-c} aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Sosyodemografik özellikler ile SAÖ öz farkındalık alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına Tablo 4.9'da yer verilmiştir. Cinsiyet değişkenine göre öz farkındalık alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça öz farkındalık puan ortalamaları da yükseldiği görülmektedir. Özellikle lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastaların ortalama puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ek hastalığı bulunan hastaların öz farkındalık skorları, ek hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). GİA geçiren hastaların öz farkındalık puanları, geçirmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha düşük ($p=0,027$), hastalık hakkında eğitim alan hastaların öz farkındalık skorlarının anlamlı biçimde daha yüksek ($p=0,002$), olduğu bulunmuştur. Poliklinik kontrol sıklığına göre yapılan analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Kontrol sıklığı arttıkça öz farkındalık skorlarının da yükseldiği görülmektedir.

Tablo 4.10. Modele Ait Sonuçlar ve Dolaylı Etkilerin İncelenmesi

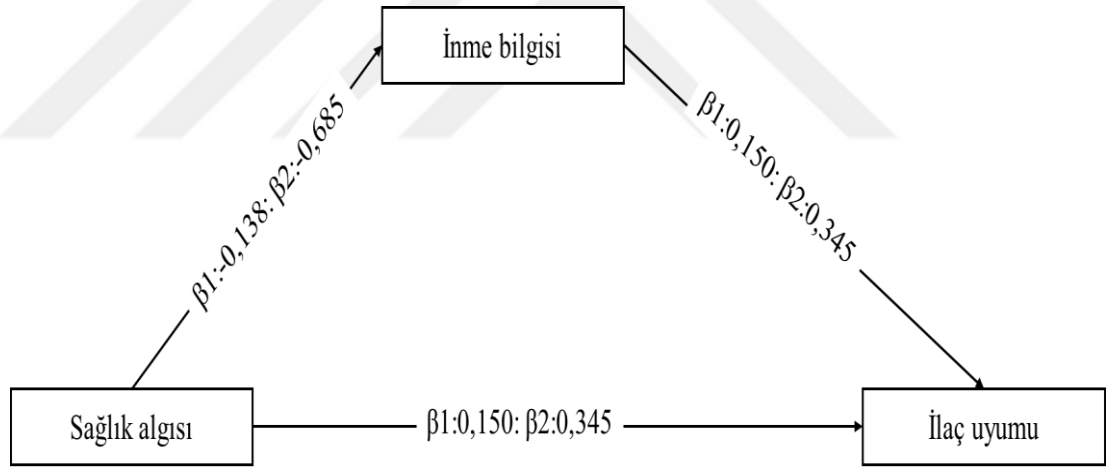
Bağımlı değişkenler	Bağımsız değişkenler	β_1	β_2	S.hata	Test İstatistiği	p
İnme farkındalığı	<-- Sağlık algısı	-0,138 (-0,177: 0,099)	- - 0,685	0,02	-6,950	<0,001
İlaç uyumu	<-- İnme farkındalığı	-0,704 (-0,988: 0,420)	- - 0,328	0,145	-4,858	<0,001
İlaç uyumu	<-- Sağlık algısı	0,150 (0,072: 0,227)	0,345	0,040	3,777	<0,001
Dolaylı etki						
Sağlık algısı--> İnme farkındalığı --> İlaç uyumu		β^1 (%95 GA)	β^2	p		
		0,097 (0,052: 0,142)	0,225	<0,001		

¹Standartlaştırılmamış Beta Katsayı; ²Standartlaştırılmış Beta Katsayı; (%95 GA): Bootstrap %95 Güven Aralığı

Modele ait sonuçlar ve dolaylı etkilerin incelenmesine Tablo 4.10'da yer verilmiştir. Modelde sağlık algısı, inme farkındalığı ve ilaç uyumu değişkenleri arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Sağlık algısının inme farkındalığı üzerindeki etkisi negatif yönde ve anlamlı bulunmuştur ($\beta=-0,138$; $p<0,001$). İnme farkındalığının ilaç uyumu üzerindeki

etkisi de negatif yönde ve anlamlıdır ($\beta=-0,704$; $p<0,001$). Sağlık algısının ilaç uyumu üzerindeki doğrudan etkisi ise pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,150$; $p<0,001$). Modelin dolaylı etkilerine bakıldığında, sağlık algısının ilaç uyumu üzerindeki etkisinin inme farkındalığı aracılığıyla da anlamlı biçimde gerçekleştiği görülmektedir ($\beta=0,097$; $p<0,001$).

Sonuç olarak sağlık algısı puanının inme farkındalığı düzeyi üzerinde negatif bir etkisi vardır ($p<0,001$). İnme bilgisi düzeyinin ilaç uyumu üzerinde negatif bir etkisi vardır ($p<0,001$). Sağlık algısı puanının ilaç uyumu üzerinde pozitif bir etkisi olup bir birim artması ilaç uyumu puanını 0,345 birim artırmaktadır ($p<0,001$). Sağlık algısı puanının ilaç uyumu puanı üzerindeki dolaylı etkisi 0,225 ile istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir ($p<0,001$). Sağlık algısı puanının ilaç uyumu puanı üzerindeki etkisinde inme farkındalığı inme farkındalığı düzeyinin aracılık etkisi vardır. Model uyum indeksleri incelendiğinde GFI=1,000, IFI=1,000, CFI=1,000 olarak elde edilmiştir.



Şekil 4.2: Sağlık Algısı ve Tedaviye Uyum İlişkisinde İnme Farkındalığının Aracılık Rolünün Etkisinin Modellenmesi

5. TARTIŞMA

AF'li hastalarda ilaç uyumu ve sağlık algısı arasındaki ilişkiyi ve inme farkındalığının bu ilişkideki aracılık rolünü belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular güncel literatür ışığında başlıklar halinde tartışılmıştır. Bu başlıklar aşağıda verilmiştir:

1. AF hastalarında ilaç uyum düzeyi ve etkileyen faktörlerin tartışılması
2. AF hastalarında sağlık algısı düzeyi ve etkileyen faktörlerin tartışılması
3. AF hastalarında ilaç uyumu ve sağlık algısı düzeyi ilişkisindeki inme farkındalığının aracılık rolünün tartışılması

5.1. Af Hastalarında İlaç Uyum Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

AF hastalarında ilaç tedavisine uyum, inme riskinin azaltılması ve tedavi etkinliğinin sürdürülmesi açısından kritik bir belirleyicidir. OAK düzenli kullanımı hem mortaliteyi hem de morbiditeyi azaltmakta; buna karşın uyumun düşük olması, istenmeyen klinik sonuçların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (Desteghe et al., 2018; Ozaki et al., 2020; Rodríguez-Bernal et al., 2021). Bu çalışmada hastaların ilaç uyumunun yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde Salmasi ve ark. (2020)'nın derlediği sistematik meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre AF hastalarında OAK ilaçlara uyum yüksek bulunmuştur (Salmasi ve ark., 2020). Ekenler'in kalp yetmezliği hastalarıyla yaptığı çalışmada ilaç uyumunun yüksek çıktığı bildirilmiştir (Ekenler, 2022). Bu çalışmanın bulgularından farklı olarak AF'li ve kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan bazı çalışmalarda ilaç uyumunun düşük olduğu raporlanmıştır (Dayapoğlu ve Yıldız, 2017; Emren ve ark., 2018; Miyazaki ve ark., 2018). Literatürdeki çalışma sonuçlarının farklılık göstermesinin sebebi sosyodemografik özelliklerinin farklı olması ve ilaç uyumunun birden fazla değişkenden etkilenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

AF'de ilaç uyumunu hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu gibi hastalıkla ilgili bireysel faktörler etkilemektedir (Riles ve ark., 2015). Bu çalışmada hastaların ilaç

uyum toplam puan ortalamaları ile yaş, eğitim düzeyi, ek hastalık varlığı, hastalığı hakkında eğitim alma, düzenli poliklinik kontrolüne gitme durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışma bulgularından farklı olarak Dağtekin'in AF tanılı hastalarla yaptığı çalışmasında antikoagülan tedaviye uyum için bakıldığında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi, çalışma durumu arasında bir farklılık bulunamamıştır (Dağtekin, 2020).

Yaş ilaç uyumunu etkileyen önemli bir faktör olarak nitelendirilmektedir (Günel ve Demirtaş., 2024). Nitekim bu çalışmada da yaş arttıkça ilaç uyumu düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Benzer olarak Suzuki ve ark.'nın AF tanılı Japon hastalarla yürüttüğü araştırmada 65 yaş altında olmanın ilaç uyumsuzluğuyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Suzuki, 2017). Çalışma bulgularından farklı olarak Zhao ve ark.'nın (2017) warfarin kullanan AF tanılı hastalarla yaptığı çalışmada genç yaşta olmanın warfarin uyumsuzluğuna neden olabileceğini saptamıştır (Zhao ve ark, 2017). Banerjee ve ark.'nın AF'li hastaların OAK uyumuyla ilgili yaptığı çalışmada yaşı 75 ve üzerinde olan hastaların antikoagülan tedaviye uyumsuzluk riskinde azalma olduğu belirtilmiştir (Banerjee, 2020). Çalışmanın sonucu literatürle farklılık göstermektedir. Bu farklılığın hastalarının yaş ortalamasının 64 olması ve diğer çalışmaların popülasyonlarında 65 yaş üstü grubun örnekleme alınmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre hastaların ilaç uyum düzeylerinin cinsiyet açısından farklılık göstermediği tespit edilmiştir. AF'li hastalarla yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde erkek ve kadınlar arasında antikoagülan ilaç tedavisine uyum açısından bir fark saptanamadığı raporlanmaktadır (Marquez-Conreras., 2018). Rasmussen ve arkadaşları ile Mc Horney ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda ise antikoagülan ilaç tedavisine uyumun kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (Rasmussen ve ark., 2015; Mc Horney ve ark., 2017). Popülasyonlara özgü kültürel özellikler ve toplumsal cinsiyet anlayışları, araştırmalarda ortaya çıkan sonuçların farklılık göstermesinde etkili olabilir.

Hastaların eğitim düzeyi arttıkça ilaç uyumunun arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonucuna benzer olarak Demirbaş ve Kutlu (2020)'nin çoklu ilaç kullanan yetişkin hastaların tedaviye uyumunu incelediği çalışmasında ilköğretim ve üstü eğitim

düzeyi olanlarda tedaviye uyumu yüksek bulmuştur (Demirbaş ve Kutlu., 2020). Yılmaz ve ark. 270 hastada yaptıkları çalışmalarında benzer olarak okuryazarlık seviyesi yüksek olanlar ve ilaç bilgisi olanların ilaç uyumunun daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Yılmaz ve ark., 2017). Kankaya ve ark. (2017)'nin 202 hastada yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ilaç uyum puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Kankaya ve ark., 2017). Eğitim düzeyi arttıkça ilaç uyumunun artması literatürle de benzerlik göstermektedir (Köseoğlu ve Enç 2016, Kara ve Kara 2019).

İlaça uyumun artırılmasında eğitim önemlidir. Bu nedenle OAK kullanan hastaların ilaç uyumlarının artırılması için oral antikoagülan ilaç eğitiminin verilmesi gerektiği ve bu eğitimlerin ilaca uyum için önemli olduğu açıklanmaktadır (Paquette ve ark., 2019; Jang, 2021). Bu çalışmanı sonuçlarına göre hastalık hakkında eğitim alma durumu ile ilaç uyumu düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur Benzer şekilde yapılan bir çalışmada AF'li hastalara hastalık hakkında verilen eğitimin OAK tedavisine uyumu arttırdığı belirlenmiştir (Toscos ve ark., 2020). Tör'ün hipertansif hastalarla yaptığı çalışmaya göre hastalık hakkında eğitim alan hastaların ilaç uyum düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Tör, 2019). Çalışma sonuçları literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada ek hastalığı olan hastaların ilaç uyumlarının, ek hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edildi. Dağtekin'in AF'li hastalarla yaptığı çalışmaya göre AF'ye ek olarak fazladan kronik hastalığı olan hastaların antikoagülan ilaç tedavisine uyum düzeylerinin daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (Dağtekin, 2020). Tör'ün hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumlarıyla ilgili yaptığı çalışmaya göre diğer kronik hastalıkların varlığı ilaç uyum düzeyini etkilemediği bulunmuştur (Tör, 2019). Literatürdeki sonuçların farklılığının sebebi hasta popülasyonun farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

İskemik inme veya GİA sonrasında hastaların tekrar inme geçirme riski yüksektir. İkincil inme önleme yöntemleri arasında antiplatelet tedavi, statinler ve antihipertansifler yer alır. Bu noktada tedaviye uyum da önemlidir (Tremonti ve Thieben., 2021). Bizim çalışmamızda AF tanılı hastaların geçici iskemik inme geçirme durumunun tedaviye uyumu etkilemediği tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarından

farklı olarak Hoarau ve arkadaşlarının inme sonrası ilaç uyum düzeyini inceledikleri çalışmanın sonuçlarına göre inme sonrası ilaca uyum oranının arttığını belirlemişlerdir (Hoarau ve ark., 2024). Bir başka çalışmada ise inme sonrası 3 yıllık dönemde ilaç uyumunun ne düzeyde olduğuna bakılmış ve inme sonrası ilaca uyum sağlayan hastalarda sağ kalım oranının yüksek olduğu bulunmuştur (Dalli ve ark., 2021). Çalışmamızın sonuçlarının literatür ile farklılık göstermesinin nedeni çalışmada inme geçiren hastaların sayısının azlığından kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde düzenli doktor kontrollerinin ve tedaviye uyumun, hastaların sağlık durumunu iyileştirmede önemli rol oynadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. (Tong ve ark., 2025; Gao ve ark., 2020; Religion ve Galli., 2025). Bizim çalışmamızda düzenli poliklinik kontroline giden hastaların ilaç uyumunun yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarıyla benzer olarak Kang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli doktor kontrolüne giden hastaların ilaç uyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir (Kang ve ark., 2023).

5.2. Af Hastalarında Sağlık Algısı Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

AF hastalarında sağlık algısı, bireyin hastalığına yönelik tutumunu, tedaviye uyum düzeyini ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen önemli bir psikososyal belirleyicidir (Zhang ve ark., 2020). Bu çalışmada sağlık algısı puan ortalamasının $42,08 \pm 6,79$ ile orta düzeyde olduğu en yüksek kontrol merkezi alt boyutundan $11,99 \pm 2,78$, en düşük kesinlik alt boyutundan $9,21 \pm 2,06$ ortalama puan aldıkları belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında Özdelikara ve ark. (2018)'nin araştırmasında hastaların sağlık algısı puan ortalamalarının $50,57 \pm 4,60$ olduğu, en yüksek kontrol merkezi alt boyutundan $17,37 \pm 2,87$, en düşük öz farkındalık alt boyutundan ise $10,48 \pm 1,89$ ortalama puan elde ettikleri raporlanmıştır (Özdelikara ve diğerleri, 2018). Gür ve Sunal'ın (2019) çalışmasında katılımcıların SAÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $47,37 \pm 5,77$ (Min:35, Max:61) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun sağlığın önemi ($11,33 \pm 2,44$) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun kesinlik ($10,84 \pm 3,22$) olduğu saptanmıştır (Gür ve Sunal., 2019). Literatürde yer alan çalışmalara göre, bu çalışmada hastaların sağlık

algısı orta düzeyde bulunmuştur. Bu bulgu, örnekleme dahil ettiğimiz hastaların büyük çoğunluğunun (n=133) ilkokul ve altı öğrenim düzeyinde olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışma sonuçlarına göre hastaların yaşı arttıkça SAÖ puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir. Abu ve arkadaşları (2020)'nin çalışmasında yaşlı, çoklu hastalığı olan AF hastalarında öz-sağlık durumu daha olumsuz bulunmuş (Abu ve ark., 2020). Kwak ve diğerleri (2022)'nin araştırmasında çalışmamızla benzer olarak yaş gruplarına göre yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur (Kwak ve ark., 2022). Pala'nın çalışmasında, 63 yaş ve üzeri hastaların sağlık algıları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur (Pala., 2023). Kerkez ve Şahin'in 2023 yılında yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre sağlık algısı düzeyinin yaş bakımından farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (Kerkez ve Şahin., 2023). Literatürde yaş değişkenine göre sağlık algısı düzeyine ilişkin sonuçların farklılık göstermesi, bireylerin sağlık durumunu algılamasında etkili olan çok yönlü faktörlerle açıklanabilir. Yaş ilerledikçe kronik hastalık sıklığının artması, fiziksel işlevsellikte azalma ve tedaviye bağımlılığın artması sağlık algısını olumsuz yönde etkileyebilir. Buna karşın, ileri yaş grubundaki bireylerin hastalığı kabullenme düzeyinin artması, sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaşması ve yaşam deneyimlerinin artması, sağlık algısını olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada hastaların sağlık algılarının cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Bizim çalışmamızla benzer olarak Kerkez ve Şahin'in sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkisinin incelenmesi üzerine yaptığı bir çalışmada sağlık algısının cinsiyete göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (Kerkez ve Şahin., 2023). Bu çalışmaların sonuçlarından farklı olarak Pala'nın çalışmasında kadın hastaların sağlık algıları erkek hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Pala., 2023). Cinsiyete göre yapılan değerlendirmeye göre bir araştırmada kadınların (Kwak, Lee, Baek, Shin, 2022), bir diğer araştırmada da erkeklerin sağlık algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Mollaoğlu, Başer ve Candan 2021). Sağlık algısının cinsiyete göre farklılık göstermemesinin nedeni cinsiyetin sağlık algısı üzerinde belirleyici bir faktör olmaktan ziyade, bireysel deneyim ve yaşam tarzı etmenlerinin daha etkili olmasından kaynaklanabilir.

Ön lisans mezunu olanların doktora mezunu olanlara göre; lisans mezunu olanların ise yüksek lisans ve doktora mezunu olanlara sağlık algılarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Kerkez ve Şahin., 2023). Gür ve Sunal'ın koroner arter hastalarını dahil ettiği çalışmanın sonuçlarına göre eğitim düzeyi yüksek olanların SAÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur (Gür ve Sunal., 2019). Akkuş'un çalışmasında üniversite mezunu hastaların sağlık algılarının ilköğretim ve lise mezunlarına göre yüksek olduğu belirtilmiştir (Akkuş., 2021).

Ek kronik hastalık varlığı hastaların sağlık algısını olumsuz yönde etkilemektedir. Birden fazla hastalıkla yaşamak, bireyin sağlıkla ilgili öz yeterlilik algısını, kontrol hissini ve iyilik halini azaltmaktadır. Literatürde, komorbidite sayısının artmasıyla birlikte sağlık algısı puanlarının anlamlı biçimde düştüğü bildirilmiştir (Rueda-Medina ve ark., 2020; Kendir Çopurlar ve ark., 2017). Yang ve arkadaşlarının çalışmasında en az bir kronik hastalığa sahip olan hastalarda kendi sağlıklarını daha kötü algılama eğiliminde oldukları bulunmuştur (Yang ve ark., 2021). Bir başka çalışmada Diyabetli Hastaların Sağlık Algısı ile Akılcı İlaç Kullanımları Arasındaki İlişkiye bakılmış ve bu çalışmanın sonuçlarına göre ek kronik hastalık varlığı ile sağlık algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Kazanç ve Karagözoğlu., 2025). Bu durumun farklı hasta popülasyonları ile çalışılmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Aydın'ın çalışmasında hastaların hastalık hakkında eğitim alma durumları ile sağlık algısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Aydın., 2023). Açıkgozün koroner arter hastalığına sahip olan 225 hasta ile yaptığı çalışmaya göre hastalığı hakkında bilgi almayan hastaların SAÖ toplam puan ortalaması ve öz farkındalık alt boyutu puan ortalamasının bilgi alan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Açıkgoz., 2024).

GİA geçiren hastalarda uzun süreli yorgunluğun yaygın bir semptom olduğunu vurgulamaktadır. Araştırma, hastaların yaklaşık bir yıl süresince yorgunluk, azalmış motivasyon ve zihinsel tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Bu durum, hastaların genel sağlık algısını olumsuz etkilemektedir (Modrau ve ark., 2025). Liljehut ve arkadaşlarının çalışmasında, minör inme veya GİA geçiren hastaların günlük yaşam

deneyimleri incelenmiştir. Katılımcılar, sağlık algılarında değişiklikler hissettiklerini ve sağlıklarını yönetme konusunda daha bilinçli hale geldiklerini belirtmişlerdir. Hastaların, sağlıklarını iyileştirmek için aktif çaba gösterdikleri bulunmuştur (Liljehut ve ark., 2022). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında GİA sonrası hastaların sağlık algısının, öz yönetim programları, tıbbi yardım arayışı, takip bakımı ve psikososyal destek gibi faktörlerle şekillendiğini göstermektedir.

Düzenli poliklinik kontrollerine katılan bireylerin, sağlık durumlarını daha yakından izlemeleri ve sağlık profesyonelleriyle sürekli etkileşimde bulunmaları, sağlık algılarını güçlendirmekte ve tedaviye yönelik motivasyonlarını artırmaktadır (Çetin & Aksoy, 2023). Bu çalışmada poliklinik kontrol sıklığı ile sağlık algısı arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada düzenli poliklinik kontrolüne gidenlerin, kendini hasta hissettiğinde gidenlere göre sağlık algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Kerkez ve Şahin., 2023). Başka bir çalışmada katılımcılardan düzenli şekilde tetkik kontrolü yaptıranların, yaptırmayanlara göre SAÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Gür ve Sunal., 2019).

5.3. Af Hastalarında Sağlık Algısı Düzeyi Ve İlaç Uyumu İlişkisindeki İnme Farkındalığının Aracılık Rolünün Tartışılması

AF'li hastalarda inme farkındalığı, hastalığın yönetimi ve tedaviye uyumun sürdürülmesinde belirleyici bir faktördür (Addo ve ark., 2021). Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasında inme farkındalığının bulunduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada bir üniversite hastanesine başvuran yetişkin bireyler arasında inme farkındalığını ölçüyor. Özellikle “felç” ve “inme” terimlerinin bilinme düzeyi, inme belirtilerinin tanınması durumlarını ele alan çalışmada katılımcıların yarısının inme farkındalığı olduğu belirlenmiştir (Yıldız, Gökçe ve Şahin., 2020). Başka bir çalışmada 937 AF hastasında inme bilgisine bakıldığında hastaların %19,5'inin iyi, %27,9'unun orta ve %29,8'inin sırasıyla düşük inme bilgisine sahip olduğu; %22,8'inin inme bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir (Lane ve ark., 2018). Suudi Arabistan'daki yetişkin toplulukta inme farkındalığını ve risk faktörü bilgisini değerlendiren bir çalışmada yapılan analizler sonucunda katılımcıların %61,7'sinin inme hakkında bilgi sahibi olduğunu göstermiştir (Mubaraki ve ark., 2021).

Türkiye’de sağlık algısı ile ilaç/tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, SAÖ ile İUBÖ arasında pozitif yönlü, güçlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde SAÖ’nün tüm alt boyutları ile ilaç uyumu arasında da pozitif ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçlar literatürdeki bazı çalışmalarla paralellik göstermektedir. Açıkgoz (2024)’ün araştırmasında, ilaçlarını ara sıra veya düzensiz kullanan hastaların sağlık algısının kontrol merkezi ve öz farkındalık düzeylerinin, ilaçlarını her zaman düzenli kullananlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, Şengül (2021)’ün çalışmasında ilaçlarını düzenli kullanmayan bireylerin kontrol merkezi alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu, ancak düzenli ilaç kullanan hastalarda sağlığın önemi alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık algısı ile ilaç uyumu arasındaki pozitif ilişkiyi destekleyen bu bulgular, literatürdeki sonuçlarla tutarlıdır. Özişli (2023)’nin çalışmasında da sağlık algısının akılcı ilaç kullanımını pozitif yönde etkilediği raporlanmıştır. Sağlık algısı arttıkça bireylerin ilaçlarını düzenli kullanma eğilimlerinin yükselmesinin, sağlıklarına daha fazla özen göstermelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlık algısı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkide inme farkındalığının aracılık rolünün olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu konuyla ilgili doğrudan üçlü ilişkiyi sorgulayan çalışmalara rastlanmamıştır. Benzer olarak sağlık algısı ve inme farkındalığı, ilaç uyumu ve inme farkındalığı ilişkisini inceleyen bazı çalışma sonuçları bulunmaktadır. Mohammed ve ark. (2025)’nin çalışmasında sağlık algısı yüksek bireylerin, inme belirtileri görüldüğünde daha hızlı tıbbi yardım arama eğiliminde olduğu tespit edilmiştir (Mohammed ve ark., 2025). Chen ve ark. (2024)’nin çalışmasında da inme hakkındaki bilgi düzeyi ve sosyal desteğin sağlık davranışlarını doğrudan etkilemekle birlikte; sağlık inançlarının bu ilişkide aracı bir rol oynadığı belirlenmiştir (Chen ve ark., 2024). İnme ya da geçici GİA geçirmiş hastalarda inme farkındalığı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada inme hakkında bilgi sahibi olmayanların ilaç uyumunun düşük olduğu bulunmuştur (Widjaja ve ark., 2021). Nair ve ark. (2024)’nin İnme geçirmiş bireylerde ilaç uyumunu ve ilaçlara ilişkin inançlar ile hastalık algısı ilişkisini incelediği çalışmada ilaçlara dair inançlar, uyumu

etkileyen önemli bir faktör; inme farkındalığı/algısı da bu sürece dolaylı olarak dahil olabilir sonucuna ulaşılmıştır (Nair ve ark., 2024).

Bu sonuçlar, sağlık algısının ilaç uyumu üzerindeki etkisinde inme farkındalığının dolaylı bir aracılık rolü oynadığını göstermektedir. Ancak aracılığın yönü dikkat çekicidir. Analiz bulgularına göre sağlık algısı puanındaki artış, inme farkındalığı düzeyini negatif yönde etkilemekte; inme farkındalığı düzeyindeki artış ise ilaç uyumunu azaltmaktadır. Başka bir ifadeyle, sağlık algısı yüksek olan bireylerin kendilerini daha sağlıklı hissetmeleri, inme riskine ilişkin farkındalıklarını görece düşürmekte, bu da dolaylı olarak ilaç uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Buna karşın, sağlık algısının doğrudan etkisi pozitif olup, bireyin kendi sağlığını olumlu algılaması ilaç uyumunu anlamlı biçimde artırmaktadır. Dolayısıyla, inme farkındalığı bu ilişkide ters yönlü bir aracı değişken olarak işlev görmektedir; bireylerin inme konusundaki farkındalık düzeyleri yükseldikçe ilaç uyumunun azalması, farkındalığın hastalığa yönelik kaygı veya algısal çelişkilerle ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir. Bu durum, AF'li bireylerde inme farkındalığının yalnızca bilgi temelli değil, davranışsal ve duygusal bileşenleriyle birlikte ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, AF hastalarında ilaç uyumu ve sağlık algısı arasındaki ilişki ve bu ilişkideki inme farkındalığının aracılık rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda;

- AF hastalarının ilaç uyumlarının yüksek,
- AF hastalarında yaş arttıkça ilaç uyum düzeyinin azaldığı,
- AF hastalarında ilaç uyumu ile cinsiyet ve GİA geçirme durumu arasında istatistiksel olarak fark olmadığı; eğitim düzeyi, ek hastalık varlığı ve poliklinik kontrolüne gitme sıklığı arasında anlamlı fark olduğu,
- AF hastalarında sağlık algısının orta düzeyde,
- AF hastalarında yaş arttıkça sağlık algısı düzeyinin azaldığı,
- AF hastalarında sağlık algısı alt boyutlarından kontrol merkezi, sağlığın önemi, öz farkındalık alt boyutunun yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği,
- AF hastalarında sağlık algısı ile cinsiyete ve GİA geçirme durumu arasında istatistiksel olarak fark olmadığı; eğitim düzeyi, ek hastalık varlığı, poliklinik kontrolüne gitme sıklığı arasında anlamlı fark olduğu,
- Sağlık algısıyla ilaç uyumu arasında pozitif yönlü, güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu,
- AF hastalarında sağlık algısının ilaç uyumu üzerindeki etkisinin inme farkındalığı aracılığıyla anlamlı biçimde gerçekleştiği görülmektedir.
- Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık algısı ile ilaç uyumu arasındaki ilişkide inme farkındalığının aracılı rolü olduğu belirlenmiştir.

6.1. Öneriler

- Kliniklerde AF hastalarının ilaç uyumu ve sağlık algısı düzenli olarak değerlendirilmelidir.
- İlaç uyumu ve sağlık algısını artırmaya yönelik eğitimler, hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre kişiselleştirilerek uygulanmalıdır.
- AF'li hastalarda antikoagülan tedavi uyumu ve tedavi sonuçlarının uzun dönem izlendiği kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.
- AF hastalarında inmenin başlıca risk olduğu konusunda farkındalık çalışmaları düzenlenmeli; sağlık profesyonelleri ve politika yapıcıları inme önleme stratejilerini desteklemelidir.
- Hemşirelerin inmenin erken tanısı, bakımı ve toplum eğitimindeki kritik rolü güçlendirilmeli; kurumlar düzenli eğitim programları, inme yolakları ve kanıta dayalı protokollerle bakım kalitesini artırmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abu, H. O., Saczynski, J. S., Mehawej, J., et al. (2020). Multimorbidity, physical frailty, and self-rated health in older patients with atrial fibrillation. *BMC Geriatrics*, 20(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01755-w>
- Abuhasira, R., et al. (2018). Atrial fibrillation characteristics in patients on haemodialysis vs. peritoneal dialysis. *Scientific Reports*, 8(1), 2976.
- Açıkgöz, D., & Taşkın Yılmaz, F. (2025). Koroner arter hastalığı olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyinin ve sağlık algısının tedaviye uyum ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 7(2), 105–112. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1636048>
- Addo, J., Ayerbe, L., Mohan, K. M., Crichton, S., Sheldenkar, A., Chen, R., ... & Wolfe, C. D. A. (2021). Stroke awareness and knowledge in atrial fibrillation: A systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-01883-3>
- Ahmed, M. A., Soliman, M. M., & Mahmoud, R. A. (2025). Medication adherence and illness perception among diabetic patients in Upper Egypt. *BMC Endocrine Disorders*, 25(1), 87
- Akkuş, Ş. (2021). Kardiyak Cerrahi Planlanan Hastaların Öz Etkililikleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Sağlık Algılarının Belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Andersson, C., Lin, H., & Kara, H. (2023). Genç erişkinlerde lone atriyal fibrilasyonun klinik özellikleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 23(2), 101–108.
- Aydın, M. M. (2023). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Hastalarda İnme Farkındalığı Ve İnmede Fizyoterapi Yöntemlerine Yönelik Bilgi Düzeylerinin Araştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aydın, B. (2023). Diyabetli Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Bilgi Düzeyi İle Sağlık Algısı Ve Sağlıklı Yaşam Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.
- Aykan, A. C., & Aydın, A. (2019). Atriyal fibrilasyonda oral antikoagülan seçiminde hemşirelik yaklaşımı. *Türk Kardiyoloji Arşivi*, 47(Suppl 1), 46–55.
- Azeem F, Durrani R, Zerna C, Smith EE. Sessiz beyin enfarktüsleri ve bilişsel gerileme: sistematik inceleme ve meta-analiz. *J Neurol*. 2020;267:502–512. doi: 10.1007/s00415-019-09534-3
- Badır, A. (2014). Ritim ve ileti bozuklukları. In Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (3. baskı). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Başpınar, Ç., Yıldız, M., & Taşdemir, K. (2021). Türkiye popülasyonunda atriyal fibrilasyonla ilişkili genetik varyantların analizi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 22(4), 450–458.

- Banerjee, A., Benedetto, V., Gichuru, P., Burnell, J., Antoniou, S., Schilling, R. J., ... & Sutton, C. J. (2020). Adherence and persistence to direct oral anticoagulants in atrial fibrillation: a population-based study. *Heart*, 106(2), 119-126.
- Baugh, C. W., Levine, M., Cornutt, D., Wilson, J. W., Kwun, R., Mahan, C. E., Pollack, C. V., Marcolini, E. G., Milling, T. J., Peacock, W. F., Rosovsky, R. P., Wu, F., Sarode, R., Spyropoulos, A. C., Villines, T. C., Woods, T. D., McManus, J., & Williams, J. (2020). Anticoagulant reversal strategies in the emergency department setting: Recommendations of a multidisciplinary expert panel. *Annals of Emergency Medicine*, 76(4), 470–485.
- Bayraktar, M., Çetin, H., & Kılıç, A. (2022). İnme farkındalığı: İntörn hekim ve hemşirelerin bilgi düzeylerinin karşılaştırılması. *Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases*, 28(3), 145–152.
- Bekwelem, W., Connolly, S. J., Halperin, J. L., Adabag, S., Duval, S., Chrolavicius, S., et al. (2015). Extracranial systemic embolic events in patients with nonvalvular atrial fibrillation: Incidence, risk factors, and outcomes. *Circulation*, 132, 796–803.
- Berilgen, R. (2015). Atriyal fibrilasyon hastasına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology – Special Topics*, 8(1), 21–27.
- Berman JP, Norby FL, Mosley T, Soliman EZ, Gottesman RF, Lutsey PL, Alonso A, Chen LY. Atriyal fibrilasyon ve beyin manyetik rezonans görüntüleme anormallikleri. *İnme* . 2019;50:783–788. doi: 10.1161/STROKEAHA.118.024143
- Bonhorst, D., Mendes, M., Adragao, P., De Sousa, J., Primo, J., Leiria, E., et al. (2010). Prevalence of atrial fibrillation in the Portuguese population aged 40 and over: The FAMA study. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(3), 331–350.
- Bordignon, S., Chiara Corti, M., & Bilato, C. (2012). Atrial Fibrillation Associated with Heart Failure, Stroke and Mortality. *Journal of atrial fibrillation*, 5(1), 467. <https://doi.org/10.4022/jafib.467>
- Cacciatore F, Testa G, Langellotto A, Galizia G, Della-Morte D, Gargiulo G, Bevilacqua A, Del Genio MT, Canonico V, Rengo F, ve diğerleri. Atriyal fibrilasyonu olan, bilişsel bozukluğu olan yaşlı hastalarda demans üzerinde ventriküler hız yanıtının rolü: 10 yıllık bir çalışma. *Demans Geriatr Biliş Bozukluğu* . 2012;34:143–148. doi: 10.1159/000342195
- Carlisle, M. A., & Baughman, K. L. (2019). Heart failure and atrial fibrillation: Like fire and fury. *Heart Failure Reviews*, 24(3), 359–368. <https://doi.org/10.1007/s10741-019-09847-3>
- Chen, M., Li, Y., Zhang, L., & Wang, Q. (2024). Determinants influencing health-promoting behaviors in stroke-related populations: The mediating role of health beliefs. *Public Health*, 234, 152–160. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.01.012>
- Chiang, C. E., Naditch-Brule, L., Murin, J., Goethals, M., Inoue, H., O'Neill, J., et al. (2012). Distribution and risk profile of paroxysmal, persistent, and permanent atrial fibrillation in routine clinical practice: Insight from the real-life global

- survey evaluating patients with atrial fibrillation international registry. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 5, 632–639.
- Colilla, S., Crow, A., Petkun, W., Singer, D. E., Simon, T., & Liu, X. (2013). Estimates of current and future incidence and prevalence of atrial fibrillation in the US adult population. *American Journal of Cardiology*, 112, 1142–1147.
- Cooper, L. B., & Klein, A. L. (2020). Secondary atrial fibrillation: Mechanisms and management. *Heart Failure Clinics*, 16(2), 231–242.
- Çelik, H., Özkan, M., & Dal, F. (2021). Atriyal fibrilasyonlu hastalarda tamamlayıcı tedaviler: Kanıta dayalı bir gözden geçirme. *Türk Kardiyoloji Hemşireliği Dergisi*, 15(2), 67–74.
- Çelik, M., & Koç, M. (2022). Atriyal fibrilasyon hastalarında oral antikoagülan tedaviye uyum. *Gülhane Tıp Dergisi*, 64(2), 123–130.
- Çelik, M., & Koç, M. (2022). Atriyal fibrilasyon hastalarında oral antikoagülan tedaviye uyum: Hemşirelik odaklı değerlendirme. *Gülhane Tıp Dergisi*, 64(2), 123–130.
- Çelik, R. G. G., & Demir, E. (2021). Sağlık personelleri ve hasta yakınlarında inme farkındalığının karşılaştırılması. *Medical Bulletin of Haseki*, 59(4), 300–307.
- Çetin, D., & Aksoy, M. (2023). Diyabetli hastaların sağlık algısı ile akılcı ilaç kullanımları arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(2), 156–166.
- Dan GA, Iliodromitis K, Scherr D, Marín F, Lenarczyk R, Estner HL, Kostkiewicz M, Dagres N, Lip GYH. Atriyal fibrilasyon yönetimi için rehberlerin pratiğe yönelik: Avrupa Kalp Ritmi Anketi Derneği sonuçları. *Europace*. 2018 Ağustos 01; 20 (8):1382-1387.
- Dalli, L. L., Kim, J., Cadilhac, D. A., Greenland, M., Sanfilippo, F. M., Andrew, N. E., Thrift, A. G., Grimley, R., Lindley, R. I., Sundararajan, V., Crompton, D. E., Lannin, N. A., Anderson, C. S., Whitley, L., & Kilkenney, M. F. (2021). Greater Adherence to Secondary Prevention Medications Improves Survival After Stroke or Transient Ischemic Attack: A Linked Registry Study. *Stroke*, 52(11), 3569–3577. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.033133>
- De Bruijn, R., Heeringa, J., Wolters, F. J., Franco, O. H., Stricker, B. H., Hofman, A., et al. (2015). Association between atrial fibrillation and dementia in the general population. *JAMA Neurology*, 72(11), 1288–1294.
- De Caterina, R., & Camm, A. J. (2014). What is ‘valvular’ atrial fibrillation? A reappraisal. *European Heart Journal*, 35(47), 3328–3335.
- Delshad Noghabi, A., Sabeti Bilondi, S., & Aalami, H. (2022). The relationship between illness perception and medication adherence in patients with type II diabetes mellitus: Illness perception and medication adherence. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 62(4), 2277.
- Desteghe, L., Vijgen, J., Koopman, P., Dilling-Boer, D., Schurmans, J., Dendale, P., & Heidbuchel, H. (2018). Adherence to oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation: results from the Belgian Heart Rhythm Association. *Europace*, 20(4), e1–e10.

- Diker, E., Bellur, G., Yıldız, N., İzgi, C., & Naditch-Brule, L. (2015). Evaluation of atrial fibrillation (AF) management and cardiovascular risk profile in AF patients: Data from Turkish patients in the international observational cross-sectional REALISE-AF trial. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 43, 60–74.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207–218. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- Dudley, S. C., Hoch, N. E., McCann, L. A., Honeycutt, C., Diamandopoulos, L., Fukai, T., et al. (2005). Atrial fibrillation increases production of superoxide by the left atrium and left atrial appendage: Role of the NADPH and xanthine oxidases. *Circulation*, 112(9), 1266–1273.
- Emren S, Şenöz O, Bilgin M, Beton O, Aslan A, Taşkin U, et al. Drug Adherence in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation Taking Non Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Turkey: NOAC-TR. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*. 2018;24(3):525-31.
- Ehrlich, J. R., Cha, T. J., Zhang, L., Chartier, D., Melnyk, P., & Hohnloser, S. H. (2003). Cellular electrophysiology of canine pulmonary vein cardiomyocytes: Action potential and ionic current properties. *The Journal of Physiology*, 551(3), 801–813.
- Ellinor, P. T., & Benjamin, E. J. (2022). Lone atrial fibrillation: Current concepts and future directions. *Journal of the American College of Cardiology*, 80(9), 855–867.
- Ergene, O., & Ateş, A. H. (2023). Kronik böbrek yetmezliğinde NOAK doz ayarlaması. *Türk Nefroloji Dergisi*, 32(1), 45–52.
- Ergin, M., Dündar, Z. D., Aslay, S., & Emet, M. (2015). Updated management of atrial fibrillation. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 14(3), 138–141. <https://doi.org/10.5152/eajem.2015.13284>
- Ertaş, F., Akoğlu, E., Turhan, S., & AFTER Study Investigators. (2017). Atrial fibrillation in Turkey: Epidemiologic Registry (AFTER) study. *Anatolian Journal of Cardiology*, 17(2), 123–130.
- Farrag, M. A., Oraby, M. I., Ghali, A. A., Ragab, O. A., Nasreldein, A., Shehata, G. A., Elfar, E., & Abd-Allah, F. (2018). Public stroke knowledge, awareness, and response to acute stroke: Multi-center study from 4 Egyptian governorates. *Journal of the neurological sciences*, 384, 46–49. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.11.003>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., F Grupper, M., & Rautalin, I. (2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*, 20(2), 132–144. <https://doi.org/10.1177/17474930241308142>
- Ferguson, C., Inglis, S. C., Newton, P. J., Middleton, S., Macdonald, P. S. ve Davidson, P. M. (2015). The caregiver role in thromboprophylaxis management in atrial

- fibrillation: A literature review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 98–107. <https://doi.org/10.1177/1474515114547647>.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). London: Sage.
- Franczyk, B., et al. (2016). The problem of atrial fibrillation in patients with chronic kidney disease. *Current Vascular Pharmacology*, 14(3), 260–265.
- Freeman, J. V., Simon, D. N., Go, A. S., Spertus, J., Fonarow, G. C., Gersh, B. J., et al. (2015). Association between atrial fibrillation symptoms, quality of life, and patient outcomes: Results from the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF). *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 8(4), 393–402.
- Friberg, L., Hammar, N., & Rosenqvist, M. (2010). Stroke in paroxysmal atrial fibrillation: Report from the Stockholm Cohort of Atrial Fibrillation. *European Heart Journal*, 31, 967–975.
- Galmarini, E., et al. (2024). The effectiveness of visual-based interventions on health literacy and comprehension of health-related information. *Journal of Health Communication*, 29(2), 134–145. Erişim: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11165863/>
- Garcia, D. A., Witt, D. M., Hylek, E., et al. (2018). Warfarin therapy management: Current strategies and future directions. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 46(3), 488–497.
- Gao, Q., Peng, L., Min, W., Nie, J., Wang, A., Shi, Y., Shi, H., Teuwen, D. E., & Yi, H. (2020). Regularity of clinical visits and medication adherence of patients with hypertension or diabetes in rural Yunnan Province of China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9297. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249297>
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (10th ed.). Boston: Pearson.
- Goldstein, R. N., Ryu, K., Khrestian, C., van Wagoner, D. R., & Waldo, A. L. (2008). Prednisone prevents inducible atrial flutter in the canine sterile pericarditis model. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, 19(1), 74–81.
- Guo, A., Jin, H., Mao, J., Zhu, W., Zhou, Y., Ge, X., ... Yu, D. (2023). Impact of health literacy and social support on medication adherence in patients with hypertension: A cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23, 93. <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03117-x>
- Guo, Y., Wang, H., & Zhang, Y. (2020). Mobile health technology to improve care for patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(13), 1613–1623. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.01.052>
- Gupta, A., Giambrone, A. E., Gialdini, G., Finn, C., Delgado, D., Gutierrez, J., Wright, C., Beiser, A. S., Seshadri, S., Pandya, A., et al. (2016). Sessiz beyin enfarktüsü ve gelecekte felç riski: Sistematiik bir inceleme ve meta-analiz. *Stroke*, 47, 719–725. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011889>

- Günel, M., & Demirtaş, A. (2024). Kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı hastaların ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Akademik Dergisi*, 11(1), 82-92.
- Gürsoy, O. M., & Kılıç, Y. (2021). Non vitamin K antagonist oral antikoagülanların pratik kullanımı. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 25(3), 210–219.
- Gür, G., & Sunal, N. (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi (Determination of Health Perception and Healthy Lifestyle Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease). *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219. <https://doi.org/10.17681/hsp.420313>
- Güven, S., Yıldız, H., & Baş, M. (2021). Atrial fibrilasyon tedavisinde varfarin ve NOAK maliyet analizi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 25(4), 304–310.
- Gorst-Rasmussen A, Skjøth F, Larsen T, Rasmussen L, Lip G, Lane D. Dabigatran adherence in atrial fibrillation patients during the first year after diagnosis: a nationwide cohort study. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2015;13(4):495-504.
- Hagiwara, Y., Fujita, H., Oh, S. L., Tan, J. H., Tan, R. S., Ciaccio, E. J., & Acharya, U. R. (2018). Computer-aided diagnosis of atrial fibrillation based on ECG signals: A review. *Information Sciences*, 467, 99–114.
- Hahne, K., Mönnig, G., & Samol, A. (2016). Atrial fibrilasyon ve sessiz inme: Bağlantılar, riskler ve zorluklar. *Vascular Health and Risk Management*, 12, 65–74. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S81807>
- Hankey, G. J., & Eikelboom, J. W. (2021). Anticoagulant therapy for atrial fibrillation: Balancing efficacy and bleeding risk. *Nature Reviews Cardiology*, 18(9), 575–586.
- Hart, R. G., Benavente, O., McBride, R., & Pearce, L. A. (2019). Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: A meta-analysis update. *Annals of Internal Medicine*, 170(12), 857–868.
- Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J. J., Blomström-Lundqvist, C., Boriani, G., Castella, M., Dan, G.-A., & Dilaveris, P. E. (2021). 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 42(5), 373–498.
- Hoarau, D., Ramos, I., Termoz, A., Fernandez, V., Rambure, M., Allemann, S. S., Derex, L., Haesebaert, J., Schott, A. M., & Viprey, M. (2024). Determinants of adherence to post-stroke/transient ischemic attack secondary prevention medications: A cohort study. *European journal of neurology*, 31(10), e16395. <https://doi.org/10.1111/ene.16395>
- Hylek, E. M., Go, A. S., Chang, Y., Jensvold, N. G., Henault, L. E., Selby, J. V., & Singer, D. E. (2003). Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. *New England Journal of Medicine*, 349, 1019–1026.

- Hyvert, S., Yailian, A.-L., Haesebaert, J., Vignot, E., Chapurlat, R., Dussart, C., De Freminville, H., & Janoly-Dumenil, A. (2023). Association between health literacy and medication adherence in chronic diseases: A systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 45, 38–51. <https://doi.org/10.1007/s11096-022-01470-z>
- Isabelle C Van Gelder, Michiel Rienstra, Karina V Bunting, Ruben Casado-Arroyo, Valeria Caso, Harry JGM Crijns, Tom JR De Potter, Jeremy Dwight, Luigina Guasti, Thorsten Hanke, Tiny Jaarsma, Maddalena Lettino, Maja-Lisa Løchen, R Thomas Lumbers, Bart Maesen, Inge Mølgaard, Giuseppe MC Rosano, Prashanthan Sanders, Renate B Schnabel, Piotr Suwalski, Emma Svennberg, Juan Tamargo, Otilia Tica, Vassil Traykov, Stylianos Tzeis, Dipak Kotecha, ESC Bilim Belge Grubu, 2024 Avrupa Kardiyo-Torasik Cerrahi Derneği (EACTS) ile işbirliği içinde geliştirilen atriyal fibrilasyonun yönetimine yönelik ESC Kılavuzları: Avrupa Derneği Atriyal Fibrilasyonun Yönetimi Kardiyoloji (ESC), Avrupa Kalp Ritmi Derneği'nin (EHRA) özel katkısıyla. Avrupa İnme Örgütü (ESO) tarafından onaylanmıştır, *Avrupa Kalp Dergisi*, Cilt 45, Sayı 36, 21 Eylül 2024, Sayfalar 3314–3414, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>
- İltuș, F., & Karadakovan, A. (2017). Atriyal fibrilasyon-inme ilişkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 8(17), 71–76.
- Jabaudon, D., Sztajzel, J., Sievert, K., Landis, T., & Sztajzel, R. (2004). Usefulness of ambulatory 7-day ECG monitoring for the detection of atrial fibrillation and flutter after acute stroke and transient ischemic attack. *Stroke*, 35, 1647–1651.
- Jameson, J. L., et al. (2018). *Harrison's principles of internal medicine* (20th ed.). McGraw-Hill Education.
- Kabra, R., Cram, P., Girotra, S., & Vaughan Sarrazin, M. (2015). Effect of race on outcomes (stroke and death) in patients >65 years with atrial fibrillation. *American Journal of Cardiology*, 116, 230–235.
- Kailas, S. D. ve Thambuluru, S. R. (2016). Efficacy and Safety of Direct Oral Anticoagulants Compared to Warfarin in Prevention of Thromboembolic Events Among Elderly Patients with Atrial Fibrillation. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.836>.
- Kamel, H., & Healey, J. S. (2023). Silent and asymptomatic atrial fibrillation: Epidemiology and clinical impact. *European Journal of Preventive Cardiology*, 30(5), 550–560.
- Kamel, H., et al. (2016). Atrial fibrillation and mechanisms of stroke: Time for a new model. *Stroke*, 47(3), 895–900.
- Kang, H. K., Lee, Y. J., & Kim, H. S. (2023). Correlation between usual source of care and medication adherence in hypertensive patients. *Korean Journal of Family Medicine*, 44(1), 38–45. <https://doi.org/10.12774/kjfm.23.016>
- Kankaya H, Özer S, Korkmaz M, Karabulut Ö, Kurt E. Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiği. *EÜ Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017;33(3),1-10.

- Kara, M., Belen, E., & Yalçın, F. (2018). Warfarin kullanan hastalarda INR izlemi ve hemşirelik yönetimi: Türkiye çok merkezli çalışma. *Anatolian Journal of Cardiology*, 20(5), 285–292.
- Kara AM, Kara T, 2019. Tip 2 Diyabet Tanılı Hastalarda Uygulanan Tedavi Yöntemi ile Hastalardaki Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni*, 57, 4.
- Karaçağlar, E., Atar, İ., Yetiş, B., Corut, H., Ersoy, B., Yılmaz, K., et al. (2014). Atrial fibrilasyon hastalarında emboli risk faktörleri sıklığı ve emboli önleyici tedavilerin uygunluğunun araştırılması: TEK Education Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 45(11), 3330–3336. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.006623>
- Karadeniz, E., Aksoy, M., & Çınar, E. (2022). Atrial fibrilasyonun sosyoekonomik yükü: Hastane verilerinin retrospektif analizi. *Sağlık ve Ekonomi Dergisi*, 6(1), 12–20.
- Karakuş, M., Ersoy, İ., & Demirtaş, G. (2022). Cinsiyete göre atriyal fibrilasyon risk faktörleri: Yaşlı hasta verilerinin retrospektif analizi. *Araştırmacı Hemşirelik Dergisi*, 8(1), 15–22.
- Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, 4, 91. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091>.
- Kaya, B., & Durmuş, E. (2019). Sinüs ritmine dönüşün klinik yararları: Atriyal fibrilasyon rehber ışığında değerlendirme. *Gazi Tıp Dergisi*, 30(3), 215–220.
- Kazanç, Ş., Karagözoğlu, Ş., (2025). Diyabetli Hastaların Sağlık Algısı ile Akılcı İlaç Kullanımları Arasındaki İlişki. *EGEHFD*, 41(2), 215-226. DOI: 10.53490/egehemsire.1320436.
- Kendir Çopurlar, C., Akkaya, K., Arslantaş, İ., & Kartal, M. (2017). Health literacy of students who applied to medical and nursing faculty in Dokuz Eylül University. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(3), 144-151. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.336167>.
- Kerkez, N., & Şahin, T. (2023). Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Algısı İlişkisinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 336-346. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1177899>
- Khan, I. A. (2003). Atrial stunning: Determinants and cellular mechanisms. *American Heart Journal*, 145(5), 787–794.
- Kirchhof, P., Benussi, S., Kotecha, D., Ahlsson, A., Atar, D., Casadei, B., et al. (2016). 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal*, 37(38), 2893–2962.
- Kirchhof, P., Benussi, S., Kotecha, D., et al. (2020). 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 42(5), 373–498.
- Kistler, P. M., Sanders, P., Fynn, S. P., Stevenson, I. H., Spence, S. J., Vohra, J. K., et al. (2004). Electrophysiologic and electroanatomic changes in the human atrium

- associated with age. *Journal of the American College of Cardiology*, 44(1), 109–116.
- Knecht, S., Oelschläger, C., Duning, T., Lohmann, H., Albers, J., Stehling, C., Heindel, W., Breithardt, G., Berger, K., Ringelstein, E. B., Kirchhof, P., & Wersching, H. (2008). Atrial fibrillation in stroke-free patients is associated with memory impairment and hippocampal atrophy. *European Heart Journal*, 29, 2125–2132.
- Koseoglu, C., Demir, M., & Karakulak, S. (2021). Paroksizmal atriyal fibrilasyonun klinik özellikleri ve uzun dönem seyri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 25(4), 289–297.
- Köse, S., Yılmaz, H., & Taş, A. (2018). Framingham verileri ışığında atriyal fibrilasyon insidansı ve yaş etkisi. *Kardiyoloji ve Geriatri Dergisi*, 2(1), 5–11.
- Köseoğlu N., Enç N., 2016. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 14, 162-8.
- Kwak, S., Lee, Y., Baek, S., & Shin, J. 2022. Effects of Subjective Health Perception on health behavior and cardiovascular disease risk factors in patients with prediabetes and diabetes. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 7900. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137900>.
- Lane, D. A., Lip, G. Y. H., & Kamath, S. (2015). Atrial fibrillation (chronic). *StatPearls*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK4439734/>
- Lane, D. A., Meyerhoff, J., Rohner, U., & Lip, G. Y. H. (2018). Atrial fibrillation patient preferences for oral anticoagulation and stroke knowledge: Results of a conjoint analysis. *Clinical cardiology*, 41(6), 855–861. <https://doi.org/10.1002/clc.22971>
- Lin, H. J., Hsu, P. C., Chen, C. F., et al. (2020). Effectiveness of anticoagulation versus antiplatelet therapy for primary and secondary stroke prevention in atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 9(4), e016945.
- Lip, G. Y., Nieuwlaat, R., Pisters, R., Lane, D. A., & Crijns, H. J. (2010). Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: The Euro Heart Survey on atrial fibrillation. *Chest*, 137, 263–272.
- Lippi, G., Sanchis-Gomar, F., & Cervellin, G. (2021). Global epidemiology of atrial fibrillation: An increasing epidemic and public health challenge. *International Journal of Stroke*, 16(2), 217–221.
- Liu, T., Li, G., Li, L., & Korantzopoulos, P. (2007). Association between C-reactive protein and recurrence of atrial fibrillation after successful electrical cardioversion: A meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 49(15), 1642–1648.
- Liljehult, J., Molsted, S., Christensen, T., Møller, T., & Overgaard, D. (2022). Mastering Health Following Minor Stroke-A Qualitative Explorative Study. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 31(8), 106607. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106607>

- Lu, Z., Scherlag, B. J., Lin, J., Niu, G., Fung, K.-M., Zhao, L., et al. (2008). Atrial fibrillation begets atrial fibrillation: Autonomic mechanism for atrial electrical remodeling induced by short-term rapid atrial pacing. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 1(3), 184–192.
- Machado, K. L. C., Rosa, S. T. da, Dobner, S., Boettcher, I. S., Pasqualotto, G. C., Lopes, A. E. L., Araújo, T. de, Bolduan, L. P. L., Colombo, M. D. H. P., & Lacerda, M. P. de. (2021). Warfarin anticoagulation in the COVID-19 pandemic: Telephone-based management at a regional hematology outpatient center in Joinville, Brazil. *Thrombosis Research*, 205, 81–83.
- Maron, B. J., Towbin, J. A., Thiene, G., Antzelevitch, C., Corrado, D., Arnett, D., Moss, A. J., Seidman, C. E., & Young, J. B. (2006). Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: An American Heart Association Scientific Statement. *Circulation*, 113, 1807–1816.
- Matsushita, T., Kondo, T., Ito, S., et al. (2016). Atrial natriuretic peptide levels predict paroxysmal atrial fibrillation in acute ischemic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25(4), 901–908.
- Marquez-Contreras E, Martell-Claros N, Marquez-Rivero S, Hermida-Campa E, Gracia-Diez C, Sanchez-Lopez E, et al. Strategies for improving dabigatran adherence for stroke prevention in patients with non-valvular atrial fibrillation: education and drug intake reminders (FACILITA study). *Current medical research and opinion*. 2018;34(7):1301-8.
- McHorney C, Ashton V, Laliberté F, Germain G, Wynant W, Crivera C, et al. Adherence to rivaroxaban compared with other oral anticoagulant agents among patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Journal of managed care & specialty pharmacy*. 2017;23(9):980-8.
- Miller, T. A., Wagner, C. L., & Jacobs, D. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic disease: A meta-analysis. *Medical Decision Making*, 36(4), 501–515.
- Mohammed, AG, Dahab, AR, Ahmed, L. ve diğerleri. Hasta bakıcıları arasında felç farkındalığı ve sağlık arama davranışları: Sudan, Hartum'daki İbrahim Malik ve Soba Eğitim Hastanelerinde kesitsel bir çalışma (2022). *BMC Public Health* 25 , 2069 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23262-6>
- Mollaoğlu, M., Başer, E., & Candan, F. 2021. Examination of the relationship between health literacy and health perceptions in hemodialysis patients. *Journal of Renal Endocrinology*, 7(1), e11–e11. <https://doi.org/10.34172/jre.2021.11>
- Montalescot, G., Brotons, C., Cosyns, B., Crijns, H. J., d'Angelo, A., Drouet, L., Eberli, F., Lane, D. A., Besse, B., & Chan, A. (2020). Educational impact on apixaban adherence in atrial fibrillation (The AEGEAN STUDY): A randomized clinical trial. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 20(1), 61–71.
- Morady, F., & Zipes, D. P. (2012). Atrial fibrillation: Clinical features, mechanisms and management. In E. Braunwald, P. Libby, R. O. Bonow, D. L. Mann, & D. P. Zipes (Eds.), *Braunwald's Heart Disease: A textbook of cardiovascular medicine* (9th ed., pp. 825–884). Philadelphia, PA: WB Saunders Company.

- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., et al. (2016). Heart disease and stroke statistics—2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), e38–e360. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>.
- Mubaraki, A. A., Alqahtani, A. S., Almalki, A. A., Almalki, H. M., Alamri, H. M., Aburass, M., & Althumali, Z. H. (2021). Public knowledge and awareness of stroke among adult population in Taif city, Saudi Arabia. *Neurosciences Journal*, 26(4), 339-345. doi:10.17712/nsj.2021.4.20210057
- Nabauer, M., Gerth, A., Limbourg, T., Schneider, S., Oeff, M., Kirchhof, P., Goette, A., Lewalter, T., Ravens, U., Meinertz, T., Breithardt, G., & Steinbeck, G. (2009). The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: Patient characteristics and initial management. *Europace*, 11, 423–434.
- National Library of Medicine. (2022). Atrial kick. In M. StatPearls (Ed.), StatPearls. (NCBI Bookshelf).
- Nattel, S., & Dobrev, D. (2012). The multidimensional role of calcium in atrial fibrillation pathophysiology: Mechanistic insights and therapeutic opportunities. *European Heart Journal*, 33(22), ehs079.
- Nattel, S., & Harada, M. (2014). Atrial remodeling and atrial fibrillation: Recent advances and translational perspectives. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(22), 2335–2345.
- Nieuwlaat, R., Capucci, A., Camm, A. J., Olsson, S. B., Andresen, D., Davies, D. W., Cobbe, S., Breithardt, G., Le Heuzey, J. Y., Prins, M. H., Levy, S., & Crijns, H. J. (2005). Atrial fibrillation management: A prospective survey in ESC member countries: The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *European Heart Journal*, 26, 2422–2434.
- Ntaios, G., Papavasileiou, V., Diener, H. C., et al. (2022). Direct oral anticoagulants versus warfarin in secondary stroke prevention: A real-world cohort study. *Stroke*, 53(7), 2245–2254.
- Nowak, M., & Kowalska, M. (2024). Levels of adherence to treatment, illness perception and acceptance of illness in patients with coronary artery disease. *Patient Preference and Adherence*, 18, 459–470.
- Otto, C. M., Nishimura, R. A., Bonow, R. O., et al. (2020). 2020 ACC/AHA kılavuzu: Kalp kapak hastalığı olan hastaların yönetimi. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(10), e229–e269. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.018>
- Ozaki, A. F., Choi, A. S., Le, Q. T., Ko, D. T., Han, J. K., Park, Y., ... & Jackevicius, C. A. (2020). Real-world adherence and persistence to direct oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13(3), e005969.
- Özdemir, M., Uygun, F., & Arslan, C. (2019). Atrial fibrilasyonun epidemiyolojisi ve yönetim maliyeti. *Türkiye Klinikleri Kardioloji Özel Dergisi*, 12(4), 233–240.
- Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2019). Sağlık eğitimi ve danışmanlığının hastaların sağlık algısı ve sağlık davranışlarına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1), 45–52.

- Özdelikara, A., Ağacdiken-Alkan, Ş., & Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 275–282.
- Özin, B. (2004). Atriyal fibrilasyonda tedavi yaklaşımları. *Türkiye Tıp Dergisi*, 11, 34–41.
- Özışli, Ö. (2023). Akılcı ilaç kullanımı ve sağlık algısı arasındaki ilişki üzerine bir saha çalışması. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 10(94), 981-986. <https://doi.org/10.26450/jshsr.3629>.
- Özkan, H., & Demirel, S. (2021). Antikoagülan kaynaklı kanama yönetimi ve antidot kullanımı. *Gülhane Tıp Dergisi*, 63(4), 300–308.
- Özkan, H., & Demirel, S. (2023). Lone atriyal fibrilasyon: Tanım, klinik seyir ve tedavi yaklaşımları. *Dicle Tıp Dergisi*, 50(1), 75–83.
- Pala, B. (2023). Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.
- Pehlivanlı, E., & Söğüt, A. (2018). Yapısal kalp değişiklikleri ve atriyal fibrilasyon ilişkisi: Derleme. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 50(3), 215–222.
- Pehlivanoğlu, S., Güneş, Y., Özkan, A. A., & Enar, R. (2001). Atriyal fibrilasyonda güncel medikal tedavi yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi*, 14, 370–382.
- Polat, Ü., & Erdem, R. (2017). Hastaların sağlık algısı ve sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirelerin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 210–218.
- Proietti, M. (2018). The dangerous combination of atrial fibrillation and hypertension: An urgent need to handle complexity. *International Journal of Cardiology*, 254, 167–169.
- Religioni, U., & Galli, F. (2025). Enhancing therapy adherence: Impact on clinical outcomes in chronic diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 34(1–2), 45–56. <https://doi.org/10.1111/jon.13123>.
- Rivard, L., Friberg, L., Conen, D., Healey, J. S., Berge, T., Boriani, G., ... & Freedman, B. (2022). Atrial fibrillation and dementia: a report from the AF-SCREEN international collaboration. *Circulation*, 145(5), 392-409.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (2019). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. Guilford Press.
- Rodríguez-Bernal, C. L., Hurtado, I., García-Sempere, A., Peiró, S., & Sanfélix-Gimeno, G. (2021). Primary nonadherence and persistence of direct oral anticoagulants among patients with atrial fibrillation: a population-based study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 87(1), 99–111.
- Rueda-Medina, B., Gómez-Urquiza, J. L., Tapia-Haro, R., Casas-Barragán, A., Aguilar-Ferrándiz, M. E., & Correa-Rodríguez, M. (2020). Assessing health science students' health literacy and its association with health behaviours. *Health &*

- Social Care in the Community, 28(6), 2134-2139.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13024>
- Sabaté, E. (Ed.). (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization.
- Salmasi, S., Loewen, P. S., Tandun, R., Andrade, J. G., & De Vera, M. A. (2020). Adherence to oral anticoagulants among patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open*, 10(4), e034778.
- Sarı, C., Köseoğlu, C., & Ayhan, H. (2014). Atrial fibrilasyon tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(3), 614–622.
- Schnabel, R. B., Yin, X., Gona, P., Larson, M. G., Beiser, A. S., McManus, D. D., et al. (2015). 50-year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: A cohort study. *The Lancet*, 386(9989), 154–162.
- Senoo, K., Miki, T., Ohkura, T., Iwakoshi, H., Nishimura, T., Shiraishi, H., Teramukai, S., & Matoba, S. (2022). A smartphone app to improve oral anticoagulation adherence in patients with atrial fibrillation: Prospective observational study. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(1), e30807.
- Sharma, M., Cornelius, V. R., Patel, J. P., Davies, J. G., & Molokhia, M. (2015). Efficacy and harms of direct oral anticoagulants in the elderly for stroke prevention in atrial fibrillation and secondary prevention of venous thromboembolism: Systematic review and meta-analysis. *Circulation*, 132, 194–204.
- Sheikh, A., Patel, N. J., Nalluri, N., Agnihotri, K., Spagnola, J., Patel, A., et al. (2015). Trends in hospitalization for atrial fibrillation: Epidemiology, cost, and implications for the future. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58, 105–116.
- Sigurdsson, S., Aspelund, T., Kjartansson, O., Gudmundsson, E. F., Jonsdottir, M. K., Eiriksdottir, G., Jonsson, P. V., van Buchem, M. A., Gudnason, V., & Launer, L. J. (2017). Genel popülasyonda beyin enfarktüsü sıklığı, bilişsel değişim ve bunama riski: AGES-Reykjavik Çalışması (Yaş Geni/Çevre Duyarlılığı-Reykjavik Çalışması). *Stroke*, 48, 2353–2360.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017357>
- Siontis, K. C., Gersh, B. J., Killian, J. M., Noseworthy, P. A., McCabe, P., Weston, S. A., Roger, V. L., & Chamberlain, A. M. (2016). Typical, atypical, and asymptomatic presentations of new-onset atrial fibrillation in the community: Characteristics and prognostic implications. *Heart Rhythm*, 13(7), 1418–1424.
- Soylu, A. (2018). Atrial Fibrilasyonlu Hastalara Uygulanan Akupres'in Bazı Vital Bulgular Ve Oksijen Satürasyonuna Etkisi (Yüksek Lisans Tezi, Sanko Üniversitesi, Gaziantep).
- Sousa, V. D., et al. (2021). Self-care behavior and illness perception in chronic disease patients. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103897.
- Soyer, N. A. (2021). Akılcı ilaç kullanımı: Yeni nesil oral antikoagülanlar. *DergiPark*. Erişim: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1519497>

- Sönmez, H., & Tuncer, N. (2024). Examination of the effect of health perception on adherence to immunosuppressive medication use in kidney transplant patients. *Muş Alparslan Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(1), 34–42.
- StatPearls. (2024). Atrial Fibrillation (Nursing). In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568719/>
- Stefansdottir, H., Aspelund, T., Gudnason, V., et al. (2011). Trends in the incidence and prevalence of atrial fibrillation in Iceland and future projections. *Europace*, 13, 1110–1117.
- Stewart, S., Hart, C. L., Hole, D. J., & McMurray, J. J. V. (2001). Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. *Heart*, 86, 516–521.
- Şengül, Ş., & Uysal, H. (2019). Atriyal fibrilasyon tanısı olan hastalarda obstrüktif uyku apnesi ve uyku kalitesinin belirlenmesi. *Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(22), 50–58.
- Şimşek, R., Demir, M., & Dalak, R. (2020). Atrial fibrilasyonla ilişkili inme: Güncel yaklaşım. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 26(2), 140–147.
- Şimşek, R., Kaya, B., & Çelik, A. (2021). Tatillerde kalp sendromu: Akut alkol alımına bağlı atriyal fibrilasyon olguları. *Türk Acil Tıp Dergisi*, 21(2), 67–72.
- Suzuki, T., Shiga, T., Omori, H., Tatsumi, F., Nishimura, K., & Hagiwara, N. (2017). Adherence to medication and characteristics of Japanese patients with non-valvular atrial fibrillation. *Journal of cardiology*, 70(3), 238–243.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Taggar, J. S., Coleman, T., Lewis, S., Heneghan, C., & Jones, M. (2016). Accuracy of methods for detecting an irregular pulse and suspected atrial fibrillation: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 66(649), 99–108.
- Thrall, G., Lane, D., Carroll, D., & Lip, G. Y. H. (2006). Quality of life in patients with atrial fibrillation: A systematic review. *American Journal of Medicine*, 119, 448.e1–448.e19.
- Theunissen, L. J. H. J., & van den Boogaard, M. (2023). The prognostic value of quality of life in atrial fibrillation on hospitalization and mortality: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02112-2>
- Turner, G. M., Calvert, M., Feltham, M. G., Ryan, R., Rick, C., & Fitzmaurice, D. (2019). TIA and minor stroke: A qualitative study of long-term impact and experiences of follow-up care. *BMJ Open*, 9(1), e024965. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024965>.
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2020). Atriyal fibrilasyon tanı ve tedavi kılavuzu – Hemşirelik bölümü. TKD Yayınları.
- Tong, X., Zhang, L., & Li, Y. (2025). Impact of the family doctor system on medication adherence among type 2 diabetes patients. *BMC Public Health*, 25, 21656. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21656-0>

- Tör, V. (2019). Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu Ve Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi (Tez No. 538874) (Yüksek lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Tremonti, C., & Thieben, M. (2021). Drugs in secondary stroke prevention. *Australian prescriber*, 44(3), 85–90. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2021>.
- Us, H., & Yazıcı, G. (2021). Varfarin kullanımında hemşirenin önemi: İki ucu keskin bıçak. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 71–84.
- Uzuner, N., Kutluk, K., & Balkan, S. (2015). Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu. *Türk Beyin ve Damar Hastalıkları Derneği Yayınları*.
- Vinereanu D, Napalkov D, Bergler-Klein J, Benczur B, Ciernik M, Gotcheva N ve diğerleri. İnme önlemede antikoagülan tedaviye ilişkin hasta algısı (RE-SONANCE çalışması).
- Wali, H., Hudani, Z., Wali, S., Mercer, K., & Grindrod, K. (2016). A systematic review of interventions to improve medication information for low health literate populations. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(6), 830–864. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.12.001>.
- Wang, T. J., Larson, M. G., Levy, D., Vasan, R. S., Leip, E. P., Wolf, P. A., et al. (2003). Temporal relations of atrial fibrillation and congestive heart failure and their joint influence on mortality. *Circulation*, 107(23), 2920–2925.
- Watson, T., Shantsila, E., & Lip, G. Y. H. (2009). Mechanisms of thrombogenesis in atrial fibrillation: Virchow's triad revisited. *The Lancet*, 373(9658), 155–166.
- Yakar, Ş., Baykan, N., Durukan, P., & Özkan, S. (2020). Acil servis başvurularında varfarin ilişkili komplikasyonların ve hastaların ilaç bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *Ankara Klinikleri Dergisi*, 6(2), 231–236.
- Yalçın, D., Çalışkan, M., & Ateş, A. (2022). Obezite, sol atriyum boyutları ve atriyal fibrilasyon ilişkisi: Çok merkezli Türk kohort çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 64(2), 123–131.
- Yang, H., Deng, Q., Geng, Q. ve ark. (2021). Yaşlılarda kendi kendine sağlık değerlendirmesinin kronik hastalık, ruh sağlığı semptomu ve sosyal ilişki ile ilişkisi. *Scientific Reports*, 11, 14653. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94044-7>.
- Yavuz, B. B., Yavuz, B., Cankurtaran, M., Halil, M., Ülger, Z., Aytemir, K., et al. (2007). Atriyal fibrilasyonun kognitif fonksiyonlar üzerine etkisi. *Türk Aritmi, Pacemaker ve Elektrofizyoloji (TAPE) Dergisi*, 5, 226–230.
- Yavuz, B., Ata, N., Oto, E., Katircioglu-Öztürk, D., Aytemir, K., Evranos, B., et al. (2017). Demographics, treatment and outcomes of atrial fibrillation in a developing country: The population-based Turkish Atrial Fibrillation (TRAF) cohort. *Europace*, 19(5), 734–740.
- Yeo, M., Choi, E. K., Lee, S. R., & Lee, H. (2025). Atrial fibrillation burden and symptom, quality of life, and healthcare resource utilization after cryoablation:

- A 1-year follow-up study. *Europace*, 27(8), euaf150. <https://doi.org/10.1093/europace/eaaf150>.
- Yıldırım, J. G., & Bayık Temel, A. (2020). The effect of nurse home support program on self-management of patients receiving oral anticoagulation (warfarin) therapy. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(1), 13–22. <https://doi.org/10.5152/fnfn.2020.19020>.
- Yıldız, D. (2018). Birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hekimler arasında iskemik inme farkındalığı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 377–380.
- Yıldız, B. T., Gökçe, M., & Şahin, H. (2020). Awareness of stroke in the population presenting to outpatient clinics at a tertiary health institution. *Turkish Journal of Neurology*, 26(2), 149–152. doi:10.4274/tnd.2020.47887.
- Yıldız, S., & Karadeniz, E. (2021). Tele-hemşirelik modelinin atriyal fibrilasyonlu hastalarda ilaç uyumu ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 23(3), 182–190.
- Yıldız, E., & Demir, Y. (2021). Atriyal fibrilasyon hastalarında eğitim programlarının sağlık davranışlarına etkisi. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Hemşireliği Özel Dergisi*, 13(2), 56–64.
- Yılmaz F, Çolak M. Evaluation of Beliefs about Medicines and Medication Adherence among Elderly People with Chronic Diseases. *Turkiye Klinikleri J Health Sci* doi: 10.5336/healthsci.2017-58835.
- You, J. Y., Kim, Y., Kim, J. S., et al. (2016). Guidance for practical management of warfarin therapy in the elderly with atrial fibrillation. *Drugs & Aging*, 33(6), 451–460.
- Yücel, E., & Gürkan, Ö. (2021). Illness perception and adherence to medication in cardiovascular patients at a tertiary hospital in Northern Cyprus. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33(47B), 192–201.
- Zhang, L., Wang, Y., Zhao, X., Liu, L., & Li, H. (2020). Health perception and self-management behaviors among patients with chronic cardiovascular diseases. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2351–2362.
- Zhao, S., Zhao, H., Wang, X., Gao, C., Qin, Y., Cai, H., ... & Cao, J. (2017). Factors influencing medication knowledge and beliefs on warfarin adherence among patients with atrial fibrillation in China. *Patient preference and adherence*, 213–220.
- Zhao, S., & Wang, Y. (2024). Aging-associated mechanisms of atrial fibrillation progression. *Journal of Cardiovascular Aging*, 3(2), 45–58. <https://doi.org/10.1016/j.jca.2024.12>
- Zoghi, M., Özyüncü, N., Özal, E., Çakmak, H. A., Yayla, C., İçli, A., Özyıldız, A. G., Öncel, C. R., & Tokgözoğlu, L. (2017). Frequency of cardiovascular diseases and drug use in Turkish elderly population followed up at cardiology clinics: The ELDERTURK study. *Turkish Journal of Geriatrics*, 20(2), 73–81.
- Widjaja, K. K., Chulavatnatol, S., Suansanae, T., Wibowo, Y. I., Sani, A. F., Islamiyah, W. R., & Nathisuwan, S. (2021). Knowledge of stroke and medication adherence among patients with recurrent stroke or transient ischemic attack in

Indonesia: a multi-center, cross-sectional study. *International journal of clinical pharmacy*, 43(3), 666–672. <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01178-y>.



EKLER

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

HASTA TANITIM FORMU

Açıklama: Değerli katılımcı, bu çalışma atrial fibrilasyon tanısı almış bireylerin sağlık algısını, tedaviye uyumunu değerlendirmek ve bu hastalığın en önemli komplikasyonu olan inmenin farkındalığını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Soruları cevaplamanız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Verilecek yanıtların eksiksiz olması çalışmanın doğrulunu etkileyecektir ve bu yanıtlarınız bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde başka kişilerle paylaşılmayacak kesinlikle gizli tutulacaktır.

Bölüm 1. Tanıtıcı özellikler

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
3. Eğitim Durumu: Okuma yazma bilen () İlkokul () Lise ve üzeri ()
4. Gelir Durumu: Gelir giderden fazla () Gelir gidere eşit () Gelir giderden az ()
5. Birlikte yaşanan kişiler: Eş ile () Aile ile () Yalnız () Bakım evi ()
6. Sigara ve alkol kullanımı: Yalnızca sigara () Yalnızca alkol () Her ikisi birden () Hiçbiri ()

Bölüm 2. Hastalık özellikleri

7. Ek kronik hastalık varlığı: Yok () Var ()
8. Daha önce geçici iskemik inme geçirme durumu: Evet () Hayır ()
Evet ise ne zaman
9. Hastalık hakkında eğitim alma durumu? Evet () Hayır ()
10. Hastalık hakkında bilgi kaynağı? () Doktor () Hemşire () Eczacı () İnternet
() Televizyon () Komşu/akraba () AF hastası () Diğer:
11. Antikoagülan/antiagregan kullanıyor olma durumu: Evet () Hayır ()
12. Poliklinik kontrolüne gitme durumu (zaman):
13. Düzensiz kalp ritminiz inmeye sebep olur mu? Evet () Hayır () Bilgim yok ()

Ek 2. İlaç Uyumu Bildirrim Ölçeği

İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

	İlaç kullanımınıza dair kendi tarzınız;	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Asla
1.	Almayı unuturum.					
2.	Dozunu değiştiririm.					
3.	Bir süreliğine almayı bırakırım.					
4.	Bir dozu atlamaya karar veririm.					
5.	Söylenenden daha az alırım.					

Ek 3. Sağlık Algısı Ölçeği

	SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ	Çok katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum.
1.	Sağlımı çok düşürüm.					
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3.	Ben ne yaparsam yapayım sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.					
4.	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8.	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10.	Sağlıklı olup olamamak bana bağlıdır.					
11.	Sağlığım hayatımda ki en önemli düşüncedir.					
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.					
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
14.	İstedğim kadar sağlıklı olabilirim.					
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

Ek 4: İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği (İubö) Kullanım İzni

İLAÇ UYUMUNU BİLDİRİM ÖLÇEĞİ'NİN KULLANIM İZNİ

Gelen Kutusu x

27 Tem Paz 14:42 (12 gün önce)

☆

i

Sayın Hocam, Ben Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi İlayda Demir Çakır. ATRİ

Alıcı: ben ▼

5 Ağu Sal 12:49 (3 gün önce)

☆

😊

↩

⋮

Merhabalar,

Planladığınız çalışmanızda İlaç Uyumunu Bildirim ölçeğini kullanmanız uygundur. Ekte ölçekle ilgili bilgileri ve soruları gönderiyorum. Süreç içerisinde aklınıza herhangi bir şey takılırsa ya da ölçekle alakalı danışmak istediğiniz bir konu olursa her zaman yazabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim,

Sevgilerimle

Dr. Öğr. Üyesi Esin Temeloğlu Şen
İstanbul Üniversitesi
Psikoloji Bölümü
Uygulamalı Psikoloji ABD

Ek 5: Sağlık Algısı Ölçeği (Saö) Kullanım İzni

Sağlık Algısı Ölçeği'nin Kullanım İzni

Gelen Kutusu x

27 Tem Paz 14:45 (12 gün önce)

☆

Sayın Hocam, Ben Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi İlayda Demir Çakır. ATRİ

27 Tem Paz 20:39 (12 gün önce)

☆

😊

↩

⋮

Alıcı: ben

Sevgili İlayda,

Ölçeği kullanabilirisin.

Tez çalışmada başarılar diliyorum.

Sevgilerimle

27 Tem 2025 Paz, 14:45 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hocam,

Ben Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi İlayda Demir Çakır. ATRİAL FİBRİLYASYONLU HASTALARDA İLAÇ UYUMU VE SAĞLIK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİDE İNME FARKINDALIĞININ ARACILIK ROLÜ başlıklı tez çalışmamda geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Sağlık Algısı Ölçeği" formunu izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılarımla....

Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Atrial Fibrilasyon tanısı almış olan hastaların tedaviye uyum ve sağlığı algılama düzeylerinde inme farkındalığının aracılık rolünü ortaya koymak amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Yapılması planlan araştırmanın ismi “Atrial Fibrilasyonlu Hastalarda İlaç Uyum ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişkide İnme Farkındalığının Aracılık Rolü” dir.

Atrial fibrilasyon tanısı konan ve/veya bu tanı nedeniyle klinik takibi yapılan hastalar üzerinde uygulanacak olan bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz.

Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni, 18 yaş ve üzeri yaş aralığında, atrial fibrilasyon tanısı konmuş bir birey olmanızdır. Bu araştırma Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı tarafından gerçekleştirilecektir.

Sağlık algısı ve tedaviye uyum kronik hastalıklarda hastalık yönetiminin bel kemiğini oluşturmaktadır. İnme gibi mortaliteyi artırıcı etkisi olan ve sık görülen bir komplikasyonun farkındalığının belirlenmesi, farkındalığın tedaviye uyum ve sağlık

algısı ilişkisindeki aracılık rolünün belirlenmesi AF'li hastaların bakımlarının planlanmasında rehber bilgiler oluşturulmasını sağlayacağını düşünüyoruz.

Bu çalışmada atiral fibrilasyonlu hastalarda tedaviye uyum ve sağlık algısı arasındaki ilişkide inme farkındalığının aracılık rolünün etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın Doç. Dr. Döndü Şanlıtürk tarafından, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki

bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde Doç. Dr. Döndü Şanlıtürk’e, numaralı telefonlardan ulaşarak danışabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış

bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih

Katılımcı (Gönüllü)

ID :

Adres :

Telefon :

İmza :

Görüşme Tanığı

Adı, Soyadı :

Adres :

Telefon :

İmza :

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı :

Adres :

Telefon :

İmza :

(Tüm sayfaları imzalı bu formun bir kopyası katılımcıya verilecektir)

Ek 7. Etik Kurul İzni

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
22.10.2024	17	01-43

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Nail YILDIRIM Başkanlığında toplandı.

KARAR 17.05- Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 08.10.2024 tarih ve 483501 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	Atrial Fibrilasyonlu Hastalarda İlaç Uyumu ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişkide İnme Farkındalığının Aracılık Rolü
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ ÇALIŞMANIN YAZARI	Doç. Dr. Döndü ŞANLITÜRK İlayda ÇAKIR (Hemşirelik Anabilim Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Prof. Dr. Nail YILDIRIM
Etik Kurul Başkanı
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Prof. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet KARGÜN
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Muhittin DEMİRAY
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Tuğba KILIÇER
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Hüseyin Baha ÖZTUNÇ
Üye
(İmza)

Ek 8. Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 20.11.2024-499786



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-87064461-044-259987517
Konu : Anket İzni-İlayda ÇAKIR

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 13.11.2024 tarihli ve 497341 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği; Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi İlayda ÇAKIR'ın (Danışmanı:Doç.Dr.Döndü ŞANLITÜRK) 15.11.2024-30.06.2025 tarihleri arasında Erbaa Devlet Hastanesi Acil Servisine başvuran, Kardiyoloji Polikliniği ve servisinde tedavi alan 18 yaşından büyük, son 6 (altı) ay içerisinde Atrial Fibrilasyon tanısı alan hastalara yapmayı planladığı "Atrial Fibrilasyonlu Hastalarda İlaç Uyumu ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişkide İnme Farkındalığının Aracılık Rolü" isimli çalışması Müdürlüğümüzce incelenmiş yapılması yönünde izin verilmiş, protokol metni ekte gönderilmiştir.

Bu kapsamda; çalışmaya başlanılmadan önce yazının ilgili araştırmacıya tebliğini takip eden 3 (üç) iş günü içerisinde protokol metninin (her sayfası ıslak imza ile) imzalanması ve pdf formunda düzenlenerek adresine gönderilmesi; protokol gereği çalışma sonuçlarının çalışma bitimini takip eden 3(üç) ay içerisinde 2 (iki) A4 kağıdını geçmeyecek şekilde raporlanarak Müdürlüğümüze yayın izni için başvurusu gerekmektedir.

Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Can Gökay YILDIZ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: protokol-bilimsel araştırma word yeni

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı
Kişisel Bilgiler
İletişim Bilgileri
Öğrenim Bilgileri
İş Deneyimi

