

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ATRİYAL FİBRİLASYON TANISI OLAN
BİREYLERDE YORGUNLUK VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DENİZ ÖZDEL

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR - 2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970057

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ATRİYAL FİBRİLASYON TANISI OLAN
BİREYLERDE YORGUNLUK VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

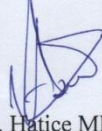
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DENİZ ÖZDEL

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Hatice MERT

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970057

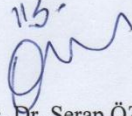
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Deniz ÖZDEL “**Atrial Fibrilasyon Tanısı Olan Bireylerde Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**” konulu Yüksek Lisans tezini 28.06.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç. Dr. Hatice MERT

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Serap ÖZER

ÜYE

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Dilek SEZGİN

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

YEDEK ÜYE

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Dilek BÜYÜKKAYA BESEN

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	i
TABLOLAR DİZİNİ	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Atriyal Fibrilasyon.....	7
2.1.1. Atriyal Fibrilasyonun Dünyada ve Ülkemizde Epidemiyolojisi	7
2.1.2. Atriyal Fibrilasyonda Risk Faktörleri.....	8
2.1.2.1. Atriyal Fibrilasyon İçin Klasik Risk Faktörleri.....	8
2.1.2.2. Atriyal Fibrilasyonun Yeni Risk Faktörleri.....	9
2.1.2.3. Atriyal Fibrilasyonun Potansiyel Risk Faktörleri	10
2.1.3. Atriyal Fibrilasyonda Tanı ve Klinik Bulgular.....	12
2.1.4. Atriyal Fibrilasyonun Fizyopatolojisi.....	12
2.1.5. Atriyal Fibrilasyonun Sınıflandırılması.....	13
2.1.6. Atriyal Fibrilasyon Hastalarının Entegre Tedavisi	14
2.2.Yorgunluk.....	17
2.2.1. Yorgunluğun Tanımı ve Önemi.....	17
2.2.2. Yorgunluğa Neden Olan Etiyolojik Faktörler	17
2.2.3. Atriyal Fibrilasyon ve Yorgunluk	18
2.3. Atriyal Fibrilasyon ve Yaşam Kalitesi	19
2.4. Atriyal Fibrilasyon ve Hemşirelik	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Çalışma Materyali	24
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.6. Veri Toplama Araçları.....	25
3.6.1. Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikler Formu.....	25
3.6.2. Kısa Yorgunluk Envanteri	25
3.6.3. Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Skalası	26
3.7. Veri Toplama Süreci.....	27
3.8. Araştırma Planı	27
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.11. Araştırma Etiği	28
3.12. Araştırma Bütçesi	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA.....	35
5.1.Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastaların Yorgunluk Düzeyleri ile İlgili Bulguların İncelenmesi.....	35
5.2. Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguların İncelenmesi..	36
5.3. Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastaların Yorgunluk Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
7. KAYNAKLAR.....	40
8. EKLER	48
EK-1. Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikler Formu	48
EK-2. Kısa Yorgunluk Envanteri	50
EK-3. Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği.....	51
EK-4. Ölçek İzni.....	54
EK-5. Ölçek izni	55
EK-6. D.E.Ü Hastanesi İzin Belgesi	56
EK-7. D.E.Ü Etik Kurul Kararı	58
EK-8. Özgeçmiş	61

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Atrial Fibrilasyon ile İlişkili Kardiyovasküler Mortalite ve Morbidite	11
Tablo 2. Atrial Fibrilasyon Kalıpları	14
Tablo 3. Atrial Fibrilasyonu Olan Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 4. Atrial Fibrilasyonu Olan Bireylerin Klinik Özelliklerine İlişkin Dağılımı	30
Tablo 5. Atrial Fibrilasyonu Olan Bireylerin Kısa Yorgunluk Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamaları	31
Tablo 6. Atrial Fibrilasyonu Olan Bireylerin Atrial Fibrilasyon Şiddet Skalası'ndan Aldıkları Puan Ortalamaları	32
Tablo 7. Atrial Fibrilasyonu Olan Bireylerin Kısa Yorgunluk Envanteri Puanları ile Atrial Fibrilasyon Şiddet Skalası Puanları Arasındaki İlişki	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Atrial Fibrilasyon Hastalarının Akut ve Kronik Yönetimi, İstenen Kardiyovasküler Sonuçlar	15
Şekil 2. Atrial Fibrilasyonda Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Düzenlenmesi	20



KISALTMALAR

AAİ: Antiaritmik İlaçlar

AF: Atrial Fibrilasyon

AFTER: Atrial Fibrillation in Turkey: Epidemiologic Registry

AHRE: Atrial Yüksek Hız Atağı

ATRIA: The AnTicoagulation and Risk Factorsin Atrial Fibrillation

CRP: C-Reaktif Protein

DM: Diyabetes Mellitus

EKG: Elektrokardiyogram

ERP: Etkili Refraktör Periyodu

GİA: Geçici İskemik Atak

HT: Hipertansiyon

İKD: İmplant Edilebilir Kardiyoverter Defibrilatör

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KKY: Konjestif Kalp Yetersizliği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KY: Kalp Yetersizliği

MI: Miyokart İnfarktüsü

OAK: Oral Antikoagülan

RAAS: Renin-Anjiyotensin-Aldesteron Sistemi

SR: Sinüs Ritmi

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

TSH: Tiroid Uyarıcı Hormon

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

TEŞEKKÜR

Araştırmamda değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, bu dönemde bana son derece sabır ve hoşgörölü davranan, beni destekleyen ve yönlendiren çok değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Hatice MERT'e,

Her zaman yanımda olan Sayın Uzm. Hemş. Selvinaz UTKUTAN'a,

Dokuz Eylül Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesinde çalışan tüm Hemşire arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan ve eğitimim boyunca destekleyen canım babama, anneme ve kardeşime çok teşekkür ederim.

DENİZ ÖZDEL

ATRIYAL FİBRİLASYON TANISI OLAN BİREYLERDE YORGUNLUK VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Deniz ÖZDEL

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İZMİR,

nurse_deniz_1990@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Atriyal fibrilasyon tanısı olan bireylerde, yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı, kesitsel ve korelasyonel olarak yapılmıştır. Araştırma örneklemini, Nisan 2017- Aralık 2017 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniği ve kliniğinde izlenen, Atriyal fibrilasyon tanısı olan, 72 birey oluşturmuştur. Araştırmada Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikler Formu, Kısa Yorgunluk Envanteri, Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddet Skalası kullanılmıştır. Veriler sayı-yüzde, aritmetik ortalama, normallik testi ve Spearman korelasyon testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalaması 56.54 ± 15.87 'dir. AF'li bireylerin genel yorgunluk düzeyi ortalamaları 7.11 ± 1.35 olup, günlük faaliyetlerin etkilenme düzeyi 7.04 ± 1.60 'tır. Global kısa yorgunluk envanteri puan ortalamasının 7.06 ± 1.45 olduğu belirlenmiştir. Bireylerin AF sıklığı ortalaması 7.86 ± 1.62 , AF süresi ortalaması 3.30 ± 2.86 , AF ciddiyeti ortalamasının 7.86 ± 1.15 olduğu belirlenmiştir. AF'li bireylerin toplam AF yükü puanı ortalaması 19.02 ± 4.70 , semptom ciddiyet puanı ortalaması 18.93 ± 4.40 olarak bulunmuştur. Bireylerin genel yorgunluk puanı ile AF sıklığı, AF semptom ciddiyeti, AF ciddiyeti ve toplam AF yükü arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Genel yorgunluk puanı ve AF süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bireylerin günlük faaliyetlerden etkilenme düzeyi ile AF sıklığı, AF süresi ve AF semptom ciddiyeti arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Günlük faaliyetlerden etkilenme düzeyi ile AF ciddiyeti ve toplam AF yükü arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Bireylerin global kısa yorgunluk puanı ile AF sıklığı, toplam AF yükü ve AF ciddiyeti arasında pozitif yönde ilişki

saptanmıştır ($p<0.05$). Global kısa yorgunluk puanı ile AF semptom ciddiyeti ve AF süresi arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Atrial Fibrilasyon tanısı olan bireylerde yorgunluk artmakta ve yorgunluğa bağlı yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.

Anahtar kelimeler: Atrial Fibrilasyon, Yorgunluk, Yaşam kalitesi, Hemşirelik



EVALUATION OF FATIGUE AND LIFE QUALITY IN INDIVIDUALS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Deniz ÖZDEL

Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences Department of Nursing, İZMİR,

nurse_deniz_1990@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between fatigue and quality of life in patients with atrial fibrillation.

Methods: The research was conducted descriptively, cross-sectionally and correlatively. The research sample consisted of 72 AF individuals who were diagnosed with atrial fibrillation and accepted to participate in the study, were followed up at the Cardiology Polyclinic and Clinic of Dokuz Eylul University, Application and Research Hospital between April 2017 and December 2017. Socio-Demographic and Medical Characteristics Form, Short Fatigue Inventory, Toronto University Atrial Fibrillation Severity Scale were used in the study. In the analysis of data; Number-percentage, arithmetic mean, normality test and Spearman correlation tests were used.

Results: The mean age of the individuals included in the study was 56.54 ± 15.87 . The mean overall fatigue level of individuals with AF was 7.11 ± 1.35 , and the level of daily activities was 7.04 ± 1.60 . Global average short fatigue inventory was determined to be 7.06 ± 1.45 . The mean AF frequency was 7.86 ± 1.62 , the mean duration of AF was 3.30 ± 2.86 , and the mean AF severity was 7.86 ± 1.15 . The average AF score of the individuals with AF was 19.02 ± 4.70 and the mean of AF symptom severity score was 18.93 ± 4.40 . There was a positive correlation between the general fatigue score of the individuals and the frequency of AF, the severity of symptoms caused by AF, severity of AF and total burden of AF ($p < 0.05$). There was no relationship between general fatigue score and duration of AF ($p > 0.05$). There was no relationship between the level of exposure to daily activities and the frequency of AF, the duration of AF, and the severity of symptoms caused by AF ($p > 0.05$). There was a positive correlation between the level of exposure to daily activities and the severity of AF and total AF burden ($p < 0.05$). A positive correlation was found between global brief fatigue

score and AF frequency, total burden of AF and severity of AF ($p < 0.05$). There was no correlation between global brief fatigue score and the severity of symptoms caused by AF and duration of AF ($p > 0.05$).

Conclusion: Fatigue increases and fatigue-related quality of life is adversely affected in patients with atrial fibrillation.

Key words: Atrial Fibrillation, Fatigue, Quality of life, Nursing



1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Atriyal Fibrilasyon (AF), düzensiz atriyal aktivite ve buna neden olan atriyal mekanik fonksiyonların bozulmasıyla oluşan supraventriküler taşiaritmik ritim bozukluğudur. AF, sürekli devam edebilen ve semptomatik ritim bozuklukları arasında en sık karşılaşılan aritmidir (Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu, 2010). AF yetişkin nüfusun yaklaşık %4'ünde görülmekte ve prevelansı yaşla birlikte artmaktadır (Lloyd, Wang, Leip, Larson ve ark., 2004). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2020 yılına kadar yaklaşık üç milyon kişinin AF'li olacağı tahmin edilmektedir (Miyasaka, Barnes, Gersh, Cha ve ark., 2006). Ülkemizde Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması'nda AF'nin genel prevalansı %1,25 olarak belirtilmiştir (Uyarel, Onat, Yüksel, Can ve ark., 2008).

AF tek başına çoğunlukla hayatı tehdit etmemesine rağmen, uzun dönemde nefes darlığı, çarpıntı, yorgunluk, aktivite intoleransı gibi yaşam kalitesini etkileyen belirtilere yol açabilmektedir. Bu semptomlar kişilerin günlük aktivitelerinin karşılanmasını zorlaştırmakta dolayısıyla yaşam kalitesini etkilemektedir (Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu, 2010). Özellikle birçok kronik hastalıkta ortaya çıkan yorgunluk, kalp hastalıkları içerisinde görülme sıklığı ve meydana getirdiği komplikasyonlar nedeniyle AF'de de önemli bir bulgudur. Freeman ve arkadaşlarının (2015) atriyal fibrilasyonu olan hastalarda semptom yükünü inceledikleri çalışmada hastaların en sık yaşadıkları semptomlar arasında yorgunluğun üçüncü sırada yer aldığı belirtilmiştir. AF, kalp hızında artış, kalbin pompalamasında azalma ve kalp debisinde düşmeye neden olarak vücuttaki oksijenlenmeyi etkilemesi nedeniyle yorgunluğa neden olmaktadır. AF'nin sürekliliği ile oluşan kardiyomiyopati ve kalp yetersizliği, yorgunluğun artmasına neden olmakta, bu durum yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Ceyhan, 2012). Çeşitli kronik hastalıkları olan hasta gruplarında, yorgunluk ile ilgili bazı çalışmalar yapılmıştır. Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz uygulanan hastalarda, tip 2 diyabet, miyokart infarktüsü (MI), kalp yetersizliği (KY), kalp transplantasyonu adayı, multipl skleroz ve romatoid artriti olan hastalarda yapılan çalışmalarda orta ya da şiddetli derecede yorgunluk yaşandığı, günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Yurtsever, 1999; Azak, Altundağ, Sert ve Çınar, 2008; Aygünoğlu, Çelebi, Vardar ve Gürsoy, 2015; Demir, 2013; Eckhardt, Devon, Piano, Ryan ve ark., 2014; Tsai, Hwang, Tsay, Wang ve ark., 2013; Kaya, Çelebi, Vardar ve Gürsoy, 2015).

AF'li hastalarda yapılan kalitatif bir çalışmada hastaların, sosyal yaşamlarında ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir (Altıok, Yılmaz ve Rencüsoğulları, 2015). Yurtdışında yapılan bir çalışmada da, AF'li bireylerin, sağlıklı bireyler ve MI öyküsü, kalp yetersizliği gibi olgularla karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ölçütlerinin belirgin derecede bozulduğu belirlenmiştir (Dorian, Jung, Newman, Paquette ve ark., 2000). Thrall ve ark'nın (2007) yaptığı çalışmada AF'li olgularda depresyon ve anksiyete geliştiği, altıncı ay ve sonrasında yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği bulunmuştur. Freeman ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada AF semptom yükü ile azalmış yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu ve bu durumun hastaneye yatma riskini arttırdığını belirtmişlerdir.

AF'li hastalarda yaşam kalitesi ve yorgunluk ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde AF'li hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi, genel bir yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş olup yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (Karakuş, 2014). Güneş'in (2019) atriyal fibrilasyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi anketi'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, bireylerin AF'ye bağlı olarak yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Ayrıca AF'li hastalarda yorgunluğun önemli ve sık görülen bir semptom olmasına karşın yaşam kalitesi üzerine etkileriyle ilgili çalışmalar sınırlıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; atriyal fibrilasyon tanısı olan bireylerde, yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. AF'li bireylerde yorgunluk düzeyi nedir?
2. AF'li bireylerde yaşam kalitesi düzeyi nedir?
3. AF'li bireylerde yorgunluk ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Atriyal Fibrilasyon

AF, düzensiz atriyal aktivite ve bunun neden olduğu atriyal mekanik fonksiyonların bozulmasıyla karakterize supraventriküler bir taşiaritmik ritim bozukluğudur (Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu, 2010). AF'da atriyumdaki birçok ektopik odaktan 350-700 uyarı ortaya çıkmaktadır. Organize olmayan, yüksek hızlı atriyal elektriksel aktivite gösteren; ama atriyumlarda etkili bir kasılmanın olmadığı bir aritmi çeşididir (İltuş ve Karadakovan, 2017).

2.1.1. Atriyal Fibrilasyonun Dünyada ve Ülkemizde Epidemiyolojisi

AF, gelişmiş ülkelerdeki her dört orta yaşlı erişkinden birinde gelişmesi beklenen, en çok rastlanan kardiyak aritmidir. AF'nin kalp yetersizliği ve diabetes mellitus (DM) ile birlikte 21.yy'daki üç büyüyen kardiyovasküler epidemiden biri olduğu düşünülmektedir (Yiğit, 2015). Her yıl yeni tanı alan 120.000-125.000 hasta ile 2030'a kadar Avrupa Birliği sınırları içinde 14-17 milyon AF hastası olması beklenmektedir (Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016).

Genel toplumda AF prevalansı 596/100.000 olup yıllık insidansı ise 78/100.000 olarak belirtilmiştir. Gelişmiş ülkelerde AF prevalansı %1,5-2'dir (Mozaffarian, Benjamin, Go, Arnett ve ark., 2015). AF prevalansı yaşa ve altta yatan kalp hastalığına göre farklılık göstermektedir (Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016). AF'nin yaş ile ilişkisinin incelendiği The AnTicoagulation and Risk Factorsin Atrial Fibrillation (ATRIA) çalışmasında AF prevalansı 55 yaşın altındakilerde %0,1 iken 80 yaş ve üzeridekilerde %9 olarak bulunmuştur. AF prevalansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Genel AF prevalansı erkeklerde %1,1 iken kadınlarda %0,8'dir (Go, Hylek, Philips, Chang ve ark., 2001). Bir başka çalışmada da elli beş yaş ve üzerindeki erkeklerde AF prevalansı % 6 iken kadınlarda %5,1 olarak bulunmuştur (Heeringa, Kuip, Hoffman, Kors ve ark., 2006).

AF insidansını bildiren birçok büyük epidemiyolojik çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalardaki AF için bildirilen yıllık insidans oranları büyük ölçüde çalışılan nüfusa bağlıdır ve değişkenlik göstermektedir. Her yıl için AF insidansı 40 yaşın altındakilerde <% 0,1 ve 80 yaş üstündeki erkeklerde >%2 ve kadınlarda >%1,5'dir (Andrade, Khairy, Dobrey ve Nattel, 2014). Avrupa'da 55 yaş ve üzerindeki 6808 kişiyi kapsayan populasyon temelli

prospektif Rotterdam Çalışması'nda benzer epidemiyolojik veriler bildirilmiştir. Rotterdam Çalışması'na göre genel AF insidansı 9,9/1000 kişi-yılıdır, 55-59 yaşındakilerde 1,1/1000 kişi-yılı iken, 80-84 yaşındakilerde 20,7/1000 kişi-yılına yükselmektedir (Heeringa ve ark., 2006).

Ülkemizde AF epidemiyolojisi hakkında sınırlı sayıda veri mevcuttur. Atrial Fibrillation in Turkey: Epidemiologic Registry (AFTER) çalışması'nda hastaların %81'inde ısrarcı-kalıcı AF olduğu, yaygın olarak rastlanan AF tipinin non-valvular AF (%78) ve kadın/erkek oranının 1,5/1 olduğu belirtilmiştir (Ertaş, Kaya, Bulur, Kaya ve ark., 2013). Kardiyovasküler Sağlık Çalışması'nda AF prevalansı 65-69 yaş aralığında erkek bireylerde %5,8, kadın bireylerde %2,8 iken; 70-79 yaş grubunda erkeklerde %5,9 ve kadınlarda %5,8 olarak bulunmuştur (Yiğit, 2015). TEKHARF Çalışması'nın 2006/2007 taramasına kadar izlenen kohortun prospektif ve kesitsel analizinde 3450 hasta (1707 erkek, 1743 kadın) 9,9 yıl takip edilmiştir. Bu popülasyonda kronik AF prevalansının %1,25 olduğu ve yaş ilerledikçe AF prevalansının arttığı; 32-59 yaş aralığında AF prevalansının %0,46 iken, 60-69 yaşındakilerde %2,09 ve 70 yaş ve üzerindekilerde %2,49 olduğu belirtilmiştir. AF'nin genel insidansının 1000 kişi-yılı başına 1,35 olduğu ve yaşın artmasıyla AF insidansının da arttığı; 32-59 yaş aralığında AF insidansı 0,31 iken, 60-69 yaşındakilerde 1,98 ve 70 yaş ve üzerindekilerde 3,5 olduğu belirtilmiştir. İnsidans ve prevalans oranlarının bütün yaş aralıklarında kadın bireylerde erkek bireylerden fazla olduğu belirlenmiştir (Uyarel ve ark., 2008).

2.1.2. Atrial Fibrilasyonda Risk Faktörleri

Gelişmiş ülkelerde AF'nin altta yatan en önemli iki nedeni hipertansiyon (HT) ve koroner arter hastalığı (KAH)'dır (January, Wann, Alpert, Calkins ve ark., 2014). AF'de ileri yaş, KAH, KY, obezite, DM, obstrüktif uyku apnesi, sigara kullanımı, HT, egzersiz, alkol kullanımı, hipertiroidizm, artmış nabız basıncı başlıca risk faktörleridir (Leslie, 2013; Yiğit, 2015).

2.1.2.1. Atrial Fibrilasyon İçin Klasik Risk Faktörleri

Yaş ve cinsiyet: Yaş ve diğer predispozan durumlar düzenlendikten sonra erkek cinsiyet AF gelişme riskini 1,5 kat arttırmaktadır (Huxley, Lopez, Folsom, Agarwal ve ark., 2011).

Hipertansiyon: Riskteki artış orta derecede olmasına rağmen (rölatif risk 1,2-1,5) genel popülasyonda HT prevalansının fazlalığı, yaş ve cinsiyetin ötesinde AF için HT'yi en önemli risk faktörü haline getirmektedir. HT'nin AF'li tüm olguların %14'ünden sorumlu olduğu belirtilmiştir (Yiğit, 2015).

Kalp kapak hastalığı: Kalp kapak hastalığı AF riskini erkek ve kadınlarda sırasıyla 1,8 ve 3,4 kat artırır. Herhangi bir kapak patolojisi AF ile ilişkili olabilmesine karşın stenotik sol taraf kapak lezyonlarında (özellikle romatizmal kalp hastalığı) AF prevalansı en yüksektir. Darlık derecesi arttıkça AF prevalansı da artar: Hafif-orta darlıkta %9,1 iken ciddi darlıkta %33,7'dir (Andrade ve ark., 2014).

Kalp Yetersizliği: AF ve KY sıklıkla birlikte bulunur. KY, AF riskini 4,5-5,9 kat artırır. KY'de semptom ciddiyeti arttıkça AF prevalansı da artmaktadır (Andrade ve ark., 2014).

Obezite: Obezite AF için önemli bir risk faktörüdür. Normal kilolu bireylerde AF yükü azalmaktadır (Wang, Parise, Levy, Wolf ve ark., 2004). Vücut kitle indeksi (VKİ) her ünite artış için AF riski %3-7 artar. Normal kilolularla (VKİ <25 kg/m²) karşılaştırıldığında kilolu ve obez olan bireylerde AF riski artmıştır (risk oranı sırasıyla 1,39-1,75 ve 1,99-2,35) (Andrade ve ark., 2014). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite, metabolik sendrom ve DM'de bir artış vardır. Obezitenin AF için hangi ölçüde bir risk faktörü olduğu, diğer kardiyovasküler risk faktörleriyle ilişkisinden bağımsız bir risk faktörü olup olmadığı tartışmalıdır (Ridker, Buring, Cook ve Rifai, 2003).

Alkol: Alkol tüketimiyle AF arasındaki ilişki bilinmektedir. Ağır alkol kullanımı (≥36 g/gün) AF riskini 1,34-1,46 kat arttırmaktadır (Andrade ve ark., 2014).

Diyabet: DM, AF riskini 1,4-1,6 kat arttırmaktadır. Uzun süreli DM ve kötü glikemik kontrol diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak AF riskini artırır (Andrade ve ark., 2014).

Tiroid disfonksiyonu: AF tiroid fonksiyonuyla yakından ilişkilidir. Hipertiroidizm AF riskini 3-6 kat arttırmaktadır. Tiroid uyarıcı hormon (TSH) düzeyi azaldıkça AF riski artmaktadır (Andrade ve ark., 2014).

2.1.2.2. Atriyal Fibrilasyonun Yeni Risk Faktörleri

Uyku Apnesi: Obstrüktif uyku apne sendromu olanlarda AF prevalansı %4,9'dur ve bu durum AF riskini 2,8-5,6 kat arttırmaktadır. AF'si olanlarda obstrüktif uyku apne

sendromu prevalansının %32-49 olduğu belirtilmiştir (Young, Shahar, Nieto, Redline ve ark., 2002).

Prehipertansiyon: Sistolik HT ve AF güçlü bir şekilde ilişkili olmakla birlikte son zamanlardaki çalışmalar prehipertansiyon aralığındaki sistolik kan basıncının (130-139 mmHg) optimal sistolik kan basıncına (<120 mmHg) göre AF riskini 1,28 kat arttırdığını göstermektedir (Fuster, Ryden, Cannom, 2011). Genişlemiş nabız basıncı da artmış AF riskiyle birliktedir. Nabız basıncında her 20 mmHg'lık artış AF riskini 1,26 kat arttırmaktadır (Andrade ve ark., 2014).

Diyastolik Disfonksiyon: Diyastolik disfonksiyon AF riskini 3,33-5,26 kat arttırmaktadır (Yiğit, 2015).

Hipertrofik Kardiyomiyopati: AF prevalansı %10-28 olarak bildirilmiştir ve insidans genel popülasyondakinin 4-6 katıdır (Andrade ve ark., 2014).

Konjenital kalp hastalığı: Konjenital kalp hastalığı olanlarda özellikle atriyal/atriyoventrikülerseptal defektler, Ebstein anomalisi, Fallot tetralojisi, tek ventriküllü kalp ve sol taraf obstrüktif lezyonlarda AF prevalansı giderek artmaktadır. Atriyal septal defektli hastaların %10-15'inde AF olduğu belirlenmiştir. Konjenital kalp hastalığı olanlarda AF, normal popülasyondan daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (Piccini, Hammill, Sinner, Jensen ve ark., 2012).

Fiziksel aktivite: Düzenli orta düzeyde fiziksel aktivite birçok kardiyovasküler risk faktörünü olumlu etkiler ve AF insidansını azaltabilir. Tersine aşırı ve zorlu sporlarla yüksek AF prevalansı olduğu belirtilmiştir. Kümülatif yaşam boyu egzersizin >1500 saat olması AF gelişiminde 3 kat artışa neden olmaktadır ve AF ablasyonu sonrası da daha fazla rekürrense yol açmaktadır (Piccini ve ark., 2012).

2.1.2.3. Atriyal Fibrilasyonun Potansiyel Risk Faktörleri

Koroner Arter Hastalığı: AF'li hastaların %20'sinden fazlasında KAH bulunmaktadır. Son çalışmalarda AF'lilerde nonobstrüktif ve obstrüktif KAH prevalansının AF olmayanlara göre artmış olduğunu göstermektedir (Andrade ve ark., 2014).

Perikardiyal Yağ: Perikardiyal yağ kardiyak mikrodolaşıma ortak ve metabolik olarak aktiftir. Enflamatuvar özellikleri olan sitokinleri üretmektedir (Andrade ve ark., 2014).

Kronik Böbrek Yetersizliği: Kronik böbrek yetersizliğinde AF oldukça fazla görülmektedir. Renal disfonksiyonun şiddetiyle doğru orantılı olarak AF riski 1,3-3,2 kat artmaktadır (Andrade ve ark., 2014).

Sigara: Son zamanlarda sigara kullanımı AF gelişimiyle ilişkilendirilmiştir. İlişki doz-cevap etkisi şeklindedir. Risk artışı 1,51-2,05 kattır. AF ablasyonu sonrası sigara içmeye devam etme AF tekrarını arttırmaktadır (Andrade ve ark., 2014).

İnflamasyon: CRP, duyarlı bir inflamasyon belirtecidir ve kötü kardiyak olayların güçlü bir prediktörüdür ve son zamanlarda AF ile ilişkilendirilmektedir. Risk artışı 1,47-1,77'dir (Ridker ve ark., 2003).

Genetik: Birinci dereceden akrabasında AF olan bireylerde, AF riski diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak iki kat artmıştır (Yiğit, 2015).

AF, artan ölüm riski ve kalp yetersizliği, inme gibi yüksek morbidite ile olduğu kadar, sık hastaneye yatış ve yaşam kalitesinde azalma ile de bağımsız olarak ilişkilidir. AF ile ilişkili kardiyovasküler mortalite ve morbidite Tablo 1'de gösterilmiştir (Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016). AF mortalitenin bağımsız bir prediktörüdür ve mortaliteyi iki kat arttırmaktadır (Danelich, Reed, Hollis, Cook ve ark., 2013).

Tablo 1. Atriyal Fibrilasyon ile İlişkili Kardiyovasküler Mortalite ve Morbidite

Olay	AF ile ilişkisi
Ölüm	Ani ölüm, kalp yetersizliği ve inmeye bağlı kardiyovasküler mortalite artışı başta olmak üzere mortalitede artış vardır.
İnme	Tüm inmelerin %20-30'u AF'a bağlıdır. İnmesi olan hastalarda sessiz, paroksizmal AF tanısı giderek artmaktadır.
Hastaneye yatış	AF hastalarının %10-40 kadarı her yıl hastaneye yatar
Yaşam kalitesi	Diğer kardiyak hastalıklardan bağımsız olarak AF hastalarının yaşam kalitesi bozulur
Sol ventrikül disfonksiyonu ve kalp yetersizliği	Tüm AF hastalarının %20-30'unda sol ventrikül disfonksiyonu bulunur. AF pek çok hastada SoV disfonksiyonuna neden olur veya bunu artırırken bazı hastalarda uzun süren AF'ye rağmen SoV fonksiyonu tamamen korunur
Bilişsel işlevlerde azalma ve vasküler demans	Bilişsel işlevlerde azalma ve vasküler demans, antikoagülan kullanan AF hastalarında bile gelişebilir. AF olan hastalarda beyinde beyaz cevher lezyonları olmayanlara göre daha fazla görülür.

Kaynak: Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016

2.1.3. Atriyal Fibrilasyonda Tanı ve Klinik Bulgular

AF’de aritminin paterni belirlenmeli, nedenleri bulunmalıdır. Fizik muayenede, düzensiz nabız, düzensiz jugüler venöz pulsasyonlar, AF’yi düşündürebilir (Karakaş, 2008). AF tanısı, Elektrokardiyogram (EKG) ile düzensiz RR aralığı ve belirgin P dalgası bulunmayışını içeren ritim belgelenmesini gerektirmektedir. AF hastalarının çoğunda semptomatik ve asemptomatik AF atakları bulunur. Uzun süreli EKG takibinin tanı konulmamış AF saptanmasını arttırdığına yönelik pek çok veri mevcuttur. İmplant edilen aygıtlar düzenli olarak atriyal yüksek hız atakları (AHRE) açısından incelenmeli ve AHRE bulunan hastalar inme riski değerlendirilmesi ve EKG takibine alınmalıdır (Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016). Kardiyak iskeminin ciddiyetini bulmak için egzersiz testi de yapılabilir. Tiroid, böbrek, karaciğer işlevleri, serum elektrolitlerine bakılmalıdır (Karakaş, 2008).

Tüm aritmiler gibi, AF klinik tablosu da farklılık gösterir. AF’li hastaların çoğunda çarpıntı, göğüs ağrısı ve nefes darlığı efor kapasitesini azaltan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen belirtilerdir. Atriyoventriküler senkronizasyon kaybıyla birlikte hızlı ve düzenli olmayan kalp hızı hemodinamik fonksiyonların olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Sık görülme de ciddi bir komplikasyon da senkoptur (Healey, Connolly, Gold, Israel ve ark., 2012; Gleason, Nazarian ve Himmelfarb, 2018; Streur, Ratcliffe, Ball ve Stewart ve ark., 2017; Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016; Karakuş, 2014).

2.1.4. Atriyal Fibrilasyonun Fیزیopatolojisi

Atriyal fibrilasyonun uyarı oluşumuyla ilgili tartışmalar söz konusudur. 90’lı yıllarda “artmış otomatisite” sebebiyle bir odaktan daimi ve hızlı uyarı oluşumunun, AF’nin sorumlu mekanizması olabileceği düşünülmüştür (Aslan ve Güneri, 2002). AF’yi başlatan mekanizmalar arasında en çok fikir birliği sağlanan iki mekanizma bulunmaktadır. Birinci mekanizma hızlı atrial ektopik aktivitenin AF gelişimini uyarmasıdır. AF’nin radyofrekans kateter ablasyonu ile tedavisinde atriyal dokuda noktasal ablasyon ile AF ataklarının kontrol altına alınması teoriyi desteklemektedir. Pulmoner venler, superior vena kava, Marshall ligamenti, sol posterior serbest duvar, krista terminalis ve koroner sinüs bu odaklar arasında yer almaktadır. İkinci mekanizma ise çoklu dalgacık hipotezidir. Farklı yönlerde ilerleyen

fibrilasyon dalgalarının etkileşmesi sonucunda dalga kırılması ve yeni dalga oluşması meydana gelmektedir. İlerleyen dalga sayısı kritik düzeyin altına düşmedikçe aritmi sürmektedir. Hastaların çoğunluğunda, AF gelişiminin temelinde iki mekanizma beraber yer alır ve etki artırımı söz konusu olur (January ve ark., 2014; Karakuş, 2014).

Atriyal fibroz ve atriyal kaslarda kitle kaybı AF’de en sık görülen histopatolojik değişikliklerdendir. Buna rağmen AF de olan değişiklikleri diğer kalp hastalıklarından ayırt etmek zordur. AF öncesinde gelişmiş atriyal fibroz da olabilir. Apoptoza bağlı gelişen interstisiyel fibroz, atriyal miyositlerin yerine geçerek miyofibrillerin yok olmasına glikojen granüllerinin birikmesine, hücrelerarası bağlantıların bozulmasına neden olabilir. Bu süreç AF ile ilişkili tüm kalp hastalıklarında atriyum dilatasyonu ile tetiklenebilir. Atriyum dilatasyonu, renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin (RAAS) aralarında bulunduğu bazı moleküler yolları aktive etmektedir. Anjiyotensin II üretimi artmaktadır (Pokharel, Van Geel ve Sharma, 2004). Atriyal fibrilasyonda ağırlıklı olarak parasempatik sistemin rolü olduğu bildirilmektedir. Vagal tonüsün artması, Etkili Refraktör Periyodu (ERP) kısaltır ve yapısal kalp hastalığının olmadığı zaman bile AF’den sorumlu olabilir. Sempatik aktivitenin artması otomatiziteyi artırır ve geç ard-depolarizasyon ile ilişkili atriyal taşikardiyi kolaylaştırabilir. Sempatik uyarı aynı zaman da atriyal ERP’yi kısaltabilir ve AF’nin başlamasına sebep olabilir (Ceyhan, 2012).

AF’nin semptomları atriyal sistolik fonksiyon kaybı ve düzenli olmayan ventriküler yanıt ile ilişkilidir. Atriyal sistolik fonksiyon kaybı, kalpteki hemodinamik mekanizmada bozulmaya neden olmaktadır. Ek olarak düzensiz ventrikül hızları ventrikülün suboptimal şekilde dolmasına sebep olmaktadır (Karakuş, 2014). AF, olguların %20-50’sinde kalp yetersizliğiyle ilgilidir. Atriyal transport kaybı sonucunda kalp yetersizliği görülebilmektedir (Shinbane, Wood, Jensen, Ellenbogen ve ark., 1997) AF sonucunda düzensiz ritim sol ventrikül doluş zamanını azaltıp kardiyak debiyi daha da düşük seviyelere indirir. AF kalp yetersizliğini ağırlaştırırken KY’nin kendisi de atriyum genişlemesi, atriyum ve sol ventrikül miyokardında yapısal değişiklikler gibi etkilerle AF’nin gelişmesine neden olabilir (Ökmen ve Erdinler, 2013).

2.1.5. Atriyal Fibrilasyonun Sınıflandırılması

AF çoğunlukla kısa, nadir paroksizmal ataklardan daha uzun ve daha sık ataklarla ilerler ve ısrarcı (persistan) AF ile zirveye erişir (Tablo 2). Her ne kadar AF kalıbı aynı

olabilirse de, AF'ye zemin hazırlayan mekanizmalar hastalar arasında büyük ölçüde değişkenlik göstermektedir (January ve ark., 2014; Leslie, 2013; Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016; Lubitz ve ark., 2010; Fuster ve ark., 2011)

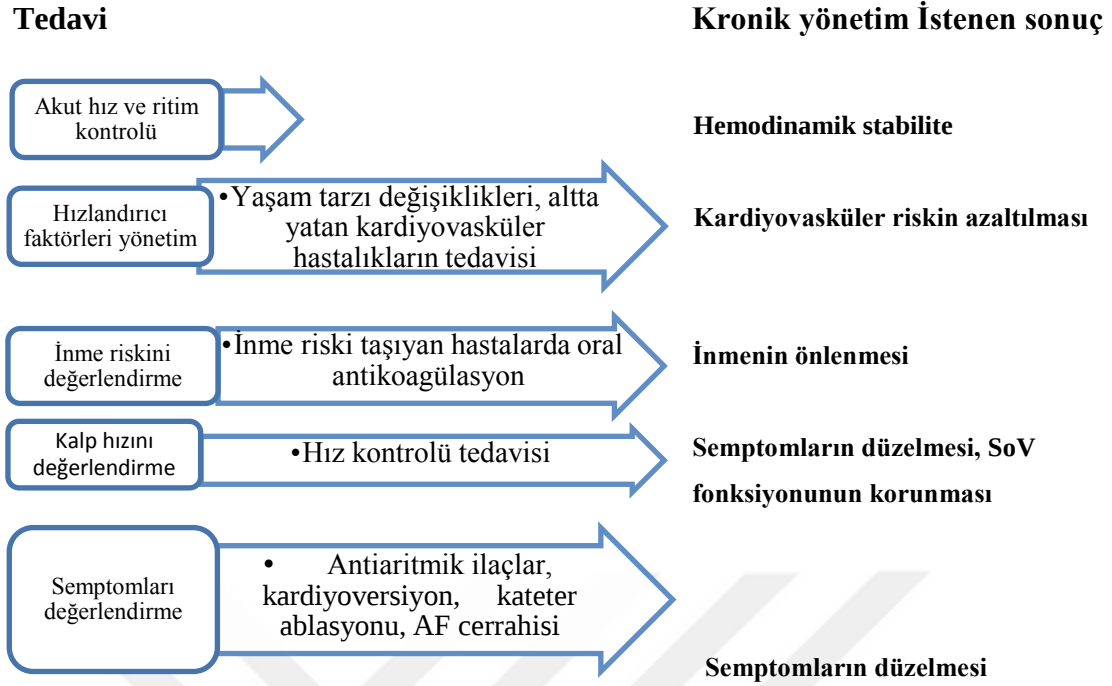
Tablo 2. Atriyal Fibrilasyon Kalıpları

AF kalıbı	Tanımı
İlk kez tanı konulan AF	Aritminin süresinden veya AF ile ilişkili semptomların varlığı ve şiddetinden bağımsız olarak, daha önce AF tanısı konulmamış
Paroksismal AF	Kendi kendine geçer, çoğu olguda 48 saat sürer. Bazı AF nöbetleri 7 güne kadar devam edebilir. 7 gün içinde kardiyoversiyon uygulanan AF atakları paroksismal olarak kabul edilmelidir.
Israrcı (persistan) AF	7 veya daha sonraki günlerde kardiyoversiyonla (ister ilaç, isterse doğru akımlı kardiyoversiyonla) sona eren ataklar dahil olmak üzere, 7 günden uzun süre devam eden AF
Uzun süreli ısrarcı AF	1 yıl ve daha uzun süre devam eden devamlı AF için bir ritim kontrolü stratejisi uygulanmasına karar verildiği zaman
Kalıcı AF	Hasta (ve hekim) tarafından kabul edilen AF. Kalıcı AF hastalarında ritim kontrolü girişimlerine devam edilmez. Eğer bir ritim kontrolü stratejisi uygulanacaksa aritmi yeniden sınıflandırılır ve “uzun süreli ısrarcı AF” olarak adlandırılır

Kaynak: Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016

2.1.6. Atriyal Fibrilasyon Hastalarının Entegre Tedavisi

Yeni tanı konulmuş AF ile başvuran hastalarda yapılan ilk değerlendirme beş ana alana yönelik olmalıdır: Hemodinamik stabilite, hızlandırıcı faktörlerin ya da altta yatan hastalıkların varlığı, inme riski ve antikoagülasyon, hız kontrolü ve ritim kontrol tedavisi ihtiyacıdır (Şekil 1) (Leslie, 2013; Curtis, 2013; January ve ark., 2014; Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016).



Şekil 1. Atriyal Fibrilasyon Hastalarının Akut ve Kronik Yönetimi, İstenen Kardiyovasküler Sonuçlar (Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016).

Tromboembolinin önlenmesi: AF ile ilgili morbidite ve mortalitenin büyük bölümüne tromboembolik olaylar neden olmaktadır (Yiğit, 2000). AF, atriyal kontraksiyonların kaybı ile özellikle sol atriyal apendajda trombüs oluşumu ve emboliyle kanın yavaşlamasına neden olabilir (Conway, Pearce, Chin, Hart ve ark., 2003; Ceyhan, 2012). Trombüsün en önemli sonucu ise inmedir. Kalp hızı ve kalp ritmi kontrolü sırasında tromboembolinin önlenmesinde antitrombotik tedavi uygulanmalıdır. Oral antikoagülan (OAK) tedavisi AF hastalarında inmelerin çoğunu önleyebilmekte ve yaşam süresini uzatabilmektedir. Hem K vitamini dışı oral antikoagülanlar (NOAK'lar, K vitamini antagonisti olmayan oral antikoagülanlar; apiksaban, dabigatran, edoksaban, rivaroksaban), hem de K vitamini antagonistleri AF'de inmenin önlenmesinde etkili antikoagülanlardır. Uygun olan AF hastalarında K vitamini antagonistlerine başlamak yerine tercihen bir NOAK önerilmektedir (Leslie, 2013; Nieuwlaat, Olsson, Lip, Camm ve ark., 2007; January ve ark., 2014; Curtis ve ark., 2013; Atriyal Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016).

Hız kontrolü: Hız kontrolü AV düğümü bloke eden ilaçlarla yapılır. Akut veya uzun süreli hız kontrolü beta blokerler, digoksin, kalsiyum kanal blokerleri, diltiazem ve verapamil veya kombinasyon tedavisi ile sağlanabilir. İlaç seçiminde altta yatan hastalık ve klinik durum önemlidir (Anderson, Halperin, Albert, Bozkurt ve ark., 2013; Enar, 2007). AF hastalarında optimal kalp hızı hedefi kesin değildir; fakat kanıtlar semptomlar daha katı bir hız kontrolünü

gerektirmediği sürece ılımlı bir hız kontrolünün (istirahattaki kalp atım hızı <110 atım/dk) başlangıç için kabul edilebilir bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Bradikardiden kaçınılması gerekmektedir. Beta blokerler çoğunlukla ilk seçilecek hız kontrolü ajanlarıdır. Verapamil veya diltiazem SoVEF'in $\geq$ %40 olduğu AF hastalarında uygun hız kontrolü ajanlarıdır ve semptomları azaltmaktadır. Digoksin veya dijitoksin gibi kardiyak glikozidlerin sınırlı bir kanıt tabanı bulunmaktadır; fakat mortalite üzerinde ölçülebilir etkileri olmaksızın hızı kontrol etmekte etkili görünmektedirler. İlaçlar başarısız olduğu zaman atriyoventriküler nod/His demetinin ablasyonu ventriküler hızı etkin şekilde kontrol edebilir; fakat kalıcı kalp pili yerleştirilmesini gerektirir (Leslie ve ark., 2013; January ve ark., 2014; Curtis ve ark., 2013; Van Gelder, Hagens, Bosker, Kingma ve ark., 2002; Atrial Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016)

Ritim kontrolü: Uygun hastalarda sinüs ritmini yeniden kazanmak ve korumak, AF semptomlarını düzeltmeye yönelik AF tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Buna rağmen antiaritmik ilaç kullanılsa bile hastaların yaklaşık yarısı bir senenin sonunda sinüs ritminde kalabilmektedir (Ak, 2010). Sinüs ritmine geri dönme farmakolojik ya da kardiyoversiyon ile yapılır. Elektriksel kardiyoversiyon özellikle akut durumlarda ve semptomatik kronik AF hastalarında ritim kontrolü için yararlı bir tekniktir. AF'de senkop, hipotansiyon, akut kalp yetersizliği veya göğüs ağrısı kardiyoversiyon yapılmasını gerektirir (Karakuş, 2014). Antiaritmik ilaçlar (AAİ) sinüs ritmine dönüş oranını plaseboya göre yaklaşık iki kat artırır. AAİ başarısız olduğunda kateter ablasyonu, cerrahi ablasyon veya kombinasyon tedavisi sıklıkla etkilidir ve seçilmiş hastalarda ilk tedavi olabilir. 2 günden uzun zamandır AF bulunan hastalar kardiyoversiyondan en az 3 hafta önce OAK'ya başlamalı ve sonrasında da 4 hafta devam etmelidir (Leslie ve ark., 2013; January ve ark., 2014; Curtis ve ark., 2013; Van Gelder ve ark., 2002; Atrial Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016)

Uzun süreli ritim kontrolü: Kardiyoversiyon ve ablasyon gibi uygulamalardan sonra yan etki riskini azaltmak için, daha kısa süreli AAİ tercih edilebilir. AAİ'ye başlarken EKG değışikliklerinin dikkatle incelenmesi, ilaçla indüklenen proaritmi riski taşıyan hastaların saptanmasını sağlayabilir. QT uzaması bulunan hastalarda ya da önemli sinoatriyal veya atriyoventriküler nod disfonksiyonu bulunan kalp pili takılmamış hastalarda AAİ kullanılmamalıdır. Eşlik eden kardiyovasküler hastalıkların yönetimi de AF'de semptom yükünü azaltabilir ve sinüs ritminin korunmasını kolaylaştırabilir. Bunlar arasında kilo

verdirme, kan basıncı kontrolü, kalp yetersizliği tedavisi ve orta düzeyde egzersiz bulunmalıdır (Atrial Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016).

2.2. Yorgunluk

2.2.1. Yorgunluğun Tanımı ve Önemi

Günümüzde yorgunluk insanların yakındığı; ama yeterince önemsenmeyen bir sağlık problemidir. Yorgunluk, halsizlikten tükenmişliğe kadar uzanan geniş bir açıda yer almaktadır. Bu nedenle halsizlik yorgunluğun bir göstergesi olmakla birlikte yorgunluk yerine kullanılmamalıdır (Morrow, Shelke ve Roscoe, 2005). Yorgunluğun çeşitli tanımlamaları bulunmaktadır. Walker ve Avant'ın belirttiği Ceyhan'ın bildirdiğine göre; yorgunluk “bireyin fonksiyonlarını yapabilmesi ve normal kapasitesini kullanmasına engel olan, tüm bedenini etkileyen hafif bir tükenmişlikten, katlanılamaz bir bitkinliğe kadar değişebilen, hoş olmayan subjektif bir semptomdur” şeklinde belirtilmiştir (Ceyhan, 2012). Sağlıklı bireylerdeki yorgunluk genellikle kısa sürelidir. Uykusuzluk, yetersiz beslenme, az hareket, aşırı fiziksel hareket ve yoğun stres akut yorgunluğa neden olabilir. Kronik yorgunluk ise, herhangi bir hastalık ya da tedavi ile birlikte seyreden, dinlenmekle geçmeyen, kişinin yaşam kalitesi ve aktivitelerini yapabilme yeteneğini etkileyen ciddi bir durumdur (Akdemir ve Birol, 2005).

2.2.2. Yorgunluğa Neden Olan Etiyolojik Faktörler

Kronik hastalıklarla ilişkili olan yorgunluğun derecesini fizyolojik, psikolojik ve durumsal faktörlerin bütünü belirlemektedir. Yorgunluk; kalp, akciğer, böbrek vb. hastalıklarla ortaya çıksa da depresyon gibi psikolojik problemlerle birlikte görülebilmektedir (Swain, 2000). Yorgunluğu olan kişiler laterjik, hareketleri yavaş ve uykuya eğilimli olabilir.

Yorgunluğa sebep olduğu düşünülen faktörler aşağıda belirtilmektedir:

Durumsal faktörler; Depresyon, aşırı stres, kriz, çevresel faktörler ve aşırı rol beklentisidir (Waller ve Caroline, 2007; Kudubeş ve Bektaş, 2017; Yurtsever, 2000).

Patofizyolojik faktörler; Enfeksiyonlar, Acquired Immun Deficiency Syndrom (AIDS), metabolik hastalıklar, kan hücrelerinin bozukluğu, renal hastalıklar, enflamatuvar

hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik kardiyovasküler hastalık [konjestif kalp yetmezliği (KKY), aritmiler], obesite, kanser, nöromusküler hastalıklar, beslenme bozuklukları, elektrolit dengesizlikleridir (Sayın ve Candansavar, 2007; Waller ve ark., 2007; Yurtsever, 2000).

Tedaviye ilişkin faktörler; İmmünoterapi, radyoterapi, kemoterapi, uzun süreli steroid kullanımı, beta blokerler ve trankilizanlardır (Waller ve ark., 2007; Kudubeş ve ark., 2017; Sayın ve Candansavar, 2007; Yurtsever, 2000).

2.2.3. Atrial Fibrilasyon ve Yorgunluk

Birçok kronik hastalıkta ortaya çıkan yorgunluk, kalp hastalıkları içerisinde görülme sıklığı ve meydana getirdiği komplikasyonlar nedeniyle AF’de önemli bir bulgudur. Yorgunluk; kas güçsüzlüğü, hücre hasarıyla artık ürünlerin birikmesi, anksiyete, göğüs ağrısı gibi etkenlere bağlı olarak gerçekleşen ve tükenme duygusu olarak tanımlanabilmektedir (Escalante, 2003).

AF, kalp hızında artış, kalbin pompalamasında azalma ve kalp debisinde düşmeye neden olarak vücuttaki oksijenlenmeyi etkilemesi nedeniyle yorgunluğa neden olmaktadır. AF’nin sürekliliği ile oluşan kardiyomiyopati ve kalp yetersizliği, yorgunluğun artmasına neden olmakta, bu durum yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Maggioni, Latini, Carson, Singh ve ark., 2005; Ceyhan, 2012). Çeşitli kronik hastalıkları olan hasta gruplarında, yorgunluk ile ilgili bazı çalışmalar yapılmıştır. Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz uygulanan hastalarda, tip 2 diyabet, miyokart infarktüsü (MI), kalp yetersizliği, kalp transplantasyonu aday, multipl skleroz ve romatoid artriti olan hastalarda yapılan çalışmalarda orta ya da şiddetli derecede yorgunluk yaşandığı, günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Yurtsever, 1999; Azak ve ark., 2008; Aygünoğlu ve ark., 2015; Demir, 2013; Eckhardt ve ark., 2014; Tsai ve ark., 2013, Kaya ve ark., 2015). Ülkemizde, AF’li hastalarda yorgunluk ile ilişkili yapılan tek çalışma bulunmaktadır. Çalışmada AF’li bireylerde uygulanan akupres’in kalp ritmi ve hızına etkisi ile yorgunluk arasındaki ilişki bakılmış olup, akupres’in kalp hızını düşürdüğü, yorgunluğun azalmasında etkili olmadığı belirtilmiştir (Ceyhan, 2012). Yurtdışında yapılan çalışmalarda da AF’li hastalarda yorgunluğun en sık karşılaşılan semptomlar arasında olduğu belirtilmiştir (Hagens,

Ranchor, Van Sonderen, Bosker ve ark., 2004; Gleason ve ark., 2018; Streur ve ark., 2017; Joyce, 2004).

Yaşam kalitesini etkileyen yorgunluğun spesifik tedavisi bulunmamaktadır. Kişinin bakım gücüne ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi olan yorgunluk, çoğu zaman hastaların bulunduğu önlemlerle azaltılmaya çalışılmaktadır. Hastaların yorgunlukla baş edebilmeleri için profesyonel bir sağlık ekibine gereksinimleri vardır. Bu ekipteki hemşireler ise, hastaların yorgunlukla baş etmesinde önemli bir yere sahiptir (Barnes ve Bruera, 2002; Mitchell, Beck, Hood, Moore ve ark., 2007; Ceyhan, 2012; Yurtsever, 2000). Hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarını kullanarak karar verebilecekleri girişimler, bireylerin yorgunluğunu azaltabilmekte ve baş etmelerini sağlamaktadır (Karakoç, 2008).

Hemşirelik Girişimleri;

- Bireyin günlük işlerinde önceliklerinin belirlenmesinde yardım edilmeli,
- Bireysel yetenekler ön plana çıkarılmalı,
- Günlük aktiviteler için planlama yapılmalı,
- Tek ya da başkalarıyla yapabileceği işler tanımlanmalı,
- Efor gerektiren işler azaltılmalı,
- Enerji gerektiren işler öncesinde beslenme ve dinlenmeye özen gösterilmesi sağlanmalı,
- Stresle etkili baş etme yöntemlerini öğrenmesine yardım edilmeli,
- Bireyin endişeleri azaltılmalı,
- Bireyin uyku örüntüsü değerlendirilmeli ve dinlenmesi sağlanmalı,
- Hastalık ve tedavi ile ilgili eğitim programı hazırlanmalıdır (Barnes ve ark., 2002; Mitchell ve ark., 2007; Karakoç, 2008).

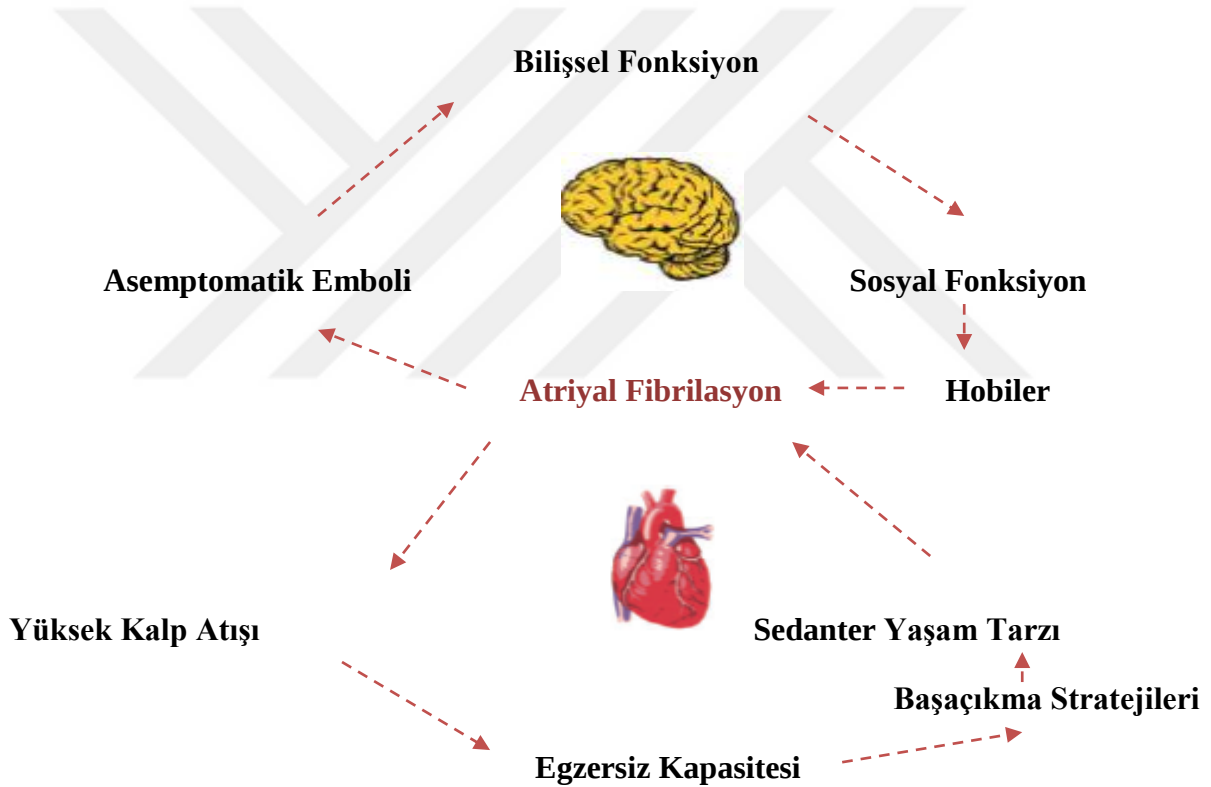
2.3. Atrial Fibrilasyon ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, mutlu olmak ve hayattan memnun olmayı kapsamaktadır (Akdemir ve Birol, 2003). Bu kavram, 1960'lı yıllardan sonra yaygın olarak kullanılmıştır (Aydemir, 1999). Bireyler yaşamın uzunluğuyla değil, niteliğiyle ilgilenmiştir (Kızılcı, 1997). Yaşam kalitesiyle ilgili çok sayıda akademik yayın olmasına rağmen kullanımı farklılık göstermektedir (Küçük, 2008).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, birçok faktörü içermektedir. Kendinden hoşnut olabilmek veya bireyin hayattaki beklentileriyle elde edebildikleri arasındaki fark olarak tanımlanabilmektedir. Hastanın algılamasını ve tedavisiyle ilişkili yaşantılarını vurgulamaktadır (Ordin, 2013).

Yaşam kalitesi; hastaların algılarının mevcut fonksiyonlar düzeyine göre değerlendirilip aldıkları ‘doyum’ şeklinde yorumlanabilir. Hastanın tedavisindeki amaç; belirtilerin azaltılıp, yaşam kalitesindeki artışla ömrünün uzamasıdır (Kutlu, Çivi, Börüban ve Demir, 2011; Gültekin, Pınar ve Kızıltan, 2008)

Yaşam kalitesi özellikle kronik hastalarda önem kazanmaktadır (Küçük, 2008). AF’li bireylerinde çeşitli nedenlerden dolayı yaşam kalitesi etkilenebilmektedir (Şekil 2).



Şekil 2. Atrial Fibrilasyonda Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Düzenlenmesi (Aliot, Botto, Crijns, Kirchhof ve ark., 2014).

AF’li hastalarda yaşam kalitesiyle ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. AF’li hastalarda yapılan kalitatif bir çalışmada hastaların, sosyal yaşamlarında ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir (Altıok ve ark., 2015). Ülkemizde AF’li bireylerde, genel yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada; erkek hastaların, işçi veya memurların, hastalıklarıyla ilişkili bilgi alanların, yaşam kalitesi ölçeğinden yüksek

skorlar aldığı belirtilmiştir (Karakuş, 2014). Ülkemizde AF'li hastalar ile yapılan çalışmalar sınırlıdır. Yurtdışında yapılan bir çalışmada, AF'li bireylerin, kalp yetersizliği ve normal sağlıklı olgular, MI öyküsü gibi olgularla karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ölçütlerinin belirgin derecede bozulduğu belirlenmiştir (Dorian ve ark., 2000). Thrall ve ark'nın (2007) yaptığı çalışmada AF'li olgularda anksiyete ve depresyon geliştiği, bunun altıncı ay ve sonrasında yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği bulunmuştur. Jeong ve ark'nın (2014) yaptığı çalışmada AF'li kadınlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu; ancak altta yatan kronik hastalıkların yaşam kalitesi puanında fark oluşturmadığı belirtilmiştir. Ong ve ark'nın (2006) yaptığı çalışmada AF hastası kadınlarda fiziksel yaşam kalitesi puanı daha düşük çıkarken, erkeklerde zihinsel yaşam kalitesi puanının daha düşük çıktığı belirtilmiştir. Paquette ve ark'nın (2000) çalışmasında da AF'li kadınlarda erkelere göre fiziksel işlev ve fonksiyonel kapasite daha kötü etkilenirken semptom yükünün daha fazla olduğu belirtilmiştir. Sang ve ark'nın (2013) çalışmasında AF'si olan hastalarda antiaritmik ilaç tedavisi ya da ablasyon tedavisi uygulananlarda yaşam kalitesi karşılaştırılmış ve fiziksel ve mental yaşam kalitesi her iki grupta da düşük bulunmuş olup ablasyon tedavisinin yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu belirtilmiştir.

2.4. Atriyal Fibrilasyon ve Hemşirelik

AF en sık görülen kardiyak ritim bozukluğudur. Artmış ölüm hızı, inme ve diğer tromboembolik olaylara neden olması, kalp yetersizliği ve hastane yatışı ile ilişkili egzersiz toleransını ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Her 65 yaş üstü bireyde nabız değerlendirilmesi yapılarak AF taranmalıdır. Düzensiz nabız saptanan hastalar EKG ile değerlendirilmelidir (Leslie ve ark., 2013; Curtis ve ark., 2013; January ve ark., 2014; İltuş ve ark., 2017; Yiğit, 2015). Bu taramalar birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında her poliklinikte yapılabilir. Bu konuda hastalarla en çok temas eden sağlık ekibi üyesi olmasının yanında yaşam bulgularının izleminin de hemşirelerce yapılıyor olması AF'nin erken tanınmasında hemşirelerin önemli rolü olduğunu göstermektedir (İltuş ve ark., 2017).

Hastalık yönetim programları kardiyovasküler risklerin azaltılmasında hastanın bakımında etkili olmaktadır. Hastalık yönetim programlarının uygulanabilmesi için, hastalık yönetiminde gerekli olan kanıta dayalı kılavuz ve protokollerin geliştirilmesi önemlidir. AF'li bireyler için hemşire liderliğinde yönetim programları rutindeki uygulamalara göre daha etkili ve maliyet etkin bulunmuştur (Inglis, McLennan, Dawson, Birchmore ve ark., 2004; Cowan,

Shapiro, Hays, Afifi ve ark., 2006; İltuş ve ark., 2017). Kılavuzlara uyum sorunundan dolayı AF'li bireylerin yönetiminin yetersiz olduğu üzerinde durulmaktadır. Aritmi kliniklerindeki bakımın bireylerin rollerine ve kılavuzlara uyumlarını arttırmada olumlu etkisi olmaktadır. Bireylerin uyumlarının artırılmasında riskli grupların tanınması, desteğin sağlanarak, tedavi, eğitim programlarının oluşturulması önem arz etmektedir (İnglis ve ark., 2004; Cowan ve ark., 2006; Uysal, 2015). Tek geniş kapsamlı randomize çalışmada, uzman hemşirelerin öncülüğünde AF'li bireylere verilen bakımın, kardiyologlar tarafından verilen genel bakıma göre daha iyi sonuçlar olduğu bulunmuştur (Hendriks ve ark., 2012). Inglis ve ark.'nın AF'si olan 152 hastadan oluşan çalışmasında hastalara hemşire liderliğinde multidisipliner bakım ya da olağan bakım verilmiştir. Multidisipliner bakım alanların hastaneye daha az başvurduğu, daha kısa süre hastanede kaldığı belirtilmiştir (İnglis ve ark., 2004). Ülkemizde hemşire liderliğinde AF yönetim programları az sayıdadır. Hemşireler de multidisipliner ekibin önemli bir parçasıdır. Bu nedenle hastaya tanı konulduğundan itibaren kardiyoloji hemşiresi tarafından birincil koruma eğitim programına alınmalıdır. AF hakkında ayrıntılı bilgi, ilaçların etkisi, ilaç komplikasyonları, hastalıkla ilişkili tromboemboli komplikasyonları ve acil durum belirtileri hastalara öğretilmesi gereken öncelikli eğitim konularıdır (İnglis ve ark., 2004; Cowan ve ark., 2006; İltuş ve ark., 2017).

Bireylere izlem poliklinikleri oluşturulmalı ve INR kontrollerinin yapılması sağlanmalıdır. Evde kullanılan taşınabilir INR izlem cihazları da bu hastalarda kolaylık sağlamaktadır. Dar terapötik aralığı nedeniyle oral antikoagölan tedaviye bağlı trombotik ve kanama komplikasyonları hastaneye yatışların da en sık sorumlularından biridir. Komplikasyonlar sebebiyle yaşlı hastalarda kullanmama veya yetersiz dozda kullanma da bir sorundur. İlaç etkileşimleri arasında en önemli konulardan biri oral antikoagölan kullanan bireylerin taşıdığı risktir (Özdemir ve Aşiret, 2012; İltuş ve ark., 2017). Yapılan bir metaanalizin sonucuna göre hasta birey ve ailesine verilecek antikoagölan eğitiminin içeriğinde; antikoagölanın tanımlanması, ilacın kullanım şekli, ilacın etki mekanizması, risk ve yarar dengesi, kanama ve tromboemboli bulguları, ilaç uyumu, beslenme, INR kontrolleri, ilaç ve besin etkileşimleri, acil durum yönetimi en çok yer verilen konulardır (Wofford ve ark., 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da warfarin kullanan hastaların ilaç besin etkileşimi, warfarin dozu, ilaç-ilac etkileşimi, warfarin yan etkileri konusunda eğitim gereksinimleri olduğu belirtilmiştir (Mercan ve Enç, 2011). Eğitim yapılırken sunum, broşür,

sözlü anlatım gibi farklı teknikler kullanılabilir. AF'li hastalara verilecek eğitimde bireylerin gereksinimleri göz önüne alınarak yapılmalıdır.

Hastalık yönetim programları kardiyovasküler risklerin azaltılmasında bireylerin bakımında etkili olmaktadır. Çoğu hasta kayıtları, hasta eğitiminin yaygın bir gereksinim olduğunu kanıtlamıştır. AF'li hastaların eğitim gereksinimleri belirlenmelidir. Hastaların bu eğitimleri anlaması zor ve zaman alıcı olabilir. Eğitimlerin tekrarlanması, anlamadıkları yerlerin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Hemşire liderliğindeki bakım planlarının etkinliği kanıtlandığı için kullanımı arttırılabilir (Benatar, Bondmass, Ghitelman ve Avitall B, 2003; Hendricks ve ark., 2012; Inglis ve ark., 2004; Cowan ve ark., 2006; Uysal, 2015)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve korelasyonel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniği ve kliniğinde yürütülmüştür. Çalışmada literatür tarama Mayıs 2016 tarihi ile başlamış olup 28.06.2019 tarihinde sonlandırılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniği ve kliniğindeki AF'li bireyler oluşturmıştır. Üniversite hastanesinde izlenen atriyal fibrilasyonu olan hasta sayısının bilinmemesi nedeniyle, örneklem büyüklüğü hesaplanırken sayısı bilinmeyen evrenden örneklem seçim yöntemi kullanılmış ($n=t^2.p.q/d^2$) [$n=(1.96)^2.(0.02).(1-0.02)/(0.05)^2$] örneklem büyüklüğü 31 olarak hesaplanmıştır. Araştırma örneklemine Nisan 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniği ve kliniğinde izlenen, aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan AF'si olan 72 hasta alınmıştır.

Dahil edilme kriterleri; En az bir yıldır atriyal fibrilasyon tanısı olan, bilinci açık, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri olmak olarak belirlenmiştir.

Dışlama kriterleri; Son dönem kalp yetersizliği, ileri derecede KOAH, anemi, kanser tanısı alan, son dönem böbrek yetmezliği, tiroid bozukluğu olan, bilinen bir psikiyatrik tanısı olan hastalar olarak belirlenmiştir. Son dönem böbrek yetmezliği olan 3, psikiyatrik tanısı olan 1, tiroid bozukluğu olan 4, son dönem kalp yetersizliği olan 6, anemisi olan 8 hasta toplamda yirmi iki hasta çalışmaya alınmamıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada çalışma materyali kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yorgunluk düzeyi

Bağımlı Değişkenler: Yaşam kalitesi puanı

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikler Formu, Kısa Yorgunluk Envanteri, Toronto Üniversitesi Atrial Fibrilasyon Şiddet Skalası kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikler Formu

Form, hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, tanı süresi, tedavi şekli, başka bir kronik hastalık varlığı ve sürekli kullandığı ilaçlar olmak üzere 11 sorudan oluşmaktadır. Form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Ceyhan, 2012; Karakuş, 2014).

3.6.2. Kısa Yorgunluk Envanteri (Brief Fatigue Inventory)

Ölçeği, Mendoza ve arkadaşları (1999) geliştirmiş olup, genel yorgunluk düzeylerini ve son 24 saatte günlük faaliyetlerin yorgunluktan etkilenme düzeyini değerlendirmektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.96 olarak belirtilmiştir.

Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Genel yorgunluk puanı 1., 2. ve 3. madde toplam puanı 3'e bölünerek, günlük faaliyetlerin etkilenme düzeyi puanı 4a, 4b, 4c, 4d, 4e ve 4f madde toplam puanı 6'ya bölünerek ve global kısa yorgunluk envanteri puanı 9 maddenin aritmetik ortalamasının alınmasıyla hesaplanmaktadır. 4. sorunun seçeneklerine verilen puanla, kişinin yaşadığı yorgunluktan sözü edilen durumların hangi seviyede etkilendiği bulunmaktadır. Puanlama "0" ile "10" arası olup, "0" hiç etkilenmeme, "1-3" yorgunluk az düzeyde, "4-6" orta düzeyde, "7-9" yorgunluk fazla düzeyde, "10" en üst düzeyde etkilenmeyi belirtmektedir (Azak ve ark. 2008; Zorba, 2012). Toplam puanın artması bireylerde yorgunluk düzeyinin ve şiddetinin arttığını göstermektedir. Ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Çınar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve İç tutarlılık katsayısı 0,98 olarak belirlenmiştir (Çınar, Sezerli, Sarsmaz ve Menteş, 2000).

3.6.3. Toronto Üniversitesi Atrial Fibrilasyon Şiddet Skalası (The University of Toronto Atrial Fibrillation Severity)

Toronto Üniversitesi Atrial Fibrilasyon Şiddet Skalası (AFSS), AF'li hastalar için tasarlanmış, hastalığa özel yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek, Maglio ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiş olup, AF'nin tüm vücut sağlığına etkisi, sağlık bakımlarından yararlanma ve AF ile ilgili semptomların şiddeti olmak üzere, 19 maddeden oluşmaktadır (Dorian, Paquette, Newman, Green ve ark., 2002). A, B ve C bölümü olmak üzere 3 bölümden meydana gelmektedir. A bölümü, tüm vücut sağlığı hakkındaki soruları ve AF'nin şiddetli olduğu zamanlardaki süre ve sıklığını içermektedir. B bölümü, kardiyoversiyon sıklığı, uzmana gitme durumu, acil servisi ziyaret etme sıklığı ve geçmiş yıllarda hastaneye yatma durumunu içermektedir. C bölümü, AF'de olabilen çeşitli bireysel semptomların (çarpıntı, dispne, baş dönmesi, güçsüzlük ya da göğüs ağrısı gibi) şiddetinin kişinin huzuruna etkisi ile ilgili soruları içermektedir. Yüksek puan semptomların şiddetli olduğunu göstermektedir (Eren, Tülüce, Kılıçaslan, Nazlı ve ark., 2014). Orijinal ölçeğin iç tutarlılık katsayısı sağlık bakımından yararlanma için cronbach alpha değeri 0.67, AF yükü için 0.94 ve AF şiddeti için 0.72 olarak bulunmuştur (Dorian ve ark., 2002).

Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Eren ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı, AF şiddeti için 0.75 olup AF yükü için 0.70 ve sağlık bakımından yararlanma için 0.62'dir (Eren ve ark., 2014).

Toplam AF Yükü; AF sıklığı (soru 5), süresi (soru 6) ve hasta tarafından algılanan AF ciddiyetinin (soru 7 ve 8'in ortalaması) birleşiminden oluşmaktadır. Soru 6 için elde edilen puan 8'e bölünerek, 10 ile çarpılıp her birey için 1-10 arasında puan bulunur. Daha sonra soru 5 ve 6. soru tersinden kodlanır (yani soru 5 için 'sürekli' tersinden kodlandığında 10 haline gelecek, 'Günde iki kereden fazla' 9 haline gelecektir gibi). AF ciddiyet puanı (soru 7 ve 8'in aritmetik ortalaması alınıp bulunacaktır) 1-10 arasında puan bulunur.

Toplam AF Yükü = AF sıklığı+ AF süresi + AF ciddiyeti. Üç ölçümden her biri toplam AF yüküne eşit olarak katkıda bulunmaktadır, her biri 1-10 puan almaktadır ve toplam AF yükü 3-30 arasında puan almaktadır. Daha yüksek puanlar AF yükünün daha fazla olduğunu göstermektedir.

Bölüm C: Sorulardan elde edilen puanlar (0-5 arasındadır) toplanıp toplam puan hesaplanmaktadır. Toplam puan 0-35 arasında bulunmaktadır. Bu puan semptom ciddiyet puanıdır ve puanın artması AF semptom ciddiyetinin arttığını göstermektedir (Eren ve ark., 2014).

3.7. Veri Toplama Süreci

Araştırmada, kardiyoloji kliniği ve polikliniğinde, araştırmanın örneklemine uygun hastalara, formlardaki sorular, soru-cevap şeklinde uygulanmıştır. Hasta ile ilgili bazı bilgiler (ilaç kullanımı vb.) hasta dosyasından alınmıştır.

3.8. Araştırma Planı

Literatür tarama, tez önerisi hazırlama (Mayıs 2016 –Ekim 2016)



Veri toplanacak kurumdan izin (Mart 2017)



Etik kurul ve yönetim kurulu izni (Nisan 2017)



Veri toplama (Nisan 2017-Aralık 2017)



Veri analizi ve rapor yazımı (Ocak 2018- Mayıs 2019)



Tez bitirme sınavı (28 Haziran 2019)

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri girişi bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) 22.0 kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde; aritmetik ortalama, sayı-yüzde, normallik testi ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler sayı, yüzde ve aritmetik ortalama kullanılarak; yorgunluk ve yaşam kalitesi düzeyi aritmetik ortalama kullanılarak; normallik testi sonucunda normal dağılım göstermeyen veriler olduğundan yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki de Spearman korelasyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Korelasyon gücü 0.05-0.30 düşük veya önemsiz, 0.30-0.40 düşük orta, 0.40-0.60 orta, 0.60-0.70 iyi, 0.70-0.75 çok iyi, 0.75-1.00 mükemmel korelasyon olarak değerlendirilmiştir (Hayran ve Hayran, 2011).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın, bir üniversite hastanesinde yapılmış olması sonuçların genellenebilirliği açısından sınırlılıktır.

3.11. Araştırma Etiği

Araştırmanın yapılacağı hastaneden 14.03.2017 tarihli 3698 sayılı kararı (EK6) ve aynı kurumun Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.04.2017 tarihli 1292 sayılı kurul kararıyla izin alınmıştır (EK7) Ayrıca araştırmaya alınacak hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler için geçerlik güvenirliğini yapan ölçek sahiplerinden izin alınmıştır (EK4-EK5).

3.12. Araştırma Bütçesi

Çalışmanın giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Atriyal Fibrilasyon tanısı olan bireylerde yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 3. Atriyal Fibrilasyonu Olan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=72)

Özellikler	$\bar{x} \pm ss$	Min–Max
Yaş	56.54 $\pm$ 15.87	19-82
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	27	37.5
Erkek	45	62.5
Medeni Durum		
Bekar	13	18.1
Evli	59	81.9
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	1	1.4
Okuryazar	13	18.1
İlkokul mezunu	15	20.8
Ortaokul mezunu	11	15.3
Lise mezunu	17	23.6
Fakülte /Yüksekokul mezunu	15	20.8
Meslek		
İşçi	9	12.5
Memur	11	15.3
Emekli	28	38.9
Serbest meslek	6	8.3
Ev hanımı	18	25.0
Gelir durumu		
Gelir giderden az	49	68.1
Gelir gidere denk	22	30.6
Gelir giderden fazla	1	1.4

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalaması 56.54 $\pm$ 15.87’dir. Bireylerin %62.5’i erkek olup, %81.9’u evlidir. Eğitim durumuna bakıldığında en yüksek oranın %23.6 ile lise mezunlarında olduğu görülürken, %38.9’unun emekli olduğu görülmektedir. Bireylerin gelir durumu incelendiğinde %68.1 ile gelir durumunun gider durumundan az olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Atriyal Fibrilasyonu Olan Bireylerin Klinik Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=72)

Özellikler	n	%
Başka kronik hastalığın varlığı		
Kronik hastalığı yok	53	73.6
Hipertansiyon	8	11.1
Diyabet	4	5.6
Hipertansiyon ve diyabet	7	9.7
AF tedavi şekli		
İlaç tedavisi	41	56.9
İlaç tedavisi ve kardiyoversiyon	10	13.9
İlaç tedavisi ve ablasyon	19	26.4
İlaç tedavisi, kardiyoversiyon ve ablasyon	2	2.8
Kullanılan ilaçlar		
Antiaritmik	24	33.3
Antihipertansif	5	6.9
Antikoagülan	26	36.1
Antiaritmik ve antihipertansif	6	8.3
Antiaritmik ve antikoagülan	2	2.8
Antihipertansif ve antikoagülan	6	8.3
Antiaritmik, antihipertansif ve antikoagülan	1	1.4
Antiaritmik, antihipertansif, antikoagülan ve antidiyabetik	1	1.5
Antiaritmik ve antidiyabetik	1	1.4
	$\bar{x} \pm ss$	Min–Max
AF tanı süresi (yıl)	7.16 ± 4.86	1-22

Bireylerin %73.6'sının başka bir kronik hastalığı olmayıp, tedavi şekli incelendiğinde yalnızca ilaç tedavisi alanların %56.9 ile en fazla orana sahip olduğu görülmüştür. AF'li bireylerin kullandığı ilaçlara bakıldığında %36.1 ile en fazla antikoagülan ilaçların kullanıldığı görülmüştür. Bireylerin tanı süresi 7.16 ± 4.86 yıl olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Atrial Fibrilasyonu Olan Bireylerin Kısa Yorgunluk Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamaları (n=72)

Kısa Yorgunluk Envanteri	$\bar{X} \pm SS$	Min–Max
Genel Yorgunluk Düzeyi	7.11 $\pm$ 1.35	4.30 – 10.00
Günlük Faaliyetlerin Etkilenme Düzeyi	7.04 $\pm$ 1.60	3.80 – 10.00
Global Kısa Yorgunluk Envanteri	7.06 $\pm$ 1.45	4.10 – 10.00
	n	%
Geçen hafta olağandışı yorgunluk olma durumu		
Evet	66	91.7
Hayır	6	8.3

AF’li bireylerin genel yorgunluk düzeyi ortalamaları 7.11 $\pm$ 1.35 olup, günlük faaliyetlerin etkilenme düzeyi 7.04 $\pm$ 1.60’tır. Global kısa yorgunluk envanteri ortalamasının 7.06 $\pm$ 1.45 olduğu belirlenmiştir. Geçen hafta olağan dışı yorgunluk yaşama sorusuna evet yanıtını verenlerin oranı %91.7 olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Atrial Fibrilasyonu Olan Bireylerin Atrial Fibrilasyon Şiddet Skalasıdan Aldıkları Puan Ortalamaları (n=72)

Atrial Fibrilasyon Şiddet Skalası	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max
Son bir yılda acile gitme durumu	1.54 ± 1.31	0.00 – 5.00
Son bir yılda hastaneye kaldırılma durumu	1.76 ± 1.30	0.00 – 6.00
Son bir yılda doktora gitme durumu	4.54 ± 1.45	1.00 – 6.00
Kardiyoversiyon uygulanma sayısı	0.19 ± 0.43	0.00 – 2.00
AF Sıklığı	7.86 ± 1.62	1 – 10
AF Süresi (yıl)	3.30 ± 2.86	1.25 – 10
AF Ciddiyeti	7.86 ± 1.15	4.50 – 10
Toplam AF Yüğü	19.02 ± 4.70	6.75 – 30
AF Semptom Ciddiyeti	18.93 ± 4.40	5 – 31
	n	%
Çalışmanın yapıldığı anda ritim bozukluğu olma durumu		
Evet	21	29.2
Hayır	51	70.8
Kardiyoversiyon uygulanma durumu		
Evet	13	18.1
Hayır	59	81.9

AF'li bireylerin son bir yılda acile gitme ortalaması 1.54 ± 1.31 olup, son bir yılda hastaneye kaldırılma ortalaması 1.76 ± 1.30 ve son bir yılda doktora gitme durumu 4.54 ± 1.45 olarak bulunmuştur. Kardiyoversiyon uygulanma sayısı ortalaması 0.19 ± 0.43 'tür. Bireylerin AF sıklığı ortalamasının 7.86 ± 1.62 , AF süresi ortalamasının 3.30 ± 2.86 , AF ciddiyeti ortalamasının 7.86 ± 1.15 olduğu belirlenmiştir. AF'li bireylerin toplam AF yükü puanı ortalaması 19.02 ± 4.70 'tir. AF semptom ciddiyet puanı ortalaması 18.93 ± 4.40 olarak bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı anda ritim bozukluğu olma durumuna bakıldığında

%70,8'i hayır yanıtını vermiştir. Kardiyoversiyon uygulanma durumuna bakıldığında %81,9'una kardiyoversiyon uygulanmadığı görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 7. Atriyal Fibrilasyonu Olan Bireylerin Kısa Yorgunluk Envanteri Puanları ile Atriyal Fibrilasyon Şiddet Skalası Puanları Arasındaki İlişki (n=72)

Özellikler	Atriyal Fibrilasyon Şiddet Skalası									
	AF Sıklığı		AF Ciddiyeti		AF Süresi		Toplam AF Yüğü		AF Semptom Ciddiyet Puanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Genel Yorgunluk Puanı	0.262	0.026*	0.389	0.001*	0.108	0.368	0.330	0.005*	0.243	0.040*
Günlük Faaliyetlerden Etkilenme Düzeyi	0.199	0.094	0.258	0.029*	0.134	0.262	0.256	0.030*	0.154	0.197
Global Kısa Yorgunluk Puanı	0.236	0.046*	0.314	0.007*	0.137	0.252	0.297	0.011*	0.185	0.119

r: Korelasyon katsayısı, *p<0,05

Bireylerin genel yorgunluk puanıyla AF sıklığı ve AF semptom ciddiyet puanı arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki vardır ($p<0.05$). AF sıklığı ve AF semptom ciddiyet puanı arttıkça genel yorgunluk puanı artmaktadır. Genel yorgunluk puanı ile AF ciddiyeti ve toplam AF yükü arasında pozitif yönde düşük orta düzeyde ilişki vardır ($p<0.05$). AF ciddiyeti ve toplam AF yükü arttıkça genel yorgunluk puanı artmaktadır. Genel yorgunluk puanı ve AF süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bireylerin günlük faaliyetlerden etkilenme düzeyi ile AF ciddiyeti ve toplam AF yükü arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). AF ciddiyeti ve toplam AF yükü arttıkça günlük faaliyetlerden etkilenme düzeyi artmaktadır. Günlük faaliyetlerden etkilenme düzeyi ile AF sıklığı, AF süresi ve AF semptom ciddiyet puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bireylerin global kısa yorgunluk puanı ile AF sıklığı ve toplam AF yükü arasında pozitif yönde düşük bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). AF sıklığı ve toplam AF yükü arttıkça global kısa yorgunluk puanı artmaktadır. Global kısa yorgunluk puanı ile AF ciddiyeti

arasında pozitif yönde düşük orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). AF ciddiyeti arttıkça global kısa yorgunluk puanı artmaktadır. Global kısa yorgunluk puanı ile AF semptom ciddiyeti ve AF süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).



5. TARTIŞMA

Çalışma atriyal fibrilasyon tanısı olan bireylerde, yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda yorgunluk düzeylerinin yüksek, yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiş ve yorgunluk ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları güncel literatür doğrultusunda aşağıdaki şekilde tartışılmıştır.

Literatürde spesifik olarak yaşam kalitesi ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi inceleyen ve benzer yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Bu nedenle çalışma, farklı ölçek kullanılarak yaşam kalitesinin ve yorgunluğun değerlendirildiği çalışmalarla tartışılmıştır.

5.1. Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastaların Yorgunluk Düzeyleri ile İlgili Bulguların İncelenmesi

AF, kalp hızında artış, kalbin pompalamasında azalma ve kalp debisinde düşmeye neden olarak vücuttaki oksijenlenmeyi etkilemesi nedeniyle yorgunluğa neden olmaktadır (Ceyhan, 2012; Maggioni ve ark., 2005). Birçok kronik hastalıkta ortaya çıkan yorgunluk, kalp hastalıkları içerisinde görülme sıklığı ve meydana getirdiği komplikasyonlar nedeniyle AF’de de önemli bir bulgudur. Literatür incelendiğinde, AF ile ilgili komplikasyonlar arasında kalp fonksiyonlarında azalmaya bağlı yorgunluk ve aktivitelerde azalma olmaktadır (ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu; Ceyhan, 2012; Aliot ve ark., 2014; Eckhardt ve ark., 2014, Tsai ve ark., 2013).

Çalışmada, atriyal fibrilasyonlu bireylerde yorgunluk düzeyi incelenmiş, genel yorgunluk düzeyi, günlük faaliyetlerin etkilenme düzeyi ve global kısa yorgunluk envanterinden aldıkları puanlara göre yorgunluğun fazla düzeyde olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireyler incelendiğinde, geçen hafta olağan dışı yorgunluk yaşama sorusuna bireylerin tamamına yakını evet yanıtını vermiştir.

Ülkemizde çeşitli kronik hastalıkları olan hasta gruplarında, yorgunluk ile ilgili bazı çalışmalar olmasına rağmen AF’li hastalarda yorgunluğun incelendiği sınırlı çalışmaya ulaşılmıştır. Ceyhan’ın (2012) AF’li bireylerde uygulanan akupres’in kalp ritmi ve hızına etkisi ile yorgunluk arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmasında müdahale ve plasebo gruplarının yorgunluk düzeyleri incelenmiş, her iki grubunda yorgunluk düzeylerinin

hastaneye kabul esnasında oldukça yüksek olduğu; ancak taburculuk öncesi anlamlı derecede düşüş gösterdiği görülmüştür. Bireylerin şikayetleri incelendiğinde, yorgunluğun semptom olarak daha fazla yaşandığı; ancak yorgunluğun aktivitelere yansımaları sorulduğunda daha düşük olduğu belirtilmiştir (Ceyhan, 2012).

Yurtdışında yapılan çalışmalarda da AF'li hastalarda yorgunluğun en sık karşılaşılan semptomlar arasında olduğu belirtilmiştir (Hagens ve ark., 2004; Gleason ve ark., 2018; Streur ve ark., 2017; Joyce, 2004). Yapılan bir kalitatif çalışmada katılımcıların çoğunun AF atağı sırasında yorgunluk yaşadığını ve ataktan sonra birkaç gün sürdüğünü belirttikleri saptanmıştır (McCabe, Schumacher ve Barnason, 2011). Çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

5.2. Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulguların İncelenmesi

Çalışmada, bireylerin AF sıklığı ortalaması 7.86 ± 1.62 , AF süresi ortalaması 3.30 ± 2.86 , AF ciddiyeti ortalamasının 7.86 ± 1.15 olduğu belirlenmiştir. AF'li bireylerin toplam AF yükü puanı ortalaması 19.02 ± 4.70 'tür. AF semptom ciddiyet puanı ortalaması 18.93 ± 4.40 olarak bulunmuştur. AF'li bireylerin son bir yılda acile gitme ortalaması 1.54 ± 1.31 olup, son bir yılda hastaneye kaldırılma ortalaması 1.76 ± 1.30 ve son bir yılda doktora gitme durumu 4.54 ± 1.45 olarak bulunmuştur.

Tan ve arkadaşlarının (2018) atriyal fibrilasyonu olan Asyalı bireylerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, psikolojik sıkıntı ve semptom yükünün incelendiği çalışmasında AF yükü ortalaması 7.06 ± 5.72 , AF semptom ciddiyet puanı ortalaması 4.75 ± 4.47 olarak belirlenmiştir. AF'li bireylerin son bir yılda acile gitme ortalaması 0.40 ± 1.14 , son bir yılda hastaneye kaldırılma ortalaması 0.39 ± 1.07 ve son bir yılda doktora gitme durumu 2.04 ± 1.23 olarak belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda toplam AF yükünün ve semptom ciddiyetinin daha fazla olmasının nedeninin toplumların sağlığı algılayış biçimlerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği olarak düşünülmektedir.

Yurtdışında yapılan bir çalışmada, AF hastalarının sağlıklı bireyler ve kalp yetersizliği, MI öyküsü gibi olgularla karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ölçütlerinin belirgin derecede bozulduğu belirlenmiştir (Dorian ve ark., 2000). Farklı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda da AF'li hastalarda yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (Suman, Roy, Smith, Talajic ve ark., 2013; Randolph, Simon, Thomas, Allen ve ark. 2016).

Thrall ve ark'nın (2007) yaptığı çalışmada AF'li olgularda depresyon ve anksiyete geliştiği, bunun altıncı ay ve sonrasında yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği bulunmuştur. Sandhu ve ark'nın (2017) çalışmasında normal sağlıklı olgular ve atriyal fibrilasyonlu bireyler karşılaştırılmış ve AF'li bireylerde daha fazla duygusal problem gerçekleştiği belirtilmiştir. Jeong ve ark'nın (2014) yaptığı çalışmada AF'li kadınlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu; ancak altta yatan kronik hastalıkların yaşam kalitesi puanında fark oluşturmadığı belirtilmiştir. Ong ve ark'nın (2006) yaptığı çalışmada AF hastası kadınlarda fiziksel yaşam kalitesi puanı daha düşük çıkarken, erkeklerde zihinsel yaşam kalitesi puanının daha düşük çıktığı belirtilmiştir. Sang ve ark'nın (2013) çalışmasında AF'si olan hastalarda antiaritmik ilaç tedavisi ya da ablasyon tedavisi uygulananlarda yaşam kalitesi karşılaştırılmış ve fiziksel ve mental yaşam kalitesi her iki grupta da düşük bulunmuş olup ablasyon tedavisinin yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu belirtilmiştir. Esfahani ve ark'nın (2018) 50 AF'li bireyde yaptıkları çalışmasında yaşam kalitesinin düşük bulunduğu; ama rutin bakımın yanı sıra yapılan bakım planlarıyla yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir.

Ülkemizde AF'li bireylerde yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş ve yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (Karakuş, 2014). Güneş'in atriyal fibrilasyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi anketi'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, araştırmaya katılan bireylerin AF'ye bağlı olarak yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları düzeyinde ise özellikle günlük etkinlikler ve belirtiler alt boyutlarında yaşam kalitesinin ciddi düzeyde etkilendiği belirtilmiştir (Güneş, 2019). AF'li hastalarda yapılan kalitatif bir çalışmada hastaların, sosyal yaşamlarında ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma olduğu belirtilmiştir (Altıok ve ark. 2015).

Çalışmamızda AF'li bireylerin toplam AF yükü, AF ciddiyeti ve semptom ciddiyet puanının yüksek olması literatürü desteklemektedir. Bu sonuçlar AF ataklarının sık ve şiddetli olduğunu ve semptomlardan etkilenme düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. AF'li hastalarda yaşam kalitesi, nefes darlığı, çarpıntı, göğüste rahatsızlık hissi ve yorgunluk gibi semptomlarla önemli derecede etkilenmektedir. Hastalar çarpıntılarını tetikleyeceği korkusuyla egzersiz, güç sarfetme, merdiven çıkma, cinsel aktiviteden kaçınabilir. Bu sınırlamalar AF'li hastaları sosyal yaşamdan uzaklaştırabilir ve yaşamlarından aldıkları memnuniyeti azaltabilir.

5.3. Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastaların Yorgunluk Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmada bireylerin genel yorgunluk puanı ile AF sıklığı, AF semptom ciddiyeti, AF ciddiyeti ve toplam AF yükü arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerin günlük faaliyetlerden etkilenme düzeyi ile AF ciddiyeti ve toplam AF yükü arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Günlük faaliyetlerden etkilenme düzeyi ile AF sıklığı, AF süresi ve AF semptom ciddiyeti arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). AF şiddeti arttığında bireyler yorgunluk yaşamakta ve günlük faaliyetlerden etkilenmekte bu durum AF yükünü arttırmaktadır. Global kısa yorgunluk puanı ile AF sıklığı, toplam AF yükü ve AF ciddiyeti arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Global kısa yorgunluk puanı ile AF semptom ciddiyeti ve AF süresi arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Freeman ve arkadaşlarının (2015) AF yükü ile yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada AF semptomları arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Aynı çalışmada semptomlar arasında yorgunluğun ilk üç sırada yer aldığı belirtilmiştir. AF'li hastalarda farklı bir ölçek ile yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bunun yanı sıra ölçekten yüksek puan alanların yorgunluk, dispne, göğüste sıkışma gibi semptomları daha fazla söyledikleri belirtilmiştir (Randolph ve ark. 2016). Atriyal fibrilasyonun yaşlıların enstrümental günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyine bakılan bir çalışmada, AF olan grupta sinüs ritminde olan gruba göre enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin anlamlı düzeyde olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Yavuz, Fidan ve Yavuz, 2011). Paquette ve ark'nın (2000) çalışmasında da AF'li kadınlarda erkeklere göre fiziksel işlev ve fonksiyonel kapasite daha kötü etkilenirken semptom yükünün daha fazla olduğu belirtilmiştir. Dabrowski ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada AF'li hastaların sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında enerji düzeylerinin daha düşük olduğu, aktivite sınırlılığının daha fazla olduğu ve yaşam kalitelerini önemli derecede etkilediği bulunmuştur.

Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmanın sonucuna göre AF ataklarının sık olduğu, semptomların şiddetli ve semptomlardan etkilenme düzeyinin yüksek olduğu ve bunların yorgunlukla ilişkili olduğu söylenebilir. Yüksek kalp hızı, nefes darlığı, hareket güçlüğü ve egzersiz kapasitesinin etkilenmesi gibi nedenlerden dolayı hastalar yorgunluk yaşamakta buna bağlı olarak yaşam kalitesi de etkilenmektedir. Çalışmada yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin düşük düzeyde olması yaşam kalitesinin yorgunluk dışında diğer semptomlar ve faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Atriyal fibrilasyon tanısı olan bireylerde, yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve korelasyonel olarak yapılan bu çalışmada;

- ✓ AF'li bireylerin genel yorgunluk, günlük faaliyetlerin etkilenme düzeyi ve global kısa yorgunluk envanteri ortalamasının yüksek olduğu,
- ✓ Bireylerin AF sıklığı, AF süresi, AF ciddiyeti, semptom ciddiyeti ve toplam AF yükü puanı ortalamasının yüksek olduğu, dolayısıyla yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği,
- ✓ Yorgunluğun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Tüm bu sonuçlar ve literatür doğrultusunda öneriler;

- ✓ AF'li hastalarda yorgunluğun sistematik olarak değerlendirilmesi ve bakım protokolünün oluşturulması,
- ✓ Hemşirelerin AF'li hastaları izlemesi, yorgunluğun nedenleri ve nasıl başedebileceği konusunda eğitim vermesi ve danışmanlık hizmetlerinin oluşturulması,
- ✓ Literatürde AF'li hastalarda yapılan çalışma sayısı az olduğu için daha kapsamlı ve birey sayısı daha fazla olan çalışmaların yapılması,
- ✓ AF'li hastalarda yaşam kalitesi ve yorgunluğu etkileyen diğer faktörlerin incelenmesi,
- ✓ AF'li hastalarda yorgunluğu inceleyen niteliksel çalışmalar yapılması,
- ✓ Multidisipliner ekip çalışmalarının yapılması,
- ✓ Uzun izlem çalışmalarının yapılması,
- ✓ Yorgunluğu azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak için girişimsel çalışmalar yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Ak B. Atriyal fibrilasyon tedavisinde ritim kontrolü. Türkiye Klinikleri J Cardiol- Special Topics, 2010; 3: 24-29.
- Akdemir N., Birol L. Onkoloji hemşireliği. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Vehbi Koç Vakfı Sanerc. İstanbul. 2003; 96–145.
- Akdemir N., Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Sistem Ofset. Ankara. 2005; 193-199.
- Aliot E., Botto G., Crijns H., Kirchhof P. Quality of life in patients with atrial fibrillation: how to assess it and how to improve it. Europace, 2014;787-796.
- Altıok M., Yılmaz M., Rencüsoğulları İ. Living with atrial fibrillation: An analysis of patients' perspectives. Asian Nursing Research, 2015;1-7.
- Anderson J.L., Halperin J.L., Albert N.M., Bozkurt B. ve ark. Management of patients with atrial fibrillation. Circulation. 2013;127:1916-26.
- Andrade J., Khairy P., Dobrey D., Nattel S. The clinical profile and pathophysiology of atrial fibrillation: relationships among clinical features, epidemiology, and mechanisms. Circ Res, 2014; 114:1453-68.
- Aslan Ö., Güneri S. Atriyal fibrilasyonun elektrofizyolojik temelleri, Anadolu Kardiyol Derg, 2002; 244-252.
- Atriyal Fibrilasyon Tedavi 2010 Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arş 2010; 4: 1-15.
- Atrial Fibrilasyon Tedavisi için ESC Kılavuzu, 2016: 3-47.
- Aydemir O. Konsültasyon-liyazon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: kısa form-36 (SF-36). 3P/Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 1999; 7: 14-23.
- Aygünoğlu S., Çelebi A., Vardar N., Gürsoy E. Multipl skleroz hastalarında yorgunluğun depresyon, özürllülük ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Arch Neuropsychiatr, 2015; 52: 247-251.
- Azak A., Altundağ S., Sert H., Çınar S. Tip II diyabetes mellituslu hastalarda akut yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler. F.Ü. Sağ. Bil. Derg, 2008; 22: 73-76.
- Barnes E.A., Bruera E. Fatigue in patients with advanced cancer: A review. InternationalJournal of Gynecologic Cancer 2002;12: 424-428
- Benatar D., Bondmass M., Ghitelman J., Avitall B. Outcomes of chronic heart failure. Arch Intern Med. 2003; 163: 347-52.

Ceyhan Ö. Atrial fibrilasyonu olan hastalarda uygulanan akupresörün kalp ritmi ve hızına etkisi ile yorgunluk arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Kayseri, Erciyes Üniversitesi, Doktora tezi, 2012.

Conway D.S., Pearce L.A., Chin B.S., Hart R.G. ve ark. Prognostic value of plasma von willebrand factor and soluble P-selectin as indices of endothelial damage and platelet activation in 994 patients with nonvalvular atrial fibrillation. *Circulation* 2003; 107: 3141-3145.

Cowan M.J., Shapiro M, Hays R.D., Afifi A. ve ark. The effect of a multidisciplinary hospitalist physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *J Nurs Adm.* 2006; 36: 79-85.

Curtis A.B. Practice implications of the atrial fibrillation guidelines. *Am J Cardiol.* 2013; 111: 1660-70.

Çınar S., Sezerli M., Sarsmaz N., Menteş A.Ö. Hemodiyaliz akut yorgunluk sendromuna neden olabilir mi?. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2000; 3: 28-33.

Dabrowski R, Smolis E, Kowalik I, Kazimierska B. ve ark. Quality of life depression in patients with different patterns of atrial fibrillation. *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 1133-1139.

Danelich I.M., Reed B.N., Hollis I.B., Cook A.M. ve ark. Clinical update on the management of atrial fibrillation. *Pharmacotherapy*, 2013; 33: 422-46.

Demir E. Kalp transplantasyonu aday hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. İstanbul, Acıbadem Üniversitesi, Yüksek Lisans tezi, 2013.

Dorian P., Jung W., Newman D., Paquette M. ve ark. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. *J Am Coll Cardiol*, 2000; 36: 1303- 21.

Dorian O., Paquette M., Newman D., Green M. ve ark. Quality of life improves with treatment in the canadian trial of atrial fibrillation. *Am Heart J*, 2002; 143: 984-990.

Eckhardt A., Devon H., Piano M., Ryan C. Ve ark. Fatigue in the presence of coronary heart disease. *Nurs Res*, 2014; 63: 83-93.

Enar R. Atrial fibrilasyon. İçinde: Temel kardiyoloji semiyolojisi ve kardiyovasküler hastalıklar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007: 845-852.

Eren N., Tülüce S., Kılıçaslan B., Nazlı C. ve ark. The validity and reliability of the Turkish version of the university of toronto atrial fibrillation severity scale. *Turk J Med Sci*, 2014; 44: 996-1001.

Ertaş F., Kaya H., Kaya Z., Bulur S. ve ark. Epidemiology of atrial fibrillation in Turkey: preliminary results of the multicenter AFTER study. *Arch Turk Soc Cardiol*, 2013; 41:99-104

Escalante C.P. Treatment of cancer related fatigue: an update. Support Care Cancer. 2003;11: 79-83.

Esfahani K., Amirzadeh A., Golshahi J. Effect of a care plan on the quality of life of the patients with atrial fibrillation. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2018; 23: 277-280.

Freeman J, Simon D, Go A, Spertus J. ve ark. 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). Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015; 393-402.

Fuster V., Ryden L.E., Cannom D.S. ve ark. 2011 ACCF/AHA/HRS Focused update incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation /American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2011; 123: 269-367.

Gleason T., Nazarian S., Himmelfarb D. ve ark. Atrial fibrillation symptoms and sex, race and psychological distress. Journal of Cardiovascular Nursing. 2018; 33: 137-143.

Go A.S., Hylek E.M., Phillips K.A., Chang Y. ve ark. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA, 2001; 285: 2370-75.

Gültekin Z., Pınar G., Pınar T., Kızıltan G. ve ark. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. UHOD, 2008; 18:99-106.

Güneş F. Atrial fibrilasyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi anketi'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2019.

Hagens V.E., Ranchor A.V., Van Sonderen E, Bosker H.A. ve ark. Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation. Journal of the American College of Cardiology. 2004; 43 : 241-47.

Hayran M ve Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik, Ankara, Omega Araştırma, 2011; 311-332.

Healey J.S., Connolly M.D., Gold M.D., Israel M.D. ve ark. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. N Engl J Med. 2012; 366: 120-29.

Heeringa J., van der Kuip D.A., Hofman A., Kors J.A. ve ark. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. Eur Heart J, 2006; 27:949-53.

Hendriks J.M.L., Wit R, Crijns H.J.G.M., Vrijhoef H.J.M. ve ark. Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. European Heart Journal, 2012; 33: 2692-699.

Huxley R.R., Lopez F.L., Folsom A.R., Agarwal S.K. ve ark. Absolute and attributable risks of atrial fibrillation in relation to optimal and borderline risk factors: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation*, 2011; 123:1501-508.

Inglis S., McLennan S., Dawson A., Birchmore L. ve ark. A new solution for an old problem? Effect of a nurse led, multidisciplinary, home based intervention on readmission and mortality in patients with chronic atrial fibrillation. *J Cardiovasc Nurs*. 2004; 19: 118-27.

İltuş F., Karadakovan A. Atrial fibrilasyon-inme ilişkisi ve hemşirelik bakımı. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017; 8: 71-76.

January C.T., Wann L.S., Alpert J.S., Calkins H. ve ark. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the american college of Cardiology/ American Heart Association task force on practice guidelines and the heart rhythm society. *J Am Coll Cardiol*, 2014; 64:76.20.

Jeong H.K., Cho J.G., Lee K.H., Park H.W. ve ark. Determinants of quality of life in patients with atrial fibrillation. *International Journal of Cardiology*, 2014;172: 300-302

Joyce C. İmplications for nursing care of patients with atrial fibrillation. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004; 19: 128-137.

Karakaş O. Koroner arter By-Pass cerrahisi sonrası atriyal fibrilasyon gelişimine neden olan risk faktörleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, 2008.

Karakoç T. Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3: 99-118

Karakuş N. Kronik Atrial Fibrilasyonda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014.

Kaya S., Çelebi A., Vardar N., Gürsoy E. Multipl Skleroz hastalarında yorgunluğun depresyon, özürllülük ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Arch Neuropsychiatr*, 2015; 52: 247-251.

Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, 1997.

Kudubeş A., Bektaş M. Pediatrik onkoloji hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesine etkisi. *J Pediatr Res*. 2017; 4: 96-102.

Kutlu R., Çivi S., Börüban M.C., Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniv Tıp Fak Derg*, 2011; 27:149-53.

Küçük M. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Afyon, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans tezi, 2008.

Leslie L.D. Contemporary management of atrial fibrillation. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2013; 9:643-52.

Lloyd-Jones D.M., Wang T.J., Leip E.P., Larson M., ve ark. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: The Framingham Heart Study. *Circulation*, 2004; 110: 1042.

Lubitz S.A., Benjamin E.J., Ruskin J.N. ve ark. Challenges in the classification of atrial fibrillation. *N at Rev Cardiol*. 2010; 7: 451-60.

Maggioni A.P., Latini R, Carson P.E., Singh S.N. ve ark. Valsartan reduces the incidence of atrial fibrillation in patients with heart failure: results from the valsartan heart failure trial (Val-HeFT). *Am. Heart J*, 2005; 149:548-557.

McCabe P.J., Schumacher K, Barnason SA. Living with atrial fibrillation: a qualitative study. *J Cardiovasc Nurs*. 2011; 26 (4): 336-344.

Mendoza T.R., Wang S.X., Cleeland C.S., Morissey M. The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients, use of brief Fatigue inventory. *Cancer*, 1999; 85: 1186–1196.

Mercan S., Enç N. Warfarin kullanan bireylerin eğitim gereksinimleri. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2011; 1:12-17.

Mitchell S.A., Beck S.L., Hood L.E., Moore K. ve ark. Putting evidence into practise: Evidence-based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2007;11: 99-113

Miyasaka Y., Barnes M.E., Gersh B.J., Cha S.S. ve ark. Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence. *Circulation*, 2006;114:119-25.

Morrow G.R, Shelke, A.R., Roscoe, J.A. Management of cancer related fatigue. *Cancer Investigation*, 2005; 23: 229-239.

Mozaffarian D., Benjamin A.J., Go A.S., Arnett D.K. ve ark. On behalf of the American Hearth Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 2015;133: 38-360.

Nieuwlaat R., Olsson S.B., Lip G.Y., Camm A.J., ve ark. Guideline adherent antithrombotic treatment is associated with improved outcomes compared with undertreatment in high risk patients with atrial fibrillation. *The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation*. *Am Heart J*. 2007; 153: 1006-12.

Ong L., Irvine J., Nolan R., Cribbie R. ve ark. Gender differences and quality of life in atrial fibrillation: The mediating role of depression. *Journal of Pstchosomatic Research*. 2006; 61: 769-774.

Ordin Y. Karaciğer transplantasyonu sonrası destek grup girişiminin hastaların bilgi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyine etkisinin incelenmesi. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Doktora Tezi, 2013.

Ökmen A., Erdinler İ. Atriyum fibrilasyonlu kalp yetersizliği bulunan hastalarda kardiyak resenkronizasyon tedavisi. Türk Kardiyol Dern Arş. 2013; 41: 545-556.

Özdemir L., Aşiret G. Antikoagülan ilaçların güvenli kullanımında hemşirenin sorumlulukları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 58-68.

Paquette M., Roy D., Newman D., Couturier A. ve ark. Role of gender and personality on quality of life impairment in intermittent atrial fibrillation. 2000; 86: 764-768.

Piccini J.P., Hammill B.G., Sinner M.F., Jensen P.N. ve ark. Incidence and prevalence of atrial fibrillation and associated mortality among medicare beneficiaries: 1993-2007. Circ Cardiovasc Qual Outcomes, 2012; 5:85-93.

Pokharel S., Van Geel P.P., Sharma U.C. ve ark. Increased myocardial collagen content in transgenic rats overexpressing cardiac angiotensin converting enzyme is related to enhanced breakdown of N-acetyl-Ser-Asp-Lys-Pro and increased phosphorylation of Smad2/3. Circulation, 2004; 110: 3129-35.

Randolph T., Simon D., Thomas L., Allen L. ve ark. Patient Factors Associated with Quality of Life in Atrial Fibrillation Randolph—Determinants of Quality of Life in Atrial Fibrillation. Am Heart J., 2016; 182: 135-143.

Ridker P.M., Buring J.E., Cook N.R., Rifai N. Creactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8- year follow-up of 14 719 initially healthy American women. Circulation, 2003; 107:391-97.

Sandhu R., Smigorowsky M., Lockwood E., Savu A. ve ark. Impact of electrical cardioversion on quality of life for the treatment of atriyal fibrillation. Canadian Journal of Cardiology, 2017; 33: 450-455.

Sang C.H., Chen K, Pang X.F., Dong J.Z. ve ark. Depression, anxiety and quality of life after catheter ablation in patients with paroxysmal atrial fibrillation. Clin. Cardiol. 2013; 36: 40-45.

Sayın A., Candansavar S. Yorgunluk kavramı ve yorgun hastalara klinik yaklaşım. Gazi Tıp Dergisi, 2007; 18 (1): 1-8.

Shinbane J.S., Wood M.A., Jensen D.N., Ellenbogen K.A. ve ark. Tachycardia-induced cardiomyopathy: a rewiev of animal models and clinical studies, J Am Coll Cardiol, 1997; 29: 709-715.

Streur M., Ratcliffe S., Ball J., Stewart S. ve ark. Symptom clusters in adults with chronic atrial fibrillation. Journal of cardiovascular Nursing. 2017; 32: 296-303.

Suman I, Roy D, Smith N, Talajic M. ve ark. Quality of life and functional capacity in patients with atrial fibrillation and congestive heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013; 61: 455-460.

Swain M.G. Fatigue in chronic disease. *Clinical Science*, 2000; 99:1–8.

Tan H., Koh K., Wu V., Lim T. ve ark. Health-related quality of life, psychological distress, and symptom burden in an Asian population of outpatients with atrial fibrillation. *Heart & Lung*, 2018; 47: 322–328.

Tsai M., Hwang S., Tsay S., Wang C. ve ark. Predicting trends in dyspnea and fatigue in heart failure patients' outcomes. *Acta Cardiol Sin*, 2013;29: 488-95.

Thrall G., Lip G.Y., Carroll D, Lane D. Depression, anxiety and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest*, 2007; 132: 1259-64.

Uyarel H., Onat A., Yüksel H., Can G. ve ark. Incidence, prevalence, and mortality estimates for chronic atrial fibrillation in Turkish adults. *Arch Turk Soc Cardiol*, 2008; 36:214-22.

Uysal H. Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. *Türk Kardiol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2015; 6:1-4.

Van Gelder I.C., Hagens V.E., Bosker H.A., Kingma J.H. ve ark. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2002; 347: 1834-40.

Yavuz B., Yavuz B., Fidan C. Atrial fibrilasyon yaşlıların enstrümental günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkiliyor. *Türk Aritmi, Pacemaker ve Elektrofizyoloji Dergisi*, 2011; 9: 69-74.

Yiğit F. Dünyada ve Türkiye’de atriyal fibrilasyon epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*, 2015; 8: 5-14.

Yiğit Z. Türk Atriyal Fibrilasyon (TAF) Çalışması. Non-valvüler atriyal fibrilasyonlu hastalarda antikoagülan ve aspirinin tromboembolik risk üzerine etkilerinin karşılaştırıldığı çokmerkezli, randomize çalışma. *Türk Kardiyol Dern ARŞ*. 2000; 28: 8-19.

Young T., Shahar E., Nieto F.J., Redline S. ve ark. Sleep heart health study research group. Predictors of sleepdisordered breathing in community-dwelling adults: the sleep heart health study. *Arch Intern Med*, 2002; 162:893-900.

Yurtsever S. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi*, 1999.

Yurtsever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 4: 16-20.

Waller A., Caroline N.L. Handbook of pallative care in cancer. Pittsburgh, United States, Butterworth Heineman Press, 2007; 77-87, 183-97, 239-45.

Wang T., Parise H., Levy D., Wolf P. ve ark. Obesity and the risk of new-onset atrial fibrillation. JAMA, 2004; 292: 2471-2477.

Wofford J.L., Wells M.D., Singh S. Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin:a systematic review. BMC Health Services Research, 2008; 8: 1-8.

Zorba P. Radyoterapi alan bireylerin uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Kayseri, Erciyes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2012.



8. EKLER

EK-1. Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikler Formu

Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikler Formu

Sayın hastamız,

Bu araştırma Atriyal Fibrilasyonu olan bireylerin yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak için planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırmada yer aldığınız sürece verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek sizlere ulaşılmayacaktır. Katkınız için teşekkür ederim.

DENİZ ÖZDEL

Tarih:

Anket no:

1) Kaç Yaşındasınız?.....

2) Cinsiyetiniz?

1.Kadın

2. Erkek

3) Medeni durumunuz nedir?

1. Bekar

2. Evli

4) Eğitim durumu nedir?

1.Okuryazar değil

2.Okuryazar

3. İlkokul mezunu

4.Ortaokul mezunu

5.Lise mezunu

6.Fakülte / Yüksekokul mezunu

5) Ne iş yapıyorsunuz?

1. İşçi

2. Memur

3. Emekli

4. Serbest meslek

5. Ev hanımı

6. Diğer...

6) Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?

1. Gelir giderden az

2. Gelir gidere denk

3. Gelir giderden fazla

7) AF tam süreniz?.....

8) AF’de tedavi şekliniz nedir?

1. İlaç tedavisi 2. Kardiyoversiyon 3. Ablasyon 4. Diğer...

9) Atrial Fibrilasyon dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

10) 9. Sorunun cevabı cevabı ‘EVET ‘ ise hangi hastalığa sahipsiniz?.....

11) Sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir?.....



EK-2. Kısa Yorgunluk Envanteri

Yaşamımız boyunca, çoğumuzun aşırı yorgunluk veya bitkinlik hissettiğimiz zamanlar olmuştur. Geçen hafta içerisinde, her zamankinden farklı(olağan dışı)yorgunluk yada halsizlik hissettiniz mi?

Evet / Hayır

(Aşağıda yorgunluğunuzun şiddetini belirlemek için puanlama yapılmıştır.0 = Yorgunluk yok,10 =Hayal edebildiğiniz en şiddetli yorgunluk olarak tanımlanmaktadır.)

1.Lütfen, **şu anda** yaşadığınız yorgunluk (halsizlik, bitkinlik) düzeyini en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2.Lütfen, son 24 saat içinde yaşadığınız **genel** yorgunluk düzeyini en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.Lütfen, son 24 saat içinde yaşadığınız **en kötü** yorgunluk düzeyini en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.Son 24 saat içinde, yorgunluk nedeni ile aşağıda belirtilen faaliyetlerinizin ne derece etkilendiğini numaraları yuvarlak içine alarak belirtiniz.(0 = Yaşantınızı engellememekte, 10 = Yaşantınızı tamamen engellemekte)

A.Genel aktiviteniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

B.Ruh haliniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C.Yürüme beceriniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D.Normal çalışmanız(ev dışındaki iş ve günlük ev işleri)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E.Diğer kişilerle ilişkileriniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

F.Yaşama sevinciniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK-3. Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği
Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği

Hastanın adı soyadı:

Hasta no:

Tarih:

Bölüm A

Lütfen aşağıdaki soruları olabildiğince doğru yanıtlayınız.

1. Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın
2. Doğum tarihi: _____
3. Şu anda kalbinizde ritim bozukluğu (atriyal fibrilasyon) var mı?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bilmiyorum
4. Şu andaki hayatınız hakkında neler hissediyorsunuz?

Olabileceğinin en kötüsü							Olabileceğinin en iyisi		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Düzensiz kalp ritminiz (atriyal fibrilasyon) ortalama olarak ne sıklıkla ortaya çıkıyor?
- ☐ Sürekli
- ☐ Günde iki kereden fazla
- ☐ Hergün ya da hemen hemen hergün
- ☐ Haftada 4-5 kere
- ☐ Haftada 2-3 kere
- ☐ Yaklaşık olarak haftada bir kere
- ☐ Yaklaşık olarak ayda iki kere
- ☐ Yaklaşık olarak ayda bir kere
- ☐ Yaklaşık olarak yılda 2-4 kez
- ☐ Yaklaşık olarak yılda bir kez
- ☐ Yılda birden az
- ☐ Düzensiz kalp ritmim hiç olmadı
6. Düzensiz kalp ritmi atakları ortalama ne kadar sürüyor?
- ☐ Sürekli
- ☐ Birkaç gün veya daha fazla
- ☐ Bütün gün
- ☐ Birkaç saat ancak bir günden az
- ☐ Yaklaşık olarak bir saat
- ☐ 30-45 dakika
- ☐ 30 dakikadan kısa
- ☐ Birkaç dakikla
- ☐ Düzensiz kalp ritmim hiç olmadı

7. En son düzensiz kalp ritmi atağınız ne kadar şiddetliydi?

Hiç şiddetli değildi										Son derece şiddetliydi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. İlk düzensiz kalp ritmi atağınız ne kadar şiddetliydi?

Hiç şiddetli değildi										Son derece şiddetliydi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

BÖLÜM B

9. Size hiç kardiyoversiyon uygulandı mı (yani sizi uyutup elektroşok uyguladılar mı)?

☐ Evet
☐ Hayır
Evet ise, kaç kere?

10. Son bir yıl içinde düzensiz kalp ritmi nedeniyle kaç kez acil servise gittiniz?

☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 5 kereden fazla: kere

11. Son bir yıl içinde düzensiz kalp ritmi nedeniyle kaç kez hastaneye kaldırıldınız?

☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 5 kereden fazla: kere

12. Son bir yıl içinde düzensiz kalp ritmi nedeniyle kaç kez doktora başvurduunuz?

☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 5 kereden fazla: kere

BÖLÜM C

Aşağıdaki şikayetlerin son 4 hafta içinde size ne kadar rahatsızlık verdiğini (verdilerse) lütfen belirtin. Şikayetlerinizi en iyi tarif eden cevabı işaretleyin.

1. Kalp Çarpıntısı:

Son 4 hafta içinde bu şikayet sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

Son 4 hafta içinde böyle bir şikayetim olmadı	Cok az	Hafif	Biraz	Cok	Cok fazla
0	1	2	3	4	5

2. İstirahat ederken nefes darlığı:

Son 4 hafta içinde bu şikayet sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

Son 4 hafta içinde böyle bir şikayetim olmadı	Cok az	Hafif	Biraz	Cok	Cok fazla
0	1	2	3	4	5

3. Fiziksel aktivite sırasında nefes darlığı:

Son 4 hafta içinde bu şikayet sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

Son 4 hafta içinde böyle bir şikayetim olmadı	Cok az	Hafif	Biraz	Cok	Cok fazla
0	1	2	3	4	5

4. Hareket güçlüğü (hafif fiziksel aktivite ile çabuk yorulma):

Son 4 hafta içinde bu şikayet sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

Son 4 hafta içinde böyle bir şikayetim olmadı	Cok az	Hafif	Biraz	Cok	Cok fazla
0	1	2	3	4	5

5. İstirahat sırasında da yorgunluk hissi:

Son 4 hafta içinde bu şikayet sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

Son 4 hafta içinde böyle bir şikayetim olmadı	Cok az	Hafif	Biraz	Cok	Cok fazla
0	1	2	3	4	5

6. Baş dönmesi /sersemlik hissi:

Son 4 hafta içinde bu şikayet sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

Son 4 hafta içinde böyle bir şikayetim olmadı	Cok az	Hafif	Biraz	Cok	Cok fazla
0	1	2	3	4	5

7. Göğüs ağrısı veya göğüste basınç hissi:

Son 4 hafta içinde bu şikayet sizi ne sıklıkla rahatsız etti?

Son 4 hafta içinde böyle bir şikayetim olmadı	Cok az	Hafif	Biraz	Cok	Cok fazla
0	1	2	3	4	5

EK-4. Ölçek izni

Posta - deniz özdel - Outlook - İnternet Explorer

https://outlook.live.com/owa/?fi=636130216424164062%2

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Taşı Kategoriler Geri al

Klasörler

Gelen Kutusu

Gereksiz E-posta

Taslaklar 29

Gönderilmiş Öğeler

Sililmiş Öğeler 1

Ynt: Yüksek lisans tezi ölçek izin

sezgi cinar
14.9.2016 (Çar) 23:52
Kime: deniz özdel (nurse_deniz_1990@hotmail.com)

Sayın Deniz ÖZDEL,

Yüksek Lisans tezinizde Kısa Yorgunluk Formunu kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır.
Başarılar dilerim

Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Gönderen: deniz özdel <nurse_deniz_1990@hotmail.com>
Gönderildi: 11 Eylül 2016 Pazar 22:55
Kime: sezcinar@hotmail.com
Konu: Yüksek lisans tezi ölçek izin

Sayın Sezgi ÇINAR,

Ben Deniz ÖZDEL, İZMİR DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım.
Tezimde sizin ve arkadaşlarınızın Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız Kısa Yorgunluk Formu'nu izninizle kullanmak istiyorum.
Teşekkür ederim saygılarımla

Hayat yaş aldıkça güzel.

4 yaş ve üzeri Renault'lar için Tüm bakım ve mekanik onarımlarda

%20 indirim

FIRSATI YAKALA

23:09
25.10.2016

EK-5. Ölçek izni

Posta - deniz özdel - Outlook - Internet Explorer

https://outlook.live.com/owa/?fi=636130216424164862%2

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereklessiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Klasörler

Gelen Kutusu

Gereklessiz E-posta

Taslaklar 29

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler 1

Re:

nihan kahya eren
30.12.2014 (Salı) 22:16
Kime: deniz özdel (nurse_deniz_1990@hotmail.com)

Belgeler

tu00FCrku00E7e toront...
286 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Merhaba Deniz Hanım,
Geçerlili ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız 'Toronto Üniversitesi Atrial Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği'ni size ekte gönderiyorum.
Ayrıca konu ile ilgili bir sorunuz olursa size yardımcı olmaya çalışırım.

Saygılar
Nihan Kahya Eren

On Tuesday, December 30, 2014 5:50 AM, deniz özdel <nurse_deniz_1990@hotmail.com> wrote:

Merhaba nihan hanım,
Ben Deniz ÖZDEL. 9 Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği tez öğrencisiyim. Danışmanım da Doç. Dr. Hatice MERT. Ben tez dönemindeyim, atrial fibrilasyonla ilgili olacak tezim. Hocamla araştırırken sizin çalışmanızı gördük. The validity and reliability of the Turkish version of the University of Toronto Atrial Fibrillation Severity Scale

RENAULT
Passion for life

KADJAR
ve
CAPTUR
Hayatın götürdüğü yere git.

KADJAR'ı KEŞFET

23:12
25.10.2016

EK-6. D.E.Ü Hastanesi İzin Belgesi

	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi Dekanlığı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
Sayı : 61804747-000	783	8 12017
Konu : Tez Çalışması		
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE		
İLGİ: 82017743-362/12/13516		
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 04.11.2016 tarih ve 2653 sayılı Decan ÖzDEÜ'nün tezgahıması tarafımızdan değeriendirilerek uygunluğan karar verilmektedir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.		
Prof. Dr. Baki RİDGENİZ Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Dokuz Eylül Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı		
DOKUZ EYLÜL ÜNİ. HST. 09.03.2017 10.14 - 4737 HASTANE GENEL EVRAK BİRLİĞİ		
İzmir		



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



14 Mart 2017

.../.../2017

Sayı : 82010743-045



3698

Konu : Tez Çalışması

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgil : 04.11.2016 tarih ve 2673 sayı ile gönderildi.

İlgil yazıda bahsi geçen tez çalışmasını Kardiyoloji Anabilim Dalında yapılabilmesi
Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Erkan DEREBEK
Başhekim

Ek : 1 Sayfa

İzmiri İŞİ.
14 Mart 2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Tarih: 14.03.2017
Kayıt No: 1
İş No: 0989

Mithatpaşa Cad. No:1606 İncirli Yerleşkesi 35340 Bulçova/İZMİR
Telefon: +90(232)4123541 Faks: +90(232)4129797
E-Posta: aylin.celep@deu.edu.tr Elektronik Ağı: www.deu.edu.tr

Ayrıca bilgi kaynağı:
Aylin CELEP
Birim Sorumlusu

EK-7. D.E.Ü Etik Kurul Kararı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı : 1292

07.04.2017

Sayın Doç.Dr.Hatice MERT,

Kurulumuz tarafından 06.04.2017 tarih ve 3213-GOA protokol numaralı 2017/07-07 karar numarası ile görüşülen "Atrial Fibrilasyon Tanısı Olan Bireylerde Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3213-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Atrial Fibrilasyon Tanısı Olan Bireylerde Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Hatice MERT Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

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

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/07-07	Tarih:06.04.2017
	Doç.Dr.Hatice MERT'in sorumlusu olduğu "Atriyal Fibrilasyon Tanısı Olan Bireylerde Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

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

EK-8. Özgeçmiş



DENİZ ÖZDEL

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası 16283382788
Doğum Tarihi 24/01/1990
İletişim Adresi
Telefon
E-posta nurse_deniz_1990@hotmail.com
Web Adresi

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2009 - 01 Haziran 2013 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim: BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ ,
TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ekim 2013 - Şu Anda (5 yıl 8 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, ÖĞRETİM GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)