

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ATRIYAL FİBRİLASYONUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ ANKETİ'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI

Fatma GÜNEŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sakine BOYRAZ

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-18012 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Fatma GÜNEŞ tarafından hazırlanan “Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi’nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/04/2019

İmza

Üye (T.D.) : Prof. Dr. Sakine BOYRAZ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Filiz ABACIGİL
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Emine Türkmen
Koç Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince ilgisini, destek ve sabrını esirgemeyen her aşamada yanımda olan insani yönüyle örnek aldığım danışmanım; Sayın Prof. Dr. Sakine BOYRAZ' a,

Yüksek lisans eğitim programına katılmamda beni destekleyen ve değerli bilgisiyle ışık tutan değerli öğretmenim Prof. Dr. Zeynep GÜNEŞ'e

Yüksek lisans eğitimim süresince emeği geçen Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerine,

Araştırmamın istatistiksel değerlendirilmesine önemli katkı sağlayan Prof. Dr. Filiz ABACIGİL'e

Tez konumun belirlenmesinde önemli rolü olan bugünlere gelmemde emeğini esirgemeyen beni her alanda destekleyen babaannem Emine GÜNEŞ'e

Bugünleri göremese de ileriye gitmemi isteyen, kız çocuklarının eğitim hayatının desteklenmesini aşıl原因 ve hayatı boyunca bu konuda mükemmel bir örnek olan dedem Mahmut GÜNEŞ'e

Hayatımın her anında birçok fedakârlık gösteren, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, bu günlere gelmemde sonsuz emekleri bulunan babam Sezai GÜNEŞ, annem Sevgi GÜNEŞ, abim Sezgin GÜNEŞ, kardeşlerim Serdar GÜNEŞ ve Aslı ÇOŞKUN'a

Eğitim hayatına başladığım günden beri desteklerini esirgemeyen halalarım Gülay ARSLAN ve Gönül ULU'ya

Yanımda olan ve beni yüksek lisans eğitimim boyunca her konuda destekleyen, Aydın Devlet Hastanesi Ars-1 Yoğun Bakım Ünitesinde birlikte çalıştığım servis sorumlum başta olmak üzere hemşire arkadaşlarım ve servis hekimlerine,

Araştırmamda vaka bulmam konusunda bana yardımcı olan Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji hemşireleri ve hekimlerine,

Her zaman olduğu gibi ayrılmayarak, birlikte çıktığımız yüksek lisans programında yanımda olan, desteğini esirgemeyen dostum Eylem KORUK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
RESİMLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Atriyal Fibrilasyon Tanımı	4
2.2. Atriyal Fibrilasyonun Epidemiyolojisi	4
2.3. Atriyal Fibrilasyonun Fizyopatolojisi.....	5
2.4. Atriyal Fibrilasyona Neden Olan Risk Faktörleri.....	8
2.5. Atriyal Fibrilasyonun Belirti ve Bulguları	9
2.6. Atriyal Fibrilasyonun Komplikasyonları.....	10
2.7. Atriyal Fibrilasyon Tipleri.....	10
2.8. Atriyal Fibrilasyonda Tanılama.....	11
2.8.1. Elektrokardiyogram (EKG)	12
2.8.2. Holter Monitörü.....	13
2.8.3.Portatif Olay Kaydedici Monitör	14
2.9. Atriyal Fibrilasyonda Tedavi Yöntemleri	14
2.9.1. Atriyal Fibrilasyonda Hız Kontrolü.....	15
2.9.2. Atriyal Fibrilasyon’da Ritim Kontrolü	17
2.9.2.1. Atriyal fibrilasyonda farmakolojik kardiyoversiyon	17
2.9.2.2. Atriyal fibrilasyon elektriksel kardiyoversiyon	18
2.9.2.3. Atriyal fibrilasyonda ablasyon tedavisi	18
2.9.3. Atriyal Fibrilasyon’da Antitrombolitik ve Antikoagulan Tedavi.....	19
2.9.3.1. Asatil salisalik asit (Aspirin)	22
2.9.3.2. Klopidoğrel (Plavix, Karum).....	22

2.9.3.3. Varfarin (Coumadin)	23
2.9.3.4. Yeni nesil oral antikoagülanlar	24
2.9.3.4.1. Dabigatran	25
2.9.3.4.2. Rivaroksaban	25
2.9.3.4.3. Apiksaban	26
2.10. Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Amacı	28
3.2. Araştırmanın Soruları	28
3.3. Araştırmanın Yöntemi	28
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.5. Araştırmanın Zamanı	29
3.6. Çalışma Takvimi	29
3.7. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.8. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri	30
3.8.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	30
3.8.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	30
3.9. Veri Toplama Araçları	30
3.9.1. Yapılandırılmış Soru Formu	30
3.9.2. “Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesini Değerlendirme Ölçeği=Atrial Fibrillation Effect on QualiTy-of-life Questionnaire (=AFEQT)” Ölçeği	31
3.9.3. Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği (AFSS)	32
3.10. Ön Uygulama	33
3.11. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	34
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.13. Değişkenler	35
3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
3.15. Araştırmanın Etik Yönü	35
4. BULGULAR	36
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri, Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları	36
4.2. AFEQT Ölçeği Madde Bildirilme Oranları/yüzde dağılımları ve Tanımlayıcı İstatistikler	38
4.3. AFEQT Ölçeği Geçerlilik Bulguları	41
4.4. AFEQT Ölçeği Güvenirlik Bulguları	47

4.5. Genel ve Alt Boyutların Tanımlayıcı İstatistikleri	48
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
6.1. Sonuçlar.....	60
6.2. Öneriler.....	62
KAYNAKLAR.....	63
EKLER	78
ÖZGEÇMİŞ.....	103



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACC	: Amerikan Kardiyoloji Derneği (American College of Cardiology)
AF	: Atriyal Fibrilasyon
AFEQT	: Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi
AFSS	: Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği
AGFI	: Adjusted goodness-of-fit index
AHA	: Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)
AV	: Atriyovenriküler
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center For Disease Control and Prevention)
CFI	: Comparative fit index
DM	: Diabetes Mellitus
EHRA	: Avrupa Kalp Ritim Derneği (European Heart Rhythm Association)
EKG	: Elektrokardiyogram
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology)
GFI	: Goodness-of-fit index
HT	: Hipertansiyon
IFI	: Incremental fit index
KBY	: Kronik böbrek yetmezliği
Max	: Maximum
Min	: Minumum
NFI	: Normed fit index
Ort	: Ortalama
RFI	: Relative goodness-of-fit index
RMR	: Root mean square residual index
RMSEA	: Root mean squared error approximation
SA	: Sinoatrial Düğüm

- SVO** : Serebro Vasküler Olay
- TEE** : Trans Özafageal Ekokardiyografi
- TEKHARF** : Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
- Vb.** : Ve bunun gibi



RESİMLER DİZİNİ

Resim 1. Kalbin normal ve AF'deki elektriksel iletisi.....	6
Resim 2. AF'si olan bireyin EKG görüntüsü	13
Resim 3. Holter monitörü kaydında kısa süreli atriyal fibrilasyon atağı	13



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. EHRA modifiye semptom skalası	9
Tablo 2. CHA2DS2VASc skorlaması	20
Tablo 3. ATRIA risk skorlaması.....	21
Tablo 4. HAS-BLED skorlama sistemi	21
Tablo 5. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	37
Tablo 6. Katılımcıların sağlık durumu ve alışkanlıkları	37
Tablo 7. AFEQT ölçeği sorularının madde bildirilme oranları/yüzde dağılımları	38
Tablo 8. AFEQT ölçeği maddelerine ait KMO ve Bartlett's test değerleri.....	41
Tablo 9. Faktör analizi sonuçlarına göre AFEQT ölçeği maddelerinin faktör yükleri.....	42
Tablo 10. AFEQT ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları	43
Tablo 11. Hastalara ait bazı risk faktörlerine göre AFEQT ve alt boyut skorlarının dağılımı	45
Tablo 12. AFEQT ve Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği eş zaman geçerliliği korelasyon analizi.....	46
Tablo 13. AFEQT ölçeği ve AFEQT ölçeğinin alt boyutlarının İç Tutarlılığı (Cronbach Alfa Değeri).....	47
Tablo 14. AFEQT ölçeğinin genel ve alt boyut maddeleri için madde-toplam korelasyonları	47
Tablo 15. AFEQT ölçeği genel puanları ile alt ölçeklerden alınan puanların korelasyonları	48
Tablo 16. AFEQT ölçeğinin genel ve alt boyutların tanımlayıcı istatistikleri.....	48

ÖZET

ATRİYAL FİBRİLASYONUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ ANKETİ'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Güneş F. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.

Bu çalışma; “Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi”nin [Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire] geçerlilik ve güvenilirliğini saptamak, atriyal fibrilasyonlu (AF) hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri incelenmek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel ve metodolojik tipte planlanan araştırmaya, Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi, Nöroloji Servisi ve Kardiyoloji Polikliniği'nde AF tanısı ile takip edilen, 18 yaş ve üzerinde **204** hasta dahil edilmiştir. Araştırmanın örnekleme geçerlilik güvenilirlik çalışmalarında soru başına en az 10 kişi alınması dikkate alınarak oluşturulmuştur. Veriler, yapılandırılmış soru formu, AFEQT ölçeği ve Toronto Üniversitesi atriyal fibrilasyon şiddeti ölçeği (AFSS) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama±standart sapma, ortanca, mod, sayı, yüzde dağılımları, student t testi, faktör analizi, Cronbach Alfa, madde-toplam korelasyon ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Ölçeğin dil eşdeğerliğinin ve kültürel uyumunun sağlanması için; Türkçe'ye çevirisi, geri çevirisi, uzman paneline sunumu ve ön uygulaması yapılmıştır.

Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için; iç tutarlılık, madde toplam korelasyon ve genel-alt boyut korelasyon analizleri yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayı değeri 0,91 olarak hesaplanmıştır. Madde-toplam korelasyon katsayı değerlerinin 0,36-0,91 arasında ve genel-alt boyut korelasyon katsayı değerlerinin 0,26-0,81 olduğu saptanmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre AFEQT ölçeğinin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin geçerliliğini saptamak amacıyla yapı, ayırt edici ve eş zaman geçerliliğine yönelik analizler yapılmıştır. Faktör analizi sonuçlarına göre, faktörlerin değerlerinin 0,37-0,94 arasında olduğu ve anlam yönünden dört alt boyutta toplanması uygun bulunmuştur. Ayırt edici geçerlilikte ise atriyal fibrilasyonda risk faktörlerine (yaş, cinsiyet, hipertansiyon (HT)),

diabetes mellitus (DM), serebra vasküler olay (SVO), böbrek hastalıkları, akciğer hastalıkları, kalp yetmezliği ve damar tıkanıklığına) yönelik değerlendirme yapılmış ve anlamlılık saptanmıştır. Eş değer zaman korelasyon analizinde ise anlamlılık saptanmıştır.

Sonuç olarak, AFEQT ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği Türk toplumu için uygun bulunmuştur. Ayrıca araştırmaya dahil edilen AF'li hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. AFEQT ölçeğinin AF'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılabileceği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atriyal Fibrilasyon, Yaşam Kalitesi, Atriyal Fibrilasyon Semptomları, Atriyal Fibrilasyon Şiddeti

ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE ATRIAL FIBRILLATION EFFECT ON QUALITY-OF-LIFE QUESTIONNAIRE

**Güneş F. Aydın Adnan Menderes University Health Sciences Institute of Medical
Nursing Program Master Thesis, Aydın, 2019**

This study was conducted to determine the validity and reliability of the “Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire”, to assess the quality of life of patients with atrial fibrillation (AF) and to examine the factors associated with the quality of life.

The research was designed as a cross-sectional and methodological study. A total of 204 patients who were followed-up at Aydın State Hospital Cardiology Service, Neurology Service and Cardiology Outpatient Clinic due to AF diagnosis and who were aged 18 years and over were included in the study. The research sample was created by considering to involve at least 10 individuals per question in validity-reliability studies. The data were collected using the structured question form, the AFEQT questionnaire, and the University of Toronto Atrial Fibrillation Severity Scale (AFSS). In the analysis of the data, mean±standard deviation, median, mode, number, percentage distributions, student t-test, factor analysis, Cronbach's Alpha, item-total correlation and Pearson correlation analysis were used.

To provide language equivalence and cultural adaptation of the questionnaire, it was translated into Turkish, retranslated, presented to the expert panel and pre-applied.

Internal consistency, item-total correlation, and total-subscale correlation analyses were performed to determine the reliability of the questionnaire. Cronbach's alpha coefficient value of the questionnaire was calculated as 0.91. It was determined that the item-total correlation coefficient values were between 0.36-0.91 and that the total-subscale correlation coefficient values were between 0.26-0.81. The AFEQT questionnaire was determined to be reliable according to the results of the analysis.

Construct, discriminant and concurrent validity analyses were performed in order to determine the validity of the questionnaire. According to the results of the factor analysis, it was determined that factor values were between 0.37-0.94 and they were divided into four

subscales in terms of significance. For the discriminant validity, the evaluation was made in terms of risk factors of AF that are age, sex, HT, DM, CVD, renal diseases, lung diseases, coronary failure and infarction and the significance was determined. For the concurrent correlation analysis, the significance was determined.

In conclusion, the validity and reliability of the AFEQT questionnaire were approved for Turkish society. In addition, the quality of life of the patients with AF, who were included in the research, was found to be low. It is suggested that AFEQT questionnaire can be used for the assessment of the quality of life of patients with AF.

Keywords: Atrial Fibrillation, Quality Of Life, Atrial Fibrillation Symptoms, Atrial Fibrillation Severity

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Atriyal fibrilasyon (AF), “atriyumlarda sinoatriyal (SA) düğüm hariç, farklı birçok ektopik odaktan uyarıların çıkması sonucu, atriyumların istemsiz ve düzensiz kasılmasına neden olan klinikte en sık gözlenen ritim bozukluğu” olarak tanımlanmaktadır (Badır A, 2011; Clinical Guidline, 2014;Ulus ve ark, 2018).

Sinoatriyal düğümden çıkan uyarının, düzgün bir şekilde atriyumlarda dağılması ve ilerlemesi gerekirken, AF’de birçok farklı noktadan aynı anda ve birden fazla uyarı meydana gelmektedir. Atriyumlarda meydana gelen düzensiz uyarıların sayısı dakikada 450 ila 700 atımı bulabilmektedir. (Cleveland Clinic, 2009; Yaylak B, 2009; Çitçi O, 2015). Ortaya çıkan uyarılar atrioventriküler (AV) düğüm boyunca ilerlemek için birbiriyle yarışmaktadır. Atrioventriküler düğüm, ventriküllere ulaşacak olan uyarıların sayısını sınırlamasına rağmen yine de birçok uyarı hızlı ve karmaşık olarak ventriküller boyunca ilerlemektedir (Cleveland Clinic, 2009; Çitçi O, 2015; Ulus ve ark, 2018).

Atriyal fibrilasyon, Dünya’da prevalans ve insidansı yaş ile birlikte giderek artan global bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Patel ve ark, 2018; Ganz ve Spragg, 2018). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) 2017 yılında, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) tahmini olarak 2.7-6.1 milyon kişinin AF’li hasta olduğunu bildirilmektedir (CDC,2017). Ülkemizde yapılan “Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri” (TEKHARF) kohort çalışmasında, yetişkin AF’li hasta insidansının 35 bin (bunun 22 bininin kadın), prevalansının ise 310 bin (200 binin kadın) olduğu rapor edilmiştir (Uyarel ve ark, 2008).

Atriyal fibrilasyonlu bireylerin hissettikleri belirtiler genelde; çarpıntı, baş dönmesi, uykuya eğilim, anksiyete, huzursuzluk, halsizlik, psikososyal stres, senkop, egzersiz durumunda azalmış vücut toleransyonu, göğüs ağrısı, göğüste bası ve nefes darlığı hissi v.b. olmaktadır. Fakat klinikte gözlemlenen belirtiler, daha çok altta yatan sebeplere ve ventriküllerin kasılma hızına bağlı olarak hastadan hastaya değişebilir ya da birçok bireyde bu belirtiler belirgin olmayabilir (Acıbuca A, 2015; Yanartaş ve ark, 2015; Adalet K, 2017; İltuş ve Karadakovan,2017). Asemptomatik hastalar, emboli atma (inme, miyokart

infarktüsü vb.) veya kalp yetmezliği gibi AF ile ilişkili ciddi komplikasyonlar geliştikten sonra tanı alabilir (Erdil Ülgen S, 2017; Uncu H, 2017).

Hastalarda AF, bilişsel bozukluklar, kalp yetmezliği, sol ventrikül fonksiyon bozukluğu, tromboemboli ve nörolojik problemler (inme) gibi mortaliteyi artıran ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Uyarel ve ark, 2008; Aksun ve ark, 2017; Karakaya Kabukçu ve ark, 2017) Kardiyovasküler ve serebravasküler hastalıklar AF'ye bağlı ortaya çıkan sağlık sorunlarının başında gelmektedir (Türkmen ve ark, 2015).

Klinik özelliklerine göre, (aritminin seyri, atriyal elektriksel aktivite dağılımı, süresi) Amerikan Kalp Derneği (AHA), Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Amerikan Kardiyoloji Derneği (ACC) AF'nin sınıflandırmasını paroksizmal, persistant ve permanant olarak 3 grupta kategorize etmişlerdir (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010; Dönmez İ,2016; Erdil Ülgen S, 2017).

Atriyal fibrilasyonu olan veya olduğu düşünülen tüm hastalara kapsamlı bir fizik muayene yapılması ve kardiyak aritmi yönünden ayrıntılı bilgi toplanması gerekmektedir. (Camm ve ark, 2010; Özlü İ, 2018). Hastadan bilgiler toplandıktan sonra ayrıntılı tanılama yöntemlerine (elektrokardiyogram=EKG, holter monitörü ve portatif olay kaydedici monitör) başvurulmalıdır. Bu tetkikler yapıldıktan sonra kesin tanıya gidilebilmektedir (Camm ve ark, 2010).

Tanı konulduktan sonra, tedavi yönetiminde ilk olarak AF'nin ortaya çıkmasına neden olabilecek ve tedavi edilebilir etmenlerin [sıvı elektrolit dengesi bozuklukları (hipokalemi, hipomagnezemi), sıvı-volüm dengesizliği, doku oksijen perforasyonun bozulması, asit-baz bozuklukları, kanama ve enfeksiyonlar] varlığı değerlendirilmelidir. Bu durumların tedavi edilmesi AF'nin ortadan kalkmasını sağlayabilmektedir (Camm ve ark, 2010; Aksun ve ark, 2017).

Atriyal fibrilasyon atağının başlanmasından sonraki ilk 48 saat tedavi yönetimi açısından önem taşımaktadır. Bu zaman süresinden sonra ritmin kendiliğinden sinüs ritmine dönme olasılığı azalmaktadır (İltuş ve Karadakovan, 2017). Kendiliğinden sinüs ritmine dönmeyen ve birkaç haftayı geçen belirtilerle seyreden AF'de ventriküllerin kasılma hızını kontrol altına almak ve tromboembolilerin önlenmesi önem kazanmaktadır (Özin B, 2004; Camm ve ark, 2010; İltuş ve Karadakovan, 2017). Uzun süreli AF'ler de ise ritmin yeniden sağlanması önemli olmaktadır (Camm ve ark, 2010). Atriyal fibrilasyonda ritim kontrolü,

hız kontrolü ve antikoagulan olmak üzere 3 tedavi yöntemi kullanılmaktadır (Camm ve ark, 2010; Aksun ve ark, 2017).

Kalbin hız kontrolünde AV düğümü bloke edici ilaçlar, ritim kontrolünde ise medikal tedavi, kardiyoversiyon ve ablasyon tedavisi uygulanmaktadır. Bu yöntemler haricinde pacemaker yöntemi de kullanılabilir (İltuş ve Karadakovan, 2017). AF'li hastalarda trombüs ve embolilerin önüne geçmek amacıyla asatil salisalik asit, klopidogrel, warfarin ve yeni nesil oral antikoagulanlar vb. kullanılmaktadır (Demirel ve Uzun, 2018).

Kardiyak hastalıklar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliğine neden olmasından ve ortaya çıkan semptomlarından dolayı bozulmuş yaşam kalitesine neden olmaktadır(Camm ve ark, 2010; Dural ve Görenek, 2017). AF'li bireylerde 6 aydan fazla sürebilen depresyon, anksiyete gözlenebilmekte ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Kültürsay H, 2013). Atriyal fibrilasyonlu hastalarda hız ve ritim kontrolü sağlandıkça yaşam kalitesinde yükselme olmaktadır. (Camm ve ark, 2010; Suman I, 2013).

Atriyal fibrilasyonun neden olduğu kısıtlanmalardan dolayı (bedensel, ruhsal ve çevreye uyum yönünden) çok yönlü olarak bireyler etkilemektedir. Bu etkilenmelere bağlı olarak bireyin yaşam kalitesinde azalma meydana gelmektedir. Bireylerin hissettiği çarpıntı atakları bireylerde endişe uyandırabilmekte ve günlük faaliyetlerin gerçekleşmesini engellemektedir. Özellikle yürüme, koşma, merdiven çıkma, herhangi bir eşya taşıma, eğilme, doğrulma gibi fiziki güç gerektiren aktivitelerde zorlanma olmaktadır. Bireyler her an başlayacak çarpıntı ataklarından endişelenmekte, tedirginlik yaşamakta ve kısıtlamalara gitmektedirler (Camm ve ark, 2010).

Atrial fibrilasyonu ve yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler sınırlı sayıda bulunmaktadır. Spertus ve ark. (2010) tarafından geliştirilen AFEQT ölçeği AF'li hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesine olanak sağlamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; “Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi”nin (Atrial Fibrillation Effect on QualiTy-of-life (AFEQT) Questionnaire) geçerlilik ve güvenilirliğini saptamak, atriyal fibrilasyonlu hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri incelenmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Atriyal Fibrilasyon Tanımı

Atriyal fibrilasyon, “atriyumlarda SA düğüm hariç birçok ektopik odaktan dakikada 450-700 uyarının çıkması sonucu, atriumların düzensiz kasılmasına neden olan ve klinikte en sık gözlenen ritim bozukluğu” olarak tanımlanmaktadır (Badır A, 2011; Clinical Guideline, 2014; Tuğrul O, 2016; Ulus ve ark, 2018). Kalpte elektriksel ritim SA düğüm tarafından yönetilmektedir, ancak AF’de atriyumlarda aynı anda birçok farklı noktadan çıkan uyarı; çok hızlı, düzensiz ve geliş güzel depolarize bir ritim meydana gelmesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda, atriyumlarda etkili ve tam bir kasılma gerçekleşemez ve/veya kanın tamamı ventriküllerin içine boşaltılamaz (Badır A, 2011; Clinical Guideline, 2014; CDC, 2017). AF’de ortaya çıkan bazı vurular ventriküllere iletilemez ve böylece apexden alınan nabız sayısı ile periferik nabız sayısı arasında fark olur (Badır A, 2011; İltuş ve Karadakovan 2017).

AF’de hızlı ve düzensiz kalp atımları; göğüste ağrı, nefes darlığı ve yorgunluğa neden olmakla birlikte ölüm, inme ve diğer tromboembolik olayların görülme sıklığını da artırmaktadır (Diker ve Özin, 2007; Camm ve ark, 2010; Memiş ve ark, 2018). AF, akut iskemik inmeye sebep olan tromboembolilerin önde gelen sebeplerinden biridir. AF’li hastalarda, tromboemboli veya inme geçirme olasılığı %20 olarak bildirilmektedir (Welton ve ark, 2017; Demir ve Karaoğlan, 2018; Göksülük ve ark, 2018; Curry ve Hall, 2018). Meydana gelen tüm inmelerin $\frac{1}{3}$ AF’den kaynaklandığı, prognozunun ise diğer inme vakalarına göre daha kötü ve rekürans riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Göksülük ve ark, 2018; Göksülük ve Güleç, 2018).

Hastaların bir kısmı göğüste ağrı, düzensiz kalp atışı, çarpıntı hissi, senkop, baş dönmesi, nefes darlığı ve aşırı yorgunluk gibi şikâyetler ile hastaneye başvururken, bazı bireyler bu belirtileri hissetmeyebilir ve rutin kalp kontrollerinde AF saptanabilir (Diker ve Özin, 2007; CDC, 2017).

2.2. Atriyal Fibrilasyonun Epidemiyolojisi

Atriyal fibrilasyon, Dünya’da prevalans ve insidansı yaş ile birlikte giderek artan genel bir sağlık sorunudur. Toplum temelli çalışmaların (n=184) sistematik

değerlendirilmesi sonucunda, Dünya genelinde 2010 yılında 33.5 milyon bireyin AF'li olduğu rapor edilmiştir (Taggar ve ark, 2016; Patel ve ark, 2018; Ganz ve Spragg, 2018). Çalışma sonuçlarına göre, 2030 yılında AF hasta sayısının 2 katına çıkması beklenmekte ve yaygın bir hastalık olacağı ileri sürülmektedir (Patel ve ark, 2018).

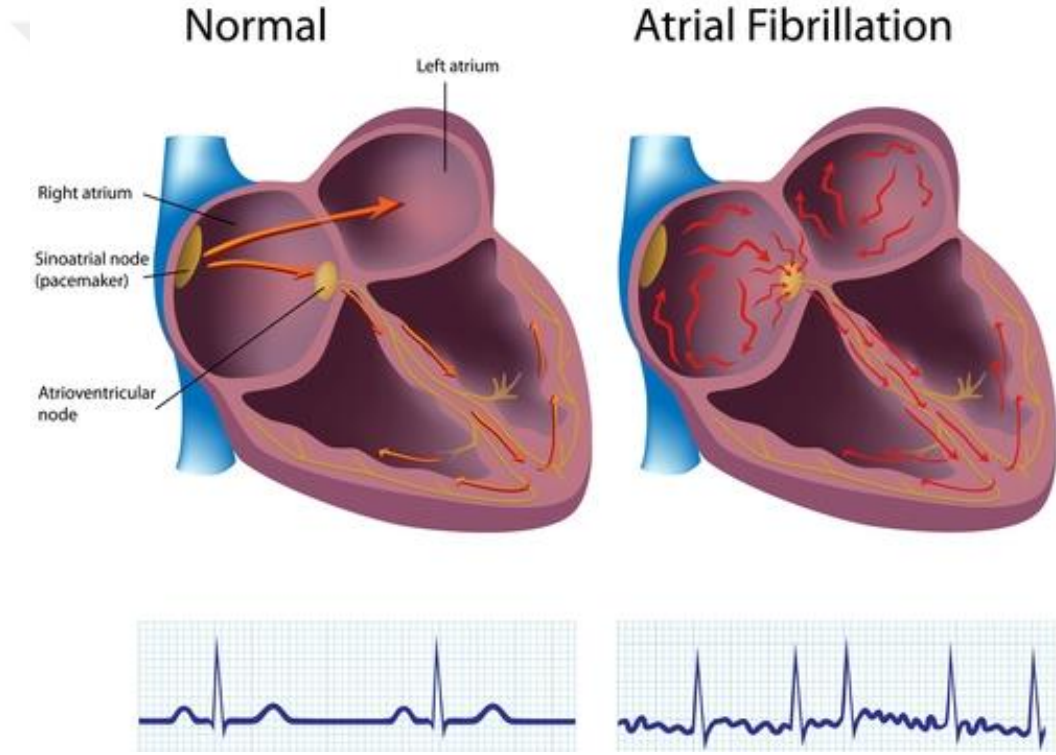
Nüfustaki yaşlanma artıkça, Dünya genelinde AF'li hasta sayısının artacağı, 2050 yılına kadar ABD'de 6 ila 12 milyon insanın, 2060 yılına kadar Avrupa ülkelerinde 17.9 milyon insanın etkileneceği öngörülmektedir (Morillo ve ark; 2017). Avrupa'da, AF'li hasta sayısının %1-2 oranında tespit edildiği bildirilmektedir (Ceornodolea ve ark, 2017). CDC 2017 yılında, ABD'de tahmini olarak 2,7-6,1 milyon kişinin AF'li olduğunu bildirilmektedir (CDC,2017). Ülkemizde yapılan TEKHARF kohort çalışmasında ise yetişkin AF'li hasta insidansının 35 bin (bunun 22 bininin kadın), prevelansının ise 310 bin (200 binin kadın) olduğu rapor edilmiştir (Uyarel ve ark, 2008).

2.3. Atrial Fibrilasyonun Fizyopatolojisi

Kalbin, kasılarak dolaşıma kan pompalamasını sağlayan kendine özel ileti sistemi mevcuttur. Otonom sinir sisteminin kalbin ileti (aksiyon potansiyeli) oluşturma mekanizması üzerine bir etkisi yoktur (Badır, A. 2011, Yaman E. 2014; Tuğrul O, 2016). Parasempatik sinir sisteminden başlayarak nervus vagus aracılığı ile kalbe gelen lifler; kalp hızını (atriumlardan ventriküllere geçen iletinin hızını) yavaşlatmada görev alır. Sempatik lifler ise spinal korddan çıkan servikal sempatik lifler ve 4-5 torasik omurdan çıkan torasik sempatik sinirler aracılığı ile kalbe taşınır. Sempatik sinir sistemi parasempatik sinir sisteminin aksine kalp atım hızını, kasılma gücünü ve AV iletiyi artırır (Badır, A. 2011; Aydın F, 2011). AF atağı başlangıcından önce sempatik ve parasempatik sinir sistemi aktivasyonunda bir artış olduğu belirtilmiştir (Tuğrul O, 2016).

Kalbin kendine özel ileti sisteminde, uyarı çıkarma merkezi "SA düğüm" bulunur. Bu merkez, normal şartlarda dakikada 60-100 uyarı çıkarmaktadır. Bu uyarılar atriyumlarda bulunan uyarı yollarından geçerek, AV düğümüne ulaşır. Atrioventriküler düğümüne gelen uyarı, his demetlerinden ilerler ve purkinje liflerine ulaşır. Bu lifler kalbin perikardını, miyokardını ve daha sonra endokardını sararak kalbin kasılmasını sağlar (Badır, A. 2011; Beton ve Tandoğan, 2011).

SA düğümünden çıkan uyarının, düzgün bir şekilde atriyumlarda dağılması ve ilerlemesi gerekir. Ancak AF'de, atriyumlarda birçok farklı noktadan aynı anda ve birden fazla uyarı meydana gelmekte ve bu uyarılar atriyumların içine yayıldıktan sonra AV düğümüne ulaşmaktadır. Atriyumlarda meydana gelen düzensiz uyarıların sayısı dakikada 450 ila 700 atımı bulabilmektedir (Cleveland Clinic, 2009; Yaylak B, 2009; Çitçi O, 2015) (Resim-1). Bu uyarılar AV düğüm boyunca ilerlemek için birbiriyle yarışmaktadır. AV düğüm, ventriküllere ulaşacak olan uyarıların sayısını sınırlamasına rağmen yine de birçok uyarı hızlı ve karmaşık olarak ventriküller boyunca ilerlemektedir. Uyarıların düzensiz olması nedeniyle, ventriküller düzensiz bir şekilde kasılarak hızlı ve düzensiz bir kalp ritmi ortaya çıkmaktadır (Cleveland Clinic, 2009; Çitçi O, 2015).



Resim 1. Kalbin normal ve AF'deki elektriksel iletişi (<https://www.cdc.gov>)

AF'nin patofizyolojisi iç içe geçmiş mekanizmalar nedeniyle oldukça karmaşık olup belirsizlikler mevcuttur (Doğan A, 2009; Tuğrul O, 2016; Altuntaş ve Çiftçi; 2017). AF'nin ortaya çıkmasında rol oynayabilecek bazı durumlar; kalbin atriyumlarında kasılma gücünü kısmi olarak kaybetmiş hücreler, kalpte fibroz dokuların olması, kalpte iletim anormalliklerinin bulunması, kalbin kasılma süresinde kısalma veya artma olması gibi anatomik ve elektro-fizyolojik durumlar olabilmektedir. AF varlığında zaman içinde sol atriyumda hem yapısal hem de elektro-fizyolojik bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Bu

bozulmalara “atriyal yeniden biçimlenme = remodeling” denilmekte ve bozulmalar geriye döndürülebilmektedir (Doğan A, 2009; Tuğrul O,2016).

Elektriksel yeniden biçimlenme aşamasında, atriyal efektif kasılma periyodu (ERP) kısalarak, kasılma hız adaptasyonu bozulur ve uyarı gecikir. Yapısal olarak yeniden biçimlenmede ise atriyal fibrozis ve/veya atriyal genişleme olur(Doğan A, 2009; Ural D, 2010; Tuğrul O, 2016). Yalnız AF’si olan hastalarının atriyal biyopsilerinde fibrozis doku gözlenmiş ve fibrozis doku derecesi ile AF görülme riskinin arttığı saptanmıştır. Fibrozis, atriyumlarda hızlı, dağınık ve sürekli iletilerin ortaya çıkmasına neden olmakta ve AF’nin kronikleşmesine zemin hazırlamaktadır (Doğan A, 2009;Tuğrul O, 2016).

AF tanısı konulmadan önce gözlemlenen fizyopatolojik değişimler, ortaya çıkan yapısal kalp hastalıkları, ventriküllerde ve atriyumlarda yavaş yavaş progresif bir yapısal yeniden şekillenme evresini tetikleyebilmektedir (Bozbaş H, 2009; Camm ve ark, 2010; Karaaslan MB, 2018). Atriyumlarda, fibroblastların miyofibroblastlara proliferasyonu ve farklılaşması, atriyum dokuları içinde bağ dokusu birikimi ve dokularda meydana gelen fibrozis bu sürecin belirgin özellikleridir (Camm ve ark, 2010; Ulus ve ark, 2018). Yapısal olarak ortaya çıkan yeniden şekillenme, kas demetleri ve lokal iletim heterojeniteleri arasında elektriksel ayrışmaya neden olarak AF’nin ortaya çıkması ve devamlılık kazanmasını kolaylaştırmaktadır (Camm ve ark, 2010; Karaaslan MB, 2018). Bu duruma bağlı olarak elektroanatomik yüzey aritmiyi stabilize edebilen bir sürü küçük reentran devrenin oluşmasına izin vermektedir. (Aslan ve Güneri; 2002; Camm ve ark, 2010; Karaaslan MB, 2018)

AF fizyopatolojisini açıklamak adına iki teori ortaya sürülmüştür. Bunlar; (1) multiple reentran dalga hipotezi ve (2) otonomik fokus teoridir. Multiple reentran dalga hipotezinde; jeneralize şekilde bütün atriyum dokusunda iletim anomolisi olduğu kabul edilir (Sarı ve ark, 2014). Bu anomoliye bağlı olarak farklı yönlere doğru ilerleyen dalgalar birbirleriyle etkileşime girerek dalga kırılmasına, bu olayın sonucunda da yeni dalga oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir. Başlatıcı neden ne olursa olsun devam ettirici mekanizmanın bu olduğu düşünülmektedir. (Karaaslan MB, 2018). Otonomik fokus teorisi ise ilk olarak Haissequerre ve ark. tarafından ortaya atılmıştır. Bu teori, pulmoner ven ağzlarına uygulanan katater ile yakma işlemi sonucunda AF’nin sinus ritmine çevrildiğinin görülmesiyle önem kazanmıştır (Haissequerre ve ark, 1998; Sarı ve ark, 2014). AF’yi

başlatan aktivitelerin %94'lük kısmının pulmoner venler olduğu ortaya atılmıştır (Haissequerre ve ark, 1998; Karaaslan MB, 2018).

Sonuç olarak, kalbin atriyumlarında meydana gelen bu yapısal ve elektriksel değişiklikler, hem AF'nin oluşmasına, hem de onun süreklilik kazanmasına yol açabilir.

2.4. Atriyal Fibrilasyona Neden Olan Risk Faktörleri

AF'nin oluşmasına sebep olan tek bir neden yoktur. AF gelişme riski yaşlanma ile birlikte (özellikle 60 yaşın üstündeki bireylerde) artış gösterir. AF gelişmesinde en sık rol oynayan majör risk faktörleri;

- Hipertansiyon,
- Koroner arter hastalığı,
- Kalp kapak hastalığı,
- Kronik akciğer hastalıkları,
- Kalp yetmezliği,
- Kardiyomiyopati,
- Konjenital kalp hastalığı ve
- Pulmoner emboli sayılabilmektedir (Cleveland Clinic, 2009; CDC 2017; Aksun ve ark, 2017; Wasmer ve ark, 2017; Curry ve Hall,2018; Erdiñç ve ark, 2018).

Diğer risk faktörleri arasında; genetik yatkınlık, hipertiroidizm, perikardit, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, geçirilmiş inme, önceden kardiyotorasik cerrahi, diyabet, kronik böbrek hastalığı, obezite, uyku apnesi ve viral enfeksiyonların olabileceği düşünülmektedir (Cleveland Clinic, 2009; CDC 2017; Aksun ve ark, 2017; Curry ve Hall,2018; Erdiñç ve ark, 2018).

Ancak ortaya çıkan vakaların en az %10'unda altta yatan herhangi bir kalp hastalığı bulunmamaktadır. Bu vakalarda, alkol, aşırı kafein tüketimi, stres, bazı ilaçlar, elektrolit dengesizlikleri, metabolik dengesizlikler ve şiddetli enfeksiyonların tetikleyici olabileceği bildirilmektedir (Cleveland Clinic, 2009).

Yanartaş ve ark. 2015 yılında yayınladıkları bir makalede, kalp cerrahisi ameliyatlarından sonra AF gelişme sıklığının %11-40 olduğunu belirtmişlerdir.

2.5. Atriyal Fibrilasyonun Belirti ve Bulguları

AF'li bireylerin hissettikleri belirtiler genelde; çarpıntı, baş dönmesi, uykuya eğilim, anksiyete, huzursuzluk, halsizlik, psikosozyal stres, senkop, egzersiz durumunda azalmış vücut toleransyonu, göğüs ağrısı, göğüste bası ve nefes darlığı hissi v.b. olmaktadır. Fakat klinikte gözlemlenen belirtiler, daha çok altta yatan sebeplere ve ventriküllerin kasılma hızına bağlı olarak hastadan hastaya değişebilir ya da birçok bireyde bu belirtiler belirgin olmayabilir (Acıbuca A, 2015; Yanartaş ve ark, 2015; Adalet K, 2017; İltuş ve Karadakovan,2017). Asemptomatik hastalar, emboli (inme vb.) veya kalp yetmezliği gibi AF ile ilişkili ciddi komplikasyonlar geliştikten sonra tanı alabilir (Erdil Ülgen S, 2017; Uncu H, 2017).

Klinik muayenede; AF'de apikal nabız ile periferik nabız arasında ritim sayısı olarak fark bulunabilmektedir. Elektrokardiyografide (EKG) düzensiz ritim mevcuttur. Bu ritimde; ayırt edilebilecek derecede P dalgaları görülmez ve RR aralıklarının uzunlukları farklıdır. P dalgaları yerine hızlı, düzensiz, birbirinden farklı tipte ve yüksekliklerde fibrilasyon dalgaları görülür (Resim-2) (İltuş ve Karadakovan,2017)

Bireylerdeki semptomların günlük aktiviteleri etkileme durumunu ve tedaviye yanıtı değerlendirmek amacıyla, Avrupa Kalp Ritim Derneği (EHRA) “*EHRA Semptom Skalası*”nı oluşturmuştur. Bu skala, semptomların hastanın günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeylerine göre dört evrede sınıflandırılmıştır. Bu skala 2016'ında AF klavuzun'da modifiye edilerek verilmiştir (Tablo 1) (Camm ve ark, 2010; Wynn ve ark, 2014; Kirchhof ve ark 2016; Özdemir M, 2017; Karaaslan MB, 2018).

Tablo 1. EHRA modifiye semptom skalası

Modifiye EHRA skor	Semptom	Açıklama
1	Yok	AF semptoma neden olmamaktadır
2a	Hafif	Hasta semptomlardan rahatsız olmaz ve normal günlük aktiviteler etkilenmez.
2b	Orta	Hasta semptomlardan rahatsızlık duyar fakat normal günlük etkinlikler etkilenmez.
3	Şiddetli	AF ilişkili semptomlar normal Günlük Aktiviteyi etkilemektedir.
4	İleri derece	Normal günlük aktivite gerçekleştirilememektedir.

Kaynak: (Kirchhof ve ark 2016; Karaaslan MB, 2018)

2.6. Atriyal Fibrilasyonun Komplikasyonları

Atriyal fibrilasyon hastalarda, bilişsel bozukluklar, kalp yetmezliği, sol ventrikül fonksiyon bozukluğu, tromboemboli ve nörolojik problemler (inme) gibi mortaliteyi artıran ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Uyarel ve ark, 2008; Aksun ve ark, 2017; Karakaya Kabukçu ve ark, 2017) AF'ye bağlı ortaya çıkan sağlık sorunlarının başında kardiyovasküler ve serebravasküler hastalıklar gelmektedir (Türkmen ve ark, 2015).

Atriyal fibrilasyonlu bireylerde, atriyumların etkin kasılmamasına bağlı olarak kanın dolaşımında yavaşlamasından dolayı trombüs ve emboli oluşma riski yüksektir. AF'li hastalarda en fazla görülen tromboembolik durum serebravasküler inmedir (tromboembolik durumların $\frac{2}{3}$) (Akyol A, 2010; Kültürsay H, 2013; Demir ve ark, 2015). AF varlığı iskemik inme geçirme riskini 4-5 kat artırmaktadır (Kültürsay H,2013; Tokgözoğlu ve Görenek, 2016; İltuş ve Karadakovan, 2017). AF'ye bağlı gelişen inmelerin prognozu diğer sebeplerden kaynaklanan inmelere oranla daha kötü seyretmekte ve tekrarlama riski yüksek olmaktadır (Başaran ve ark, 2014; İltuş ve Karadakovan,2017; Göksülük ve ark, 2018). Ayrıca, AF'ye bağlı gelişen inmeler diğer inmelerle karşılaştırıldığında geri dönüşümsüz organik hasarlar ve ölümlere daha çok neden olmaktadır (Ersoy B, 2014).

Atriyal fibrilasyon, bulunan hastalarda bulunmayanlara göre, ölüm riski iki, kalp yetersizliği gelişme riski üç, demans olma riski iki kat artışı öne sürülmüştür. (İltuş ve Karadakovan, 2017).

Kalp debisinin azalması ve hızlı bir şekilde oluşan ventrikül yanıtı sonucunda kalbin oksijen tüketimi artmaktadır. Bu durum, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Uyarel ve ark. 2008; Aksun ve ark, 2017)

2.7. Atriyal Fibrilasyon Tipleri

Klinik özelliklerine göre, (aritminin seyri, atriyal elektriksel aktivite dağılımı, süresi) AHA, ESC ve ACC AF'nin sınıflandırmasını paroksizmal, persistent ve permanent AF olarak 3 grupta kategorize etmiştir (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010; Dönmez İ, 2016;Erdil Ülgen S, 2017).

İlk defa AF görülen her birey, yaşanan aritminin süresinden, AF'nin klinik semptomların varlığından ve şiddetinden bağımsız olarak, ilk kez tanı alan AF'li hasta

olarak kabul edilir (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010; Dönmez İ, 2016). Burada esas unsur AF'nin klinisyen tarafından ilk defa saptanmış ve raporlanmış olmasıdır (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010).

Paroksizmal AF: *“Genellikle 48 saat içinde kendi kendine bir tedavi uygulanmadan sonlanan ya da 7 güne kadar devam eden AF”* tipi olarak tanımlanmaktadır (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010; Duman ve Ark 2015; Dönmez İ, 2016). 48 saatlik zaman dilimi AF'de klinik açıdan önemlidir. 48 saatten sonra, spontan olarak sinüs ritminin geriye dönme olasılığı düşüktür (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010). Bu süreden sonra, antikoagülasyon tedavi düşünülmelidir (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010; Akıllı ve Demir, 2017). Paroksizmal AF'nin asıl nedeni pulmoner ven dallarında görülen ektojik aktivitedir (Oğul ve Eren 2013).

Persistent (Israrıcı) AF: *“Yedi günden uzun süren AF atağı”* olarak tanımlanmaktadır Persistent AF'de kardiyoversiyon veya farmakoloji tedavi gerekebilir. (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010; Özlü İ, 2018).

Uzun süreli ısrarcı AF: *“Ritim ve hız kontrol tedavisinin başlanmasına rağmen bir yıl boyunca devam eden AF tipi”* olarak tanımlanmaktadır. (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010; Özlü İ, 2018).

Kalıcı (Permenant) AF: *“Farmakolojik veya elektriksel kardiyoversiyon tedavisi ile sinüs ritmine bir yılda dönmeyen uzun süreli aritmidir. Aritminin varlığı hekim ve hasta tarafından kabul edildiği AF tipi”* olarak tanımlanmaktadır (Solak S, 2010; Camm ve ark, 2010).

2.8. Atriyal Fibrilasyonda Tanılama

AF'si olduğu düşünülen tüm hastalara kapsamlı bir fizik muayene yapılmalı ve kardiyak aritmi yönünden ayrıntılı bilgi toplanmalıdır (Sınıf 1 Düzey C) (Camm ve ark, 2010; Özlü İ, 2018).

Bu bilgi toplama işleminde hastada;

- Kalp ritmini düzenli mi yoksa düzensiz mi hissediyor?
- Kalp ritmini hızlandıran durumlar var mı? (Egzersiz, heyecan, alkol vb.)
- Çarpıntı başlamasından bitene kadar geçen süre ne kadar?
- Çarpıntı atakları hangi sıklıkla ortaya çıkıyor?
- Atakların şiddeti ne kadar?
- AF'ye neden olabilecek risk faktörü var mı? (HT, kalp yetmezliği, periferik damar hastalığı, inme, DM, kronik pulmoner hastalık vb.)
- Aile bireylerinde AF öyküsü olan biri var mı? Gibi durumların varlığı değerlendirilmelidir. (Camm ve ark, 2010).

Fizik muayenede tespit edilen bulgular;

- Nabızda düzensizlik
- Defisit nabızın olması
- Apikal Nabız dinlenirken kalp sesi (S1) değişikliğinin olması vb. gözlenebilir (Özli İ,2018).

Hastadan bilgiler toplandıktan sonra ayrıntılı tanılama yöntemlerine başvurulmalıdır. Elektrokardiyogram (EKG), holter monitörü ve portatif olay kaydedici monitör tetkikleri yapıldıktan sonra kesin tanıya gidilmelidir (Camm ve ark, 2010).

2.8.1. Elektrokardiyogram (EKG)

Düzensiz hissedilen bir nabız her zaman AF şüphesini oluşturmalı ve tanının kesin olarak konulabilmesi için 12 derivasyonlu bir EKG cihazından kayıt alınmalıdır (Camm ve ark, 2010).

EKG görüntüsünde ilk olarak dikkat edilmesi gereken kalp atım hızıdır, AF atağın da normalden fazla kalp atım hızı gözlenir. AF'li hastalarda EKG görüntüsünde P dalgaları yoktur yerine düzensiz ve değişik olan fibrilasyon dalgaları mevcuttur, ORS kompleksleri

düzensiz ve genişir, RR aralıklarının uzunlukları birbirinden farklıdır (Resim 2) (Oto A, 2003; Karakaya Kabukçu, 2017)

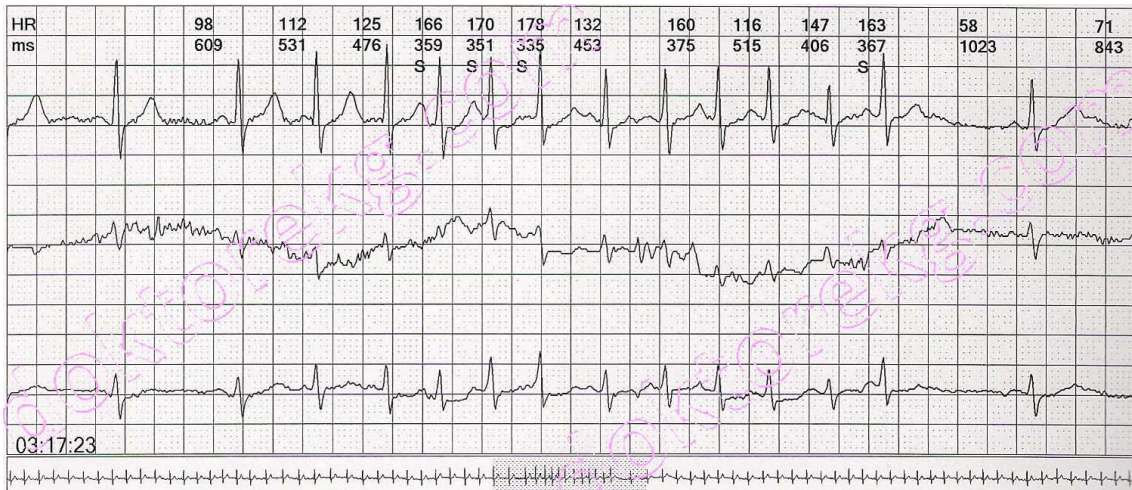


Resim 2. AF'nu olan bireyin EKG görüntüsü(<http://www.metealpaslan.com/ekg/000006-01.htm>)

65 üstü bireylerde fırsatçı AF yönünden nabız muayenesi ve 30 saniye süren 12 derivasyonlu EKG kaydının alınmalıdır (Sınıf 1 Kanıt Düzeyi B) (Kirchhof ve ark, 2016; Özdemir M, 2017).

2.8.2. Holter Monitörü

Küçük bir kayıt cihazı, 1 ila 3 gün boyunca kalp atımlarını kayıt eder. Göğüs duvarı üzerine elektrotlar takılır. Elektriksel uyarılar monitöre kayıt edilir. Süreç tamamlandığında elektriksel uyarılar değerlendirilir (Resim 3) (Camm ve ark, 2010).



Resim 3. Holter monitörü kaydında kısa süreli atriyal fibrilasyon atağı (<http://www.metealpaslan.com/ekg/000006-03.htm>)

Geçici iskemik atak (GİA) veya iskemik inme geçirmiş olan bireylere öncelikle EKG kaydı ve ardından 72 saat süren Holter monitörizasyonunun yapılması tavsiye olmaktadır (Sınıf 2 Kanıt Düzeyi B). Bazen hastalar asemptomatik olarak gözlemlenebilmektedir ve bu

hastalarda en az 48 saat süreyle holter monitorizasyonu önerilmektedir(Sınıf 1 Kanıt Düzeyi B Olarak) (Kirchhof ve ark, 2016; Özdemir M, 2017. Aksun ve ark, 2017).

2.8.3.Portatif Olay Kaydedici Monitör

Semptomları daha az olarak gözlemlenen hastalarda kullanılan hastaların bir ay boyunca yanlarında taşıdığı monitördür. Birey semptomları hissettiği anda monitörü etkinleştirir. Cihaz bir müddet boyunca kalbin elektriksel aktivitesini kaydeder. Portatif olay monitörü, semptomlara hangi ritmin neden olduğunu bulmada kullanışlı bir yöntemdir (Cleveland Clinic, 2009).

2.9. Atrial Fibrilasyonda Tedavi Yöntemleri

İlk olarak göz önünde bulundurulması gereken AF'nin ortaya çıkmasına neden olan ve tedavi edilebilir etmenlerin varlığının olup olmadığıdır. Sıvı elektrolit dengesi bozuklukları (hipokalemi, hipomagnezemi), sıvı- volüm dengesizliği, doku oksijen perforasyonunun bozulması, asit-baz bozuklukları, kanama ve enfeksiyon varlığı AF atağına neden olabilir. Bu durumların tedavi edilmesi AF'yi ortadan kaldırabilir (Camm ve ark, 2010; Aksun ve ark, 2017).

Tedaviye başlanmadan önce hastanın genel durumu değerlendirilmeli hasta hemodinamik olarak stabil durumda mı, AF başlangıcından itibaren ne kadar zaman geçti, inme riski mevcut mu sorularının cevapları aranmalıdır (Aksun ve ark, 2017).

AF tedavisinde göz önünde bulundurulacak 3 amaç bulunmaktadır. Bunlar;

- Normal bir kalp ritmini sinüs ritmine yeniden döndürmek,
- Kalp hızını kontrol altına almak,
- Oluşacak kan pıhtılarını önlemek ve inme riskini azaltmaktır (Camm ve ark, 2010; Aksun ve ark, 2017).

AF başlanmasından sonraki ilk 48 saat tedavi yönetimi açısından önem taşımaktadır. Bu zaman süresinden sonra ritmin kendiliğinden sinüs ritmine dönme olasılığı azalmaktadır (İltuş ve Karadakovan, 2017). Kendiliğinden sinüs ritmine dönmeyen ve birkaç haftayı geçen belirtilerle seyreden AF'de ventriküllerin kasılma hızını kontrol altına almak ve tromboembolilerin önlenmesi önem kazanmaktadır (Özin B, 2004; Camm ve ark, 2010;

İltuş ve Karadakovan, 2017). Uzun süreli AF'ler de ise ritmin yeniden sağlanması önemli olmaktadır (Camm ve ark, 2010). Kalbin hız kontrolünde AV düğümü bloke edici ilaçlar, ritim kontrolünde ise medikal tedavi, kardiyoversiyon ve ablasyon tedavisi uygulanmaktadır. Bu yöntemler haricinde pacemaker yöntemi de kullanılabilir (İltuş ve Karadakovan, 2017).

AF hastada kalp yetersizliğinin artmasına, hipertansiyona, vücut hemodinamiğinin bozulmasına neden oluyorsa erken kardiyoversiyon gerekli olabilmektedir.

Belirtileri minimal olan yaşlı hastalarda hız kontrolü yapılması önerilmektedir (sınıf 1 kanıt düzeyi A) (Camm ve ark, 2010; Kirchhof ve ark, 2016). Yaşlı hastalarda hız kontrolü tedavisi belirtilerde azalmaya sağlıyorsa sinüs ritmine döndürme işleminden vazgeçebilmektedir (Camm ve ark, 2010)

Tedavi de göz önünde bulundurulacak temel amaçlardan biri de kardiyovasküler mortalite morbiditenin azalmasını sağlamaktır. Bu amaca ulaşabilmek için AF'si olan bireylerde gözlemlenen belirtiler azaltılmalı, yaşam kaliteleri yükseltilmeli, ortaya çıkabilecek tromboembolik olaylar önlenmeli, hastaneye yatma ve yatış süresi azaltılmalıdır (İltuş ve Karadakovan, 2017).

2.9.1. Atriyal Fibrilasyonda Hız Kontrolü

Hemodinami yönünden stabil olan hastalarda ilk 24 saat içinde AF varlığında, hissedilen semptomlar genellikle hızlı ventrikül cevabına bağlı olarak ortaya çıkar. Uygulanacak olan tedavi hız kontrolü ve ardından antitrombolitik tedaviyi içermelidir (Camm ve ark, 2010; Bozkurt S, 2016; Aksun ve ark, 2017).

Belirtiler genellikle ventrikül hızının kontrol altına alınmasıyla minimal düzeye iner. Belirtileri gösteren hastalar için hedeflenen hız dakikada 80 atım ve altı iken belirti göstermeyen hastalarda 110 atım ve altıdır. Eğer tedaviye başlamadaki amaç sinüs ritminin yeniden sağlanması ise hız kontrol ilaçları izlem boyunca kesilmemeli ve ventrikül hızı yeterli düzeyde tutulmalıdır (sınıf 1 kanıt düzeyi A) (Camm ve ark, 2010; Kirchhof ve ark, 2016; Aksun ve ark, 2017).

Hastanın klinik durumuna bağlı olarak bazen hız kontrolü ilaçları yetersiz kalabilir ve ritim kontrol ilaçları ya da kardiyoversiyon ile tedavinin desteklenmesi gerekebilir (Camm ve ark, 2010; Kirchhof ve ark, 2016; Aksun ve ark, 2017).

Hız kontrolünde en çok tercih edilen ilaçlar; beta-blokerler (esmolol, metoprolol), kalsiyum antagonistleri (diltiazem, verapamil), digoksendir (Bozkurt S, 2016; Aksun ve ark, 2017). Beta bloker ilaçların negatif yönde inotropik etkileri bulunmaktadır. Beta bloker olan metoprolol içeren ilaçların 3 doz her 2-5 dakikada bir 5 mg olarak intravenöz yoldan yapılması, daha sonra 200 mg oral yoldan 12 saatte bir olarak alınması önerilmektedir (Bozkurt S, 2016; Aksun ve ark, 2017).

Dihidropiridin olmayan kalsiyum antagonistleri ise diltiazem; 0,25 mg/kg veya 10-20 mg, 2 dakika boyunca intravenöz yoldan ikinci doz ise 0,35 mg/kg'a kadar verilebilir, verapamil için 2,5-10 mg, 2 dakika boyunca intravenöz yoldan, 20 mg'lık bir toplam doz için her 15 dakika da bir tekrarlanabilir. Bu ilaçlar beta blokerlere oranla daha fazla hipotansiyon oluşturma etkisine sahiptir ve daha az endikedirler. Özellikle verapamilin hipotansif özelliği kullanımını sınırlamaktadır (Bozkurt S, 2016; Aksun v ark, 2017).

Pre-eksitasyonun eşlik etmediği akut durumlarda hipotansiyonu veya kalp yetersizliği olan hastalarda dikkatli olunmak suretiyle, AF'ye verilen ventrikül yanıtının yavaşlatılması için intravenöz β -blokerler veya non-dihidropiridin kalsiyum kanal antagonisti uygulaması önerilmektedir (Sınıf 1 Kanıt Düzeyi A) (Camm ve ark, 2010; Kirchhof ve ark, 2016).

Sol ventrikülde yetmezlik, kalp yetmezliği ve hipotansiyonun bulunduğu durumlarda digoxin tercih edilir fakat diğer ilaçlara göre etkinliği daha azdır (Aksun ve ark, 2017).

Amiodaron hasta preeksitasyon dönemine girmeden önce hız kontrolünde yararlı olabilmekte ve tercih edilebilmektedir. Akut durumda, AF, eşzamanlı kalp yetersizliği olan hastalarda ve hipotansiyon durumunda kalp hızının kontrol edilmesi için intravenöz amiodaron uygulaması düşünölmelidir (Sınıf 1 Kanıt Düzeyi B). Pre-eksitasyon durumunda ise tercih edilen ilaçlar anti aritmikler veya amiodarondur (Sınıf 1 Kanıt Düzeyi C) (Camm ve ark, 2010; Kirchhof ve ark, 2016; Bozkurt S, 2016).

Her an sinüs ritminin dönebileceği akılda tutulmalı fakat AF başlangıcından itibaren 24-48 saat geçmiş ise birey trombus ve tromboemboli geçirme riski açısından değerlendirilmelidir (Aksun ve ark, 2017).

Yeterli hız kontrolünün sağlanmasına rağmen belirtilerin devam ettiği hastalarda ritim kontrolü tedavisine geçilmesi gerekmektedir (sınıf 1 kanıt düzeyi B)(Camm ve ark, 2010).

2.9.2. Atriyal Fibrilasyonda Ritim Kontrolü

AF'li hastalarda ritimin sinüs ritmine döndürülmesiyle belirtilerin azaldığı görülmüştür. Ritim kontrol tedavisi; yeni başlayan AF ataklarında, genç hastalarda, hız kontrolü tedavisinin etkisiz olduğu durumlarda ve hız kontrol ilaçlarını tolere edemeyen hastalarda uygulanır. Uzun vadeli AF'si olan hastalarda sinüs ritminin tekrar kazandırılması daha zor olmaktadır (Christine ve Cutugno, 2015).

Ritim tedavisi hastanın yaşına, klinik durumuna, AF süresine ve AF tipine göre planlanmaktadır. Yapılacak olan ritim kontrol tedavileri; farmakolojik kardiyoversiyon (antiaritmik ilaçlar), elektriksel kardiyoversiyon ve ablasyon tedavisidir. Bu yöntemler tek başına uygulanabilirken, tedavi başarı durumuna göre kombine olarak uygulanabilir (Christine ve Cutugno, 2015; Aksun ve ark, 2017).

2.9.2.1. Atriyal fibrilasyonda farmakolojik kardiyoversiyon

AF atağının başlamasından itibaren ilk 48 saat içerisinde, hemodinamik açıdan stabil olan hastalarda heparin uygulandıktan sonra öncelikli olarak farmakolojik kardiyoversiyon denenmelidir (Sarı ve ark, 2014).

Farmakolojik kardiyoversiyonda önerilen ilaçlar hastada yapısal kalp hastalığı yok ise intravenöz yoldan ilk tercih edilecek ilaçlar flekainid, propafenon, vernakalant, dofetilide, kullanılmasıdır (sınıf 1 kanıt düzeyi A). Hastada koroner arter hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi, sol ventrikül fonksiyon bozukluğu, ciddi aort darlığı varsa veya diğer ilaçlar sinüs ritmine çevirmede başarısız kaldı ise intravenöz şekilde amiodorene verilmesi önerilir (sınıf 1 kanıt düzeyi A). Bu ilaçlar ritim üzerine direk etki etmelerinden dolayı tedavi sırasında monitör ile izlenmelidir (Sarı ve ark, 2014; Christine ve Cutugno, 2015; Kirchhof ve ark, 2016;Özdemir M, 2017).

Sinüs ritmi kazandırıldıktan sonra devamlılığı sağlamak için kullanılan en etkili ilacın amidorene olduğu bulunmuştur (Christine ve Cutugno, 2015).

2.9.2.2. Atriyal fibrilasyon elektriksel kardiyoversiyon

Elektriksel kardiyoversiyonda, normal kalp ritminin oluşmasını tetiklemek için tüm kalp hücrelerinin aynı zamanda depolarize edilerek yeniden bir uyarı başlatılmaktadır (Christine ve Cutugno, 2015).

Elektriksel kardiyoversiyonda oral alım 6-8 saat öncesinden kesilmelidir. Hastanın periferel damar yolu bulunmalıdır. İşleme başlanmadan önce hastanın oksijen saturasyonu, elektrolit düzeyi ve antikoagulan alma durumu değerlendirilmelidir. Hasta işlem sırasında monitör ile izlenmelidir. Kardiyoversiyon ağrı bir işlem olduğundan dolayı bilinç durumu açık olan hastalar mutlaka sedatize edilmelidir (Camm ve ark, 2010; Alihanoglu ve ark, 2015; Christine ve Cutugno, 2015). Elektriksel kardiyoversiyon kısa bir süreçte hızlı bir şekilde sinüs ritminin geri dönmesini sağlar. Hastanın hastanede yatma süresini kısaltır (Camm ve ark, 2010).

Eğer hastada AF tanılması uzun sürmüş ve pıhtı oluşma riski ortaya çıkmışsa farmakolojik veya elektriksel kardiyoversiyon uygulanmadan üç hafta önce antikoagulan tedavi kullanılması önerilir. Acil olarak kardiyoversiyon yapılması gerekiyorsa uygulama öncesinde veya uygulama esnasında antikoagulan tedavi başlatılmalı ve sonrasında da devam ettirilmelidir. Eğer pıhtı yönünden şüpheler varsa veya AF atağı 48 saatten uzun sürmüş ise trans özafageal ekokardiyografi (TEE) yöntemi uygulanmalı olası trombüs yokluğundan emin olunmalıdır. AF atağı 48 saatten kısa sürmüş ise TEE yöntemi ve antikoagulan tedavi kardiyoversiyondan önce yapılması önerilmez, antikoagulan tedaviye işlem sırasında başlanmalı ve sonrasında tedaviye devam edilmelidir. Kardiyoversiyon işlemi başarılı olsa bile antikoagulan tedaviye en az 4 hafta devam edilmelidir (Christine ve Cutugno, 2015).

2.9.2.3. Atriyal fibrilasyonda ablasyon tedavisi

AF'de katater ablasyonu, sol atriyum ve pulmoner venler arasında elektriksel izolasyon oluşturmak için radyofrekans dalgalarıyla dondurularak yapılan invaziv ritim

bozukluğu tedavisidir (Aydın ve ark, 2014; Akıllı ve Demir, 2017; Güneş ve ark, 2017; Gül ve Özeke, 2018; Gül ve ark, 2018).

Katater ablasyon tedavisi sinüs ritmine döndürülmede antiaritmik ilaçlara göre daha başarılı olmakta ve ilaca dirençli AF'lerde tercih edilebilmektedir (Sarıkaya ve ark,2013; Adalet K, 2017). Özellikle paroksizmal AF'li hastaların tedavisinde etkindir (Acıbuca ve ark, 2017) . İlaç tedavisi istemeyen hastalarda da kullanılabilir bir yöntemdir (Sarıkaya ve ark, 2013).

Ablasyon tedavisinde dışlanmaya neden olabilecek durumlar; atriyumlar içinde trombus bulunması, ileri düzeyde kalp yetmezliği, antikoagulan tedavinin kesilememesi, AF'nin tekrarlama riski olmasıdır (Onan ve ark, 2011; Sarı ve ark, 2014)

Ablasyon tedavisinden sonra başarı durumu değerlendirilmek için uygulamadan 3-6 ay sonra antiaritmik ilaçlar kesilmesi denebilmektedir. Bu uygulamadan sonra AF belirtilerin minimal düzeye indiği ve antiaritmik ilaçlara daha iyi yanıtlar alındığı yapılan araştırmalarda gözlemlenmiştir. Uygulamadan sonrada antikoagulan tedavi kullanımı en az 3 ay olarak önerilmektedir (Sarı ve ark, 2014).

Katater ablasyonu tedavisinde düşük oranlarda da olsa komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Ölüm, miyokardiyal enfarktüs (MI), SVO, AV blok, kardiyak rüptür, özafagial fistül, frenik sinir hasarı, major kapak hasarı veya pulmoner emboli hayatı tehdit eden komplikasyonlardır. Derin ven trombozu, drenaj gerektiren perikardiyalefüzyon, psödoanevrizma ve geçici kalp ileti bloğu ortaya çıkabilecek ciddi komplikasyonlardır. Hematom, perikardiyalefüzyon, perikardit ve girişimsel bölge enflamasyonu ciddi sayılmayacak komplikasyonlardır (Aydın ve ark, 2014; Çağlar ve ark, 2015; Çeviker ve ark, 2017).

2.9.3. Atrial Fibrilasyonda Antitrombolitik ve Antikoagulan Tedavi

AF tedavisinin temel amaçlarından birisi de atriyumlar içinde oluşabilecek trombusu önlemektir. Antikoagulan ilaçlar trombus oluşmasını önlemek için kullanılmaktadır (Demirel ve Uzun, 2018). AF, tromboemboliye bağlı oluşan iskemik inmenin en önemli nedenlerinden biridir (Başaran ve ark, 2014; Adalet K, 2017; Demir ve ark, 2015). AF, inme geçirme ihtimalini 5 kat artırmakta ve ileri yaşlarda ortaya çıkan inmelerin %25'nin sebebi olmaktadır. AF'ye bağlı olarak gerçekleşen inmelerde, ölüm oranı 2 kat artmakta, nörolojik

hasar ve fonksiyonel kayıplar daha sık gözlemlenmektedir (Başaran ve ark, 2014; Adalet K, 2017).

AF varlığında, tromboembolinin önlenmesi için antitrombolitik- antikoagülan tedaviye kısa sürede başlanmalıdır. Antikoagülan tedavinin etkinliği yapılan araştırmalar ile kesinleştirilmiştir (Başaran ve ark, 2014; Bozkurt S, 2016).

Hastalarda emboli oluşma riskini belirlemek amacıyla “CHA₂DS₂VASc Skorlama” sistemi geliştirmiştir (Tablo2). Puan toplamına göre, başlanması gereken antikoagülan tedavi belirlenmektedir. Erkeklerde 2 puan, kadınlarda ise 3 puan olduğunda K vitamini antagonistleri ya da yeni nesil oral antikoagülan tedaviye başlanması gerekmektedir (Sınıf 1 Kanıt Düzeyi A). Fakat hastada mekanik kalp kapağı varsa warfarin tedavisine başlanması önerilmektedir (Camm ve ark, 2010; Bozkurt S, 2016; Adalet K, 2017).

Tablo 2. CHA₂DS₂VASc skorlaması

Risk faktörü	Puan
Konjestif kalp yetersizliği veya sol ventrikül disfonksiyonu (C)	1
Hipertansiyon (H)	1
Yaş ≥75 (Y)	2
Diabetes mellitus (D)	1
İnme/ geçici iskemik atak/ tromboemboli (S)	2
Vasküler hastalık (eski miyokart infarktüsü, periferik damar hastalığı, aort plağı)	1
Yaş: 65-74 (A)	1
Kadın cinsiyet	1

ATRİA skorlamasında 0-5 puan arası “düşük riskli”, 6 puan “orta riskli”, 7 puan ve üstü puan olanlar “yüksek riskli” olarak tanımlanmıştır (Tablo 3). Bu skorlama sisteminde böbrek fonksiyon değerlendirilmeside yer almaktadır. CHA₂DS₂VASc ölçeğine oranla antikoagülan tedavinin gerekliliğini daha iyi saptamaktadır (Adalet K, 2017; Göksülük ve ark, 2018).

Tablo 3. ATRIA risk skorlaması

Risk Faktörü	Puan (Geçirilmiş İnme Olmaksızın)	Puan (Geçirilmiş İnme Varlığında)
Yaş \geq 85	6	9
Yaş 75-84	5	7
Yaş 65-74	3	7
Yaş \leq 65	0	8
Kadın cinsiyet	1	1
Diabetes mellitus	1	1
Kronik kalp yetmezliği	1	1
Hipertansiyon	1	1
Proteinüri	1	1
GFR < 45 ya da son dönem böbrek yetmezliği	1	1

AF'si olan bireylerde antikoagülan tedaviye ve ileri yaşa bağlı olarak kanama riski mevcuttur. Ortaya çıkan kanamalar diğer kanamalara oranla daha riskli seyretmektedir. Kanama riskini belirlemek amacıyla HAS-BLED skorlama sistemi geliştirilmiş, 3'den fazla puan alan hastalarda dikkatli antikoagülan tedavi önerilmektedir (Tablo 4) (Başaran ve ark, 2014; Adalet K, 2017).

Tablo 4. HAS-BLED skorlama sistemi

Harf	Klinik özellik	Puan
H	Hipertansiyon	1
A	Anaormal böbrek ve karaciğer fonksiyonu (her biri 1 puan)	1 veya 2
S	İnme	1
B	Bleeding (kanama)	1
L	Labil INR	1
E	Yaşlılık (>65 yaş)	1
D	Drug ve ya alkol (her biri 1 puan)	1 ve ya 2
	Toplam	9

AF'de antikoagülan tedaviye olabildiğince hızlı bir şekilde başlanmalıdır. Özellikle warfarin etkin bir tedavi yöntemi olmasına rağmen yan etkisi çok olan bir ilaçtır. Warfarin ilk aşamada %59, önceden inme geçirmiş bir bireyde ise %68 oranında hastayı inmeden korumaktadır (İltuş ve Karadakovan, 2017)

AF'li hastalarda trombüs ve embolilerin önüne geçmek amacıyla asatil salisalik asit, klopidogrel, warfarin ve yeni nesil oral antikoagülanlar vb. kullanılmaktadır.

2.9.3.1. Asatil salisalik asit (Aspirin)

Aspirin, dünya da en çok kullanılan ilaçların başında gelmektedir (Sarı ve ark, 2014; Şen ve Orak, 2015; Şitilci ve ark, 2018).

Aspirin, COX-1 enziminin 529. noktasında ve COX-2 enzimin ise 516 noktasındaki asetillenmesini sağlayarak enzim aktivasyonunu inhibe ederek trombüs oluşumunu engeller (Hamm ve ark, 2011; Tülüce ve Bostanoğlu, 2016; Şitilci ve ark, 2018). Asetillenen enzimin aktivitesi geri dönüşümsüz olarak baskılanmaktadır (Hamm ve ark, 2011).

Trombüs oluşum mekanizmasında COX-1 enzimi, inflamatuvar yanıt gösteren hücre mekanizmasında ise COX-2 enzimi görev alır. Düşük miligramlarda bireye verilen aspirin COX-1'in inhibasyonunu sağlarken, yüksek miligramlarda verilen aspirin COX-2'nin inhibasyonunu sağlamaktadır. Asatil salisalik asitin tedavideki dozu bu yüzden farklılık göstermektedir. (Hamm ve ark, 2011; Atasoy D, 2018).

Tek doz asatil salisalik asit alımından sonraki 5-6 gün sonra trombositlerin %50'sinden fazlasında meydana gelen inhibasyon ortadan kalkmaktadır. Çünkü her gün %10 trombosit yenilenmekte ve üretilmektedir (Hamm ve ark, 2011).

Asatil salisalik asit, mide mukozası ve ince bağırsağın on iki parmak bölümünden hızlı bir şekilde emilerek metabolizmaya karışır. Asatil salisalik asitin, oral alımdan sonra yarılanma ömrü 15-20 dakikadır. Otuz veya 40 dakikada, kan plazmasında en yüksek ilaç düzeyine ulaşır. (Hamm ve ark, 2011; Turgut ve Söylemezoğlu, 2011).

Asatil salisalik asit kullanımında sık görülen yan etkiler bronkospazm, sindirim sistemi kanamaları ve deri üzerinde gözlemlenen peteşilerdir. (Hamm ve ark, 2011; Tülüce ve Bostanoğlu, 2016).

Sonuç olarak asetil salisalik asitin düşük dozlarda kullanılması antikoagülan etki yapmakta ve inme riskini azaltmaktadır (Diker ve Özin, 2007).

2.9.3.2. Klopidoğrel (Plavix, Karum)

Klopidoğrel, trombosit aktivasyonunu inhibasyonunu sağlayan bir ilaçtır. Klopidoğrel içeren ilaçlar karaciğer dokusu içinde iki aşamalı olarak aktif hale gelmektedir. Klopidoğrel, antiplatelet etkisini sağlayabilmesi için karaciğerde CYP3A4 ve CYP2C19

izoenzimlerini içeren çeşitli sitokrom P450 proteinleri ile aktif hale gelmesi gelmektedir. Aktif trombositlerin glikoprotein 2b/3a'nın P2Y12 reseptörlerine bağlayarak vücuttaki trombosit aktivasyonunu bloke etmektedir (Arslan ve ark, 2013; Yeşil E, 2016)

Klopidogrel klinikte genellikle Asatil salisalik asite ek olarak kullanılmaktadır. Farklı etki mekanizmalarıyla trombosit aktivasyonunu engellerler. Trombositler atriyumda pıhtı oluşumunda hayati rol oynamadığından, klopidogrel'in antikoagülan ilaçlara oranla inme riskini azaltmadaki etkisinin daha az olduğu belirtilmektedir (Diker ve Özin, 2007; Andreotti ve ark, 2015; Şahin M, 2017).

2.9.3.3. Warfarin (Coumadin)

Trombüsün oluşmasını engellemede antikoagülan tedavi oldukça etkindir. Warfarin antikoagülan amaçla oral yoldan kullanılan en yaygın ve inmelerin önlenmesinde %60 başarı sağlayan bir ilaçtır. (Ansell ve ark 2008; Başaran ve ark,2014; Oğuz ve Fenercioğlu, 2015; Demirel ve Uzun, 2018; Akgün S, 2018).

Warfarin karaciğerde, K vitaminine bağlı üretilen pıhtılaşma faktörü olan protrombin faktör VII, IX, X ve II'nin sentezlenmesini inhibe ederek koagülasyonu geciktirir. (Acar ve ark, 2012; Kara Öztabağ C. 2017; Demirel ve Uzun, 2018).

Warfarin tedavisinde kan International Normalized Ratio (INR) değeri önemlidir. Antikoagülan etkinin sağlanabilmesi için INR değeri; metal protez kapak bulunan hastalarda 2,5-3,5, AF, derin ven trombüsü ve pulmoner emboli de 2-3 olmalıdır (Acar ve ark, 2012; Baş ve ark, 2013; İnce B, 2017; Demirel ve Uzun, 2018).

Bireye özel INR takibiyle doz ayarlaması yapılmalıdır. Karaciğerde bulunan sitokrom P-450 polimorfizmi ya da alınan besinler ile ilaç arasında olan etkileşimler nedeniyle, karmaşık doz-cevap eğrisine sahiptir (Acar ve ark, 2012; Demirel ve Uzun, 2018). Warfarinin kandaki etkisi 48-72 saat içinde başlamaktadır. İlacın kullanıma başlandığı andan itibaren INR değerinin izlemi yapılmalıdır. Değerlerin kayıt edilmesi, doktor kontrolü aralıkları, ilaçların etkileşimi, her gün aynı saatte oral olarak alması ve ilaçların alınan besinlerin etkileşimi konusunda hastaya ve hasta yakınlarına hemşire tarafından bilgi verilmelidir (Akpınar Balcı ve ark, 2010; Alay ve ark, 2011; Aşiret ve Özdemir, 2012).

Hasta günlük alması gereken dozu unutmuş ise kayıt etmeli ve bir gün sonra normal kullanıma dönmelidir. Doz fazla alınmış ise kanama riski yönünden izlenmeli, unutulmuş doz saat 00:00 kadar hatırlanırsa günlük doz alınmalı ve bir gün sonra aynı kullanım şekline dönülmeli, birkaç günü geçkin bir sürede ilaç alınmamış ise ilaç kesilmemeli ve hekime başvurulmalıdır (Aşiret ve Özdemir, 2012; Türk Kardiyoloji Derneği Coumadin Klavuzu,2012).

Warfarin dozunun düşük olması trombüs oluşmasına, yüksek doz ise kanamaya neden olabilmektedir (Acar ve ark, 2012; Alsancak ve ark, 2017)

Doz aşımına bağlı olarak ortaya çıkan kanamalar; intrakraniyal, gastrointestinal, cilt altı, burun, diş eti kanamalarıdır. Ayrıca menstrual kanamalarda artış olabilmekte ve kesiklerde kanama geç durudurlabilmektedir (Altunbaş ve ark. 2013; Hull ve ark, 2018). İleri yaş, kadın cinsiyet, önceden geçirilmiş gastrointestinal sistem kanamaları, HT, SVO, AF, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, cerrahi girişimler, alkolizm ve kronik karaciğer hastalığı kanama riskini artırabilecek durumlardır (Acar ve ark, 2012; Darnell ve ark. 2014).

Doz aşımına bağlı olarak ortaya çıkan kanamalarda öncelikle warfarin alımı kesilmelidir. Bu yöntem çoğunlukla yeterli olmaktadır. Kanamanın devam etmesi durumunda taze donmuş plazma replasmanı ve K vitamini verilmelidir (Acar ve ark, 2012; Tülüce ve Bostanoğlu, 2016).

Antikoagülan ilaçların düzenli kontroller yapılmadan kullanımı hayatı tehdit eden yan etkilere yol açmaktadır. Bu yan etkilerin önlenmesi için hastaların antikoagülan ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olması gerekmektedir. Hemşireler, antikoagülan tedavi planı oluşturarak ilk günden itibaren hasta ve ailesine; ilaç kullanımı, etki ve yan etkileri konusunda eğitim vermeli, tedaviye bağlı istenmeyen etkilere yönelik farkındalığı artırmalı, ilaç kullanımının planlanması ve değerlendirilmesinde yol gösterici olmalıdır.

2.9.3.4. Yeni nesil oral antikoagülanlar

Warfarine göre kullanımı kolay, besin ilaç etkileşimi olmayan, doz cevabındaki farkları, INR takibi gereksinimini ortadan kaldırmak ve etkisi kestirilebilecek antikoagülan etkiye sahip yeni nesil oral antikoagülan ilaçlar geliştirilmiştir (Başaran ve ark,2014; Oğuz ve Fenecioğlu, 2015).

Yeni nesil oral antikoagülan ilaçlar Türkiye’de 2014 yılında kullanılmaya başlanmıştır. İlaçların mali yükünün fazla olmasından dolayı kullanım şartları oluşturulmuştur. En az 2 ay süresince warfarin kullanılması veya bir hafta arayla beş defa yapılan INR değeri ölçümlerinde en az 3 defa değer 2-3 arasında tutulamaması durumunda yeni nesil oral antikoagülan tedavisine başlanabilmektedir. Warfarin tedavisi kullanılırken birey inme geçirirse direk yeni nesil oral antikoagülan tedavisine başlanabilmektedir (Başaran ve ark,2014).

Bu ilaçlar; dabigatran, rivaroksaban, apiksaban ve edoksaban ilaçlardır. Dabigatran direkt olarak trombinleri inhibe etmektedir. Rivaroksaban, apiksaban ise pıhtılaşma faktörü olan faktör Xa’ yı inhibe etmektedir. (Başaran ve ark,2014; Tekin G,2015; Özcan Çelebi ve Diker, 2016).

2.9.3.4.1. Dabigatran

Dabigatran’nın vücutta yarılanma ömrü 12-17 saattir. İlacın %80’i idrarla atılmaktadır. ABD gıda ve ilaç dairesi tarafından onay alan ilk oral alınan antitrombin inhibitörüdür (Başaran ve ark,2014; Özcan Çelebi ve Diker, 2016).

İlaç, karaciğer ve kan plazmasında bir aktif dabigatrana dönüştürülür. Aktif Dabigatran trombine bağlanarak antikoagülan etki yapar. Gastrointestinal ve ölümlerle sonuçlanabilecek kanamalar açısından dabigatran’nın günde 110 mg kullanılması güvenli olurken günde 150 mg dan fazla kullanılması warfarin ile aynı riski oluşturmaktadır. Serebral kanamalarda ise dabigatranın her iki dozunda kullanımının warfarine oranla daha düşük riske sahiptir (Oğuz ve Fenercioğlu, 2015; Lip ve ark, 2018).

2.9.3.4.2. Rivaroksaban

Rivaroksaban pıhtılaşma faktörlerinden faktör Xa ayı inhibe eden ilk ilaçtır. Vücuttan atılımında 1/3’ü idrarla atılırken 2/3’ü karaciğer dokusunda metabolize olmaktadır. Yiyeceklerle birlikte alınması ilacın etkinliğini artırmaktadır (Başaran ve ark, 2014; Aslan Ö, 2017).

Rivaroksaban’da majör kanamalar yönünden warfarin ile fark gözlenmemiştir. Gastrointestinal kanamalar yönünden warfarine oranla daha fazla risk taşımaktadır (Oğuz ve Fenercioğlu, 2015).

2.9.3.4.3. Apiksaban

Apiksaban pıhtılaşma mekanizmasında faktör Xa inhibitörü olarak görev almaktadır. İlacın 3/4'ü karaciğerde metabolizma olurken 1/4'ü i idrarla atılmaktadır (Başaran ve ark, 2014; Gürpınar ve ark, 2018).

Apiksaban warfarin ve aspirin kullanan hastalar ile karşılaştırdığında embolilerden korumada daha etkili olduğu saptanmıştır. (Oğuz ve Fenercioğlu, 2015).

2.10. Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, “*bireylerin içinde bulunduğu çevre, gelir durumu, eğitim seviyesi, sağlık durumu, cinsiyet, yaş, medeni hal, barınak durumu, kişiler arası ilişkileri ve sosyal çevreden aldığı destek gibi durumlarla şekillenen hayattan alınan doyum*” olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde birey çok yönlü fizyolojik ve psikolojik bir bütün olarak ele alınmalıdır. Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde kişinin ifadeleri ve yaşamını nasıl algıladığı dikkate alınmalıdır (Topçu ve Bölüktaş, 2011, Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Kardiyak hastalıklar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. AF, kalp yetmezliğine neden olmasından ve ortaya çıkan semptomlarından dolayı bozulmuş yaşam kalitesine neden olmaktadır (Camm ve ark, 2010; Dural ve Görenek, 2017). AF'li bireylerde 6 aydan fazla sürebilen depresyon, anksiyete gözlenebilmekte ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmektedir (Kültürsay H, 2013). AF'li hastalarda hız ve ritim kontrolü sağlandıkça yaşam kalitesinde yükselme olmaktadır (Camm ve ark, 2010; Suman I, 2013).

Hemşireler bireylerin yaşam kalitesini iyileştirme ve koruma konularında önemli bir noktada bulunmaktadır. Hastaların yaşamdan aldığı doyum azaldığında hemşirenin amacı ve rolü; bireyin bakımını yapamadığı durumlarda bakımı üstlenmek veya yardımcı olmak, gereksinim duyduğu noktalarda yardımcı olmaktır. Ayrıca bireylere, sorunlarla baş etme yöntemlerini öğretmeli, öz bakımını üstlenebilmesini sağlamalı, bilgilendirilmeli ve becerilerini artırarak geliştirmelidir. (Demir M, 2008; Dural ve Görenek, 2017).

Ülkemizde AF ve yaşam kalitesi ilgili araştırmalar sınırlıdır. Karakuş'un (2014) Isparta'da yaşayan 160 AF'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği araştırmada; erkek hastaların, üniversite mezunlarının, işçi veya memurların, eşi ve çocukları ile beraber yaşayanların, şehirde yaşayanların, hastalıkları ile ilgili bilgi alanların, diyet yapanların, başka

bir kronik hastalığı ve semptomu olmayanların yaşam kalitesi ölçeğinden yüksek puanlar ($p<0.05$) aldığı; medeni durum ve beden kitle indeksinin ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; kronik AF hastalarının yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik önerilerde bulunulmuştur (Karakuş N, 2014).

Ülkemizde yapılan bir başka araştırmada ise; 12 aylık süreçte hastalar izlenmiş ve yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır. Yaşam kalitesindeki bu düşüş antikoagülan ilaç kullanan kişilerde kanama olması ve klinik durumun kötüye gitmesi gibi etmenler etkili olduğu saptanmıştır. Araştırmada komplikasyon gözlenmeyen hastalarda anlamlı bir farklılık saptamamış fakat yaşam kalitesi puanlarında düşüş gözlemlemişlerdir (Diker ve Özın 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; “Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi”nin (Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire) geçerlilik ve güvenilirliğini saptamak, atriyal fibrilasyonlu hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri incelenmek amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

- ✓ AFEQT ölçeği Türkçe olarak AF’li hastaların yaşam kalitesini saptamada geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
- ✓ Hastalara ait bazı risk faktörlerine göre AFEQT ve alt boyut skorlarının ilişkisi var mıdır?
- ✓ AFEQT ve AFSS ölçeği eş zaman geçerliliği açısından uygun mudur?

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma; Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi, Nöroloji Servisi ve Kardiyoloji Polikliniği'nde AF tanısı ile takip edilen, 18 yaş ve üzerinde **204** hastada “Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi”nin (AFEQT) geçerlilik ve güvenilirliğini saptamak, AF’li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri incelenmek amacıyla kesitsel ve metodolojik tipte bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma, Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi, Nöroloji Servisi ve Kardiyoloji Polikliniği'nde yapılmıştır. Aydın Devlet Hastanesi; 2. basamak sağlık hizmeti veren ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumudur. Hastanenin, kardiyoloji servisi 39 yataklı 7 uzman kardiyolog ve 19 hemşirenin görev yaptığı bir klinikdir. Bu ünite de bir yıl içerisinde tekrarlı başvurular dahil AF tanılı 5935 hasta muayenesi ve 453 hasta yatışı yapılmaktadır. Klinikte ilaç tedavisinin yanı sıra koroner anjiyografi, pacemaker işlemi, anjioplasti, stent, balon takılma işlemleri yapılmaktadır.

Nöroloji servisi 23 yataklı, 6 uzman nöroloğun ve 10 hemşirenin görev aldığı bir ünedir. Buraya bir yıl içinde tekrarlı başvurular dahil 3762 inmeli hasta tedavisi yapılmakta ve bunların 27'sinde AF etiolojik risk faktörü olarak tanılanmaktadır.

3.5. Araştırmanın Zamanı

Bu araştırmanın verileri, Aydın Devlet Hastanesi'nde Kasım 2016- Aralık 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.6. Çalışma Takvimi

Haziran–Temmuz 2016: Araştırma konusu belirlendi ve literatür taraması gerçekleştirildi.

Temmuz- Ekim 2016: Etik kurul onayı alındı ve tez önerisi verildi.

Eylül-Kasım 2016: AFEQT ölçeği uzman görüşüne sunuldu, ön test gerçekleştirildi ve son şekli verildi. Araştırmanın yapılacağı Kamu Hastaneler Birliği'nden resmi izin alındı.

Kasım 2016- Aralık 2017: Araştırma verileri toplandı.

Ocak-Temmuz 2018: Araştırma bulgularının dökümü ve istatistik değerlendirilmesi yapıldı.

Ağustos 2018- Şubat 2019: Araştırma raporu yazıldı.

5 Nisan 2019: Tez savunma sınavı

3.7. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Aydın Devlet Hastanesi'nde 2015 yılı içinde AF tanısı ile takip edilen hastalar (2160 hasta) oluşturmuştur.

Örneklem sayısı ve seçiminde; geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılacak olan AFEQT ölçeğinde, toplam 20 soru bulunduğundan, her bir madde için en az 10 kişi alınması gerekliliği dikkate alınarak en az 200 hasta ile çalışmanın yapılması planlanmıştır (Şencan H, 2005; Grove ve Burns, 2009; Başkale H, 2016; Güngör D, 2016; Şahin ve Boztunç

Öztürk, 2018; Bayer ve Baykal, 2018; ITC, 2018). Buna göre; olasılıksız rastlantısal yöntem kullanılarak, Kasım 2016—Aralık 2017 tarihleri arasında, Aydın Devlet Hastanesi kardiyoloji servisi, nöroloji servisi ve kardiyoloji polikliniğinde AF tanısı ile takip edilen, çalışma kabul kriterlerine uyan **204** hasta örneklemini oluşturmuştur.

3.8. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

3.8.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Aydın Devlet Hastanesi kardiyoloji servisi, nöroloji servisi ve kardiyoloji polikliniğinde AF tanısı ile takip edilen, 18 yaş ve üzerinde olan, anlama ve konuşma problemi olmayan, kognitif bozukluğu bulunmayan (konfüze, demans, mental retarde v.b.) ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar alınmıştır.

3.8.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya 18 yaşın altında, anlama ve konuşma problemi olan, kognitif bozukluğu bulunan ve çalışmaya katılmak istemeyen hastalar alınmamıştır.

3.9. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Yapılandırılmış Soru Formu” (EK-1), “Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi [=Atrial Fibrillation Effect on QualiTy-of-life Questionnaire (=AFEQT)]” (EK-2) ve “Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği(AFSS)” (EK-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.9.1. Yapılandırılmış Soru Formu

Katılımcıların Sosyo-demografik özelliklerini ve sağlık durumlarını değerlendirmek için araştırmacı tarafından hazırlanan formdur. Bu form iki kısımdan oluşmaktadır.

Birinci kısımda; katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, mezun olunan son okul, meslek, çalışma durumu, gelir durumu) değerlendiren sorular bulunmaktadır.

İkinci kısımda; katılımcıların sağlık durumu (diğer sağlık sorunları, AF tanı süresi, AF çeşidi, AF'ye yönelik yapılan girişimsel tedaviler, AF tedavisinde kullanılan ilaçlar v.b.) ve alışkanlıkları (sigara ve alkol) değerlendirilmiştir.

3.9.2. “Atrial Fibrilasyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi =Atrial Fibrillation Effect on QualiTy-of-life Questionnaire (=AFEQT)” Ölçeği

AFEQT Ölçeği, Spertus ve ark. (2011) tarafından geliştirilmiş, AF'li hastaların yaşam kalitesini değerlendiren spesifik bir ölçektir. Ölçek 20 soru ve **dört alt boyuttan** oluşmaktadır. Bunlar;

1. Belirtiler; 1, 2, 3, ve 4. sorularda,

2. Günlük etkinlikler; 5, 6,7, 8, 9, 10, 11, ve 12 sorularda,

3. Tedavi kaygısı/endişesi; 13, 14, 15, 16, 17, ve 18 sorularda,

4. Tedavi memnuniyeti; 19, 20. sorularda ele alınmıştır. Tedavi memnuniyeti ile ilgili olan son 2 soru genel AFEQT sorularının bir parçası değildir, fakat genel puanlamaya benzer şekilde kendi alt ölçeği olarak hesaplanmaktadır (Spertus ve ark, 2011).

Ölçek adaptasyonu öncesi; ölçeği geliştiren yazarlardan izin (EK-4) alınmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında dil geçerliliği ve uzman görüşü yöntemleri kullanılmıştır (Karadağlı ve Ecevit Alpar, 2017; Şahin ve Boztunç Öztürk, 2018). Dil geçerliliği için; çeviri-tersine çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi yeminli profesyonel bir çeviri şirketi (EK-5) tarafından (EK-2) yapıldı. Türkçe çevirisine orijinal versiyonu; içerik açısından “uzman paneline” (EK-6) sunuldu (Üç kardiyoloji uzman hekimi ve üç akademisyen hemşire) ve gelen öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapıldı. Türkçe çevirisi tekrar İngilizce'ye çevrilerek yazarına gönderildi ve görüşlerine sunuldu (EK-7) (Karakoç ve Dönmez, 2014; Şahin ve Boztunç Öztürk, 2018).

Ölçeğin puanlaması:

Belirtiler Alt Boyutu puanının hesaplanması:

$$100 - \frac{(1,2,3 \text{ ve } 4.\text{ncü sorulara verilen cevapların puan toplamı} - \text{cevaplanan soru sayısı}) \times 100}{(\text{cevaplanan soruların toplam sayısı} \times 6)}$$

Günlük Etkinlikler Alt Boyutu puanının hesaplanması:

$$100 - \frac{(5,6,7,8,9,10,11,12.\text{nci sorulara verilen cevapların puan toplamı} - \text{cevaplanan soru sayısı}) \times 100}{(\text{cevaplanan soruların toplam sayısı} \times 6)}$$

Tedavi Kaygısı (Endişesi) Alt Boyutu puanının hesaplanması:

$$100 - \frac{(13,14,15,16,17,18.\text{nci sorulara verilen cevapların puan toplamı} - \text{cevaplanan soru sayısı}) \times 100}{(\text{cevaplanan soruların toplam sayısı} \times 6)}$$

Tedavi Memnuniyeti Alt Boyutu puanının hesaplanması:

$$100 - \frac{(19 \text{ ve } 20.\text{nci sorulara verilen cevapların puan toplamı} - \text{cevaplanan soru sayısı}) \times 100}{(\text{cevaplanan soruların toplam sayısı} \times 6)}$$

Genel veya alt boyut puanları 0 ile 100 arasındadır. Sıfır puan yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini ifade ederken, 100 puan yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmediğini ifade etmektedir. Örneğin; bir hasta Tedavi Kaygısı (Endişesi) alt boyutunda tüm soruları “1” olarak cevapladıysa, alt boyut puan hesaplaması; $100 - [(6 - 6) / 6 \times 6] \times 100 = [0/36] \times 100 = 100$ olur ve hastanın yaşam kalitesinin etkilenmediği olarak ifade edilir. Buna karşılık, eğer bir hasta Tedavi Kaygısı (Endişesi) alt boyutunda tüm soruları “7” olarak cevapladıysa, alt boyut puanı $100 - [(42 - 6) / 6 \times 6] \times 100 = [36/36] \times 100 = 0$ olur ve hastanın yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği olarak yorumlanır (Spertus ve ark, 2011).

3.9.3. Toronto Üniversitesi Atrial Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği (AFSS)

AF'ye özgü hastalığın şiddetini, bireylerde oluşturduğu yükü, AF ataklarının sıklığını, hastaneye yatış oranlarını, sağlık hizmetlerinin kullanımını değerlendirmek üzere Maglio ve ark. tarafından (1998) geliştirilen likert bir ölçektir (Maglio ve ark, 1998; Dorian ve ark, 2000; Kupper ve ark, 2013; Hickey ve ark, 2013; Kahya Eren ve ark, 2014). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kahya Eren ve ark. (2014) tarafından yapılmıştır(Kahya Eren ve

ark, 2014). Ölçek 19 madde ve 3 bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; “AF Yüğü”, “Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı” ve “AF Semptom Ciddiyeti”dir (Dorian ve ark, 2000; Kupper ve ark, 2013; Hickey ve ark, 2013; Kahya Eren ve ark, 2014).

Ölçeğin puanlaması:

Toplam AF Yüğü: AF sıklığı (soru 5), süresi (soru 6) ve hasta tarafından algılanan AF ciddiyetinin (soru 7 ve 8’in ortalaması) birleşiminden elde edilir.

Soru 6 için elde ettiğiniz skor 8’e bölünür daha sonra 10 ile çarpılır, böylece her hasta için 1-10 arasında bir skor elde edilir. Bunu yaptıktan sonra soru 5 ve 6’yı tersinden kodlanır (yani soru 5 için ‘sürekli’ tersinden kodlandığında 10 haline gelecek, ‘Günde iki kereden fazla’ 9 haline gelecektir gibi).

AF ciddiyet skoru (soru 7 ve 8’in aritmetik ortalaması alınarak elde edilir) 1-10 arasında bir skor alır.

$Toplam\ AF\ Yüğü = AF\ sıklığı + AF\ süresi + AF\ ciddiyeti$ 3 ölçümden her biri Toplam AF yüküne eşit olarak katkıda bulunur, her biri 1-10 arasında bir skor alır ve dolayısıyla toplam AF yükü 3-30 arasında bir skor alacaktır. Yüksek skorlar AF yükünün fazla olduğunu gösterir.

AF Semptom Ciddiyeti: Bölüm C’deki sorulardan elde edilen skorlar (0-5 arasındadır) toplanarak toplam skor hesaplanır. Toplam skor 0-35 arasında bulunur. Bu skor semptom ciddiyet skorudur ve skorun yükselmesi AF semptom ciddiyetinin arttığını gösterir [Puanlama sistemi Kahya Eren’den mail ortamında temin edilmiştir(EK-8)].

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan kullanım izni alındı (EK-8)

3.10. Ön Uygulama

Uzman görüşleri alındıktan sonra, AFEQT ölçeğindeki soruların hastalar tarafından anlaşılabilirliğini belirlemek ve gerekli düzeltmeleri yapmak amacıyla; Aydın Devlet Hastanesi’nde ilgili servislerde (verilerin toplanması planlanan) takip edilen ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 20 hasta ile yüz yüze görüşülerek ön uygulama yapılmıştır.

Ölçekteki anlaşılmayan sorularda gerekli düzeltmelere gidilmiş ve ölçeğe son şekli verilmiştir (Taşkın ve Akat, 2010; Karakoç ve Dönmez, 2014) (EK-2).

3.11. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları; Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'dan onay (EK-9) ve Aydın Kamu Hastaneler Birliği'nden (EK-10) izin ve araştırma kabul kriterlerine uyan hastalardan yazılı onam alındıktan sonra uygulandı. Veriler, ilgili servislerde takip edilen hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme yöntemiyle yaklaşık 30 dk içinde toplandı. Anlaşılmayan sorular, ikinci kez okundu ve yönlendirme yapılmadı.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (for Windows Release 11.5 Standart Version Copyright © SPSS inc. 18-21) hazır paket programı kullanılarak yapıldı. Sosyo-demografik özellikler için tanımlayıcı istatistiklerde sürekli veriler için ortalama±standart sapma (min-maksimum) değerleri ile ortanca ve mod değerleri, sayım verileri için sayı, yüzde değerleri verilmiştir. Gruplar arası farklılıklar incelenirken, anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kabul edilmiş, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Ölçeğin;

- **Güvenirlilik** için iç tutarlık (Cronbach Alfa) analizi yapılmıştır (Şencan H, 2005; Çakmur H, 2012; Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçeğin madde seçimi faktör analizi ile ve maddelerin ayırt edicilik gücünün belirlenmesi madde-toplam test korelasyon katsayıları ile yapılmıştır (Karakoç ve Dönmez, 2014; Şahin ve Boztunç Öztürk, 2018).
- **Yapı geçerliği** açımlayıcı faktör analizi (Extraction Method: Principal Axis factoring, Rotation Method: Varimax) ve doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmiştir.
- **Eş zaman geçerliliğinin** belirlenmesi için sözü edilen ölçeğin yanında “Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği”de uygulanmıştır. Her iki ölçek arasındaki ilişkinin incelenmesinde, pearson korelasyon analizi kullanmıştır.

- **Ayrırt edici geçerliliğin** belirlenmesi için hastaların çeşitli risk faktörü durumlarına göre ölçek skorları arası ilişki incelenmiştir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bu ilişkinin belirlenmesinde student t testi kullanılmıştır. Tip 1 hata düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

3.13. Değişkenler

Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, daha önce hastaneye yatma ve kronik hastalık varlığı, AF türü ve AF tanı süresi bağımsız değişkenlerdir.

Bağımlı Değişkenler

AFEQT ve AFSS ölçekleri puanları bağımlı değişkenlerdir.

3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde (Aydın Devlet Hastanesi) yapılmış olması, araştırmanın sınırlılığdır.

3.15. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın etik uygunluğu için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruldu ve gerekli onay (Protokol No: 2016/968) alındı (**EK-9**). Veri toplama formunun başında yönerge ile katılımcılar bilgilendirilmiş ve hastalardan yazılı onam alınmıştır. Ayrıca Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli izin (14.11.2016 tarih ve E.19420 sayı) alındı (**EK-10**).

4. BULGULAR

Bu araştırma, Aydın Devlet Hastanesi'nde kardiyoloji polikliniği, kardiyoloji ve nöroloji servisinde yatan ve AF tanısı ile takip edilen, 18 yaş ve üzerinde olan, anlama ve konuşma problemi olmayan, kognitif bozukluğu bulunmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan **204** hasta ile yapılmıştır.

Bulgular beş başlık altında toplanmıştır. Bunlar; (1) katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumu ve alışkanlıkları, (2) AFEQT ölçeğinin madde bildirilme oranları, (3) AFEQT ölçeğinin geçerlilik bulguları (yapı geçerlilik analizi, AFEQT ölçeği korelasyon analizi, ayırt edici geçerlilik analizi ve eş zaman geçerlilik analizi), (4) AFEQT ölçeğinin güvenilirlik bulguları (iç tutarlılık analizi, madde-toplam korelasyon analizi, genel ve alt boyut korelasyon analizi) ve (5) genel ve alt boyutların tanımlayıcı istatistikleri olarak ele alınmıştır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri, Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları

Bu bölümde, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (Tablo 5), sağlık durumu ve alışkanlıklarına (Tablo 6) ilişkin bulgular yer almaktadır.

Katılımcıların sosyo demografik özellikleri incelendiğinde; araştırmaya katılanların yaş ortalamasının 71.33 ± 10.34 (Min: 44 yaş Max: 93 yaş)'dür. Katılımcıların %65,2'sinin kadın, %61,3'nin evli, yarısından fazlasının (%51) ilkokul mezunu olduğu, %94,6'sının para getiren bir işte çalışmadığı, %59,8'inin gelir durumunun gidere denk olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (N =204)

Özellikler		n	%
Yaş: 71.33±10.34 (Minimum: 44 yaş Maximum: 93 yaş)			
Cinsiyet	Kadın	133	65,2
	Erkek	71	34,8
Medeni Durum	Evli	125	61,3
	Bekar	79	38,7
En Son Bitirdiği Okul	Okur-yazar değil	68	33,3
	Okur-yazar	16	7,8
	İlkokul	104	51
	Diğer*	16	7,9
Çalışma Durumu	Para getiren işte çalışma	11	5,4
	Çalışmıyor	193	94,6
Gelir Durumu	Gelir giderden az	81	39,7
	Gelir gidere denk	122	59,8
	Gelir giderden fazla	1	0,5

*Diğer: Ortaokul, lise, üniversite

Katılımcıların AF tanısı alma süreleri (ay olarak) 70.90±87.11 (min:1 ay max: 516 ay) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, %88,2'sinin permanent (kalıcı) türü AF'ye sahip olduğu, %55,3'ünün coumadin (antikoagülan) kullandığı ve yarısından fazlasında (%51,5) hipertansiyon hastalığı bulunduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların sağlık durumu ve alışkanlıkları

Özellikler		n	%
AF tanısı alma süresi ort (ay olarak): 70.90±87.11 (min: 1ay max:516 ay)			Medyan: 48 ay
AF çeşidi (N=204)	Paroksizmal	11	5,4
	Persistant	13	6,4
	Permanent	180	88,2
AF tedavisinde kullanılan ilaçlar* (N=179)	Coumadin	80	55,3
	Beloc	49	27,4
	Coraspirin	40	22,3
	Clexane	30	16,8
	Diltizem	29	16,2
	Digoxin	27	15,1
	Xarelto	26	14,5
	Cordorone	23	12,8
	Plavix	19	10,6
	Aldactone	16	8,9
	Aldactazide	11	6,1
	Pradaxa	9	5,0
	Monoket	6	3,4
Var olan sağlık sorunları**	Hipertansiyon	105	51,5
	Akciğer Hastalıkları	56	27,5
	Diyabetes Mellitus	48	23,5
	Kalp Yetmezliği	42	20,6
	Böbrek Hastalıkları	32	15,7
	SVO	32	15,7
	Damar Tıkanıklığı	9	4,4

**Alkol ve sigara kullananlar dikkate alınmayacak derecede azdır.

*İlaçların ticari adı sorulmuştur. **Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2.AFEQT Ölçeği Madde Bildirilme Oranları/yüzde dağılımları ve Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 7. AFEQT ölçeği sorularının madde bildirilme oranları/yüzde dağılımları

Maddeler AFEQT	Hiç Rahatsız Olmadım veya Bu Belirtiyi Yaşamadım n (%)	Neredeyse Hiç Rahatsız Olmadım n (%)	Çok Az Rahatsız Oldum n (%)	Kısmen Rahatsız Oldum n (%)	Oldukça Rahatsız Oldum n (%)	Çok Rahatsız Oldum n (%)	Aşırı Derecede Rahatsız Oldum n (%)
Belirtiler Alt Boyutu							
1. Kalp çarpıntısı, kalbin teklemesi veya hızlı atmasından	10(4,9)	22(10,8)	5(2,5)	10(4,9)	24(11,8)	65(31,9)	68(33,3)
2. Düzensiz kalp atımından	15(7,4)	17(8,3)	8(3,9)	8(3,9)	22(10,8)	68(33,3)	66(32,4)
3. Kalp atışında bir duraklama olmasından	56(27,5)	39(19,1)	15(7,4)	15(7,4)	27(13,2)	38(18,6)	14(6,9)
4. Denge kaybı veya baş dönmesinden	32(15,7)	25(12,3)	9(4,4)	16(7,8)	16(7,8)	31(15,2)	75(36,8)
Günlük Etkinlikler Alt Boyutu							
5. Eğlenceli vakit geçirme, spor yapma ve hobilerle ilgilenebilmede	14(6,9)	26(12,7)	20(9,8)	28(13,7)	47(23,0)	64(31,4)	5(2,5)
6. Arkadaşları ve ailesiyle iletişim kurma ve bir şeyler yapabilme	16(7,8)	25(12,3)	17(8,3)	28(13,7)	43(21,1)	61(29,9)	14(6,9)
Zorlanma Alt Boyutu							
7. Yorgunluk, bitkinlik veya güç kaybı nedeniyle bir aktivitede bulunurken	3(1,5)	4(2,0)	6(2,9)	5(2,5)	23(11,3)	72(35,3)	91(44,6)
8. Nefes darlığı nedeniyle fiziksel aktivite yaparken	0(0)	14(6,9)	6(2,9)	7(3,4)	11(5,4)	47(23,0)	119(58,3)
9.Egzersiz yaparken	2(1,0)	3(1,5)	6(2,9)	6(2,9)	15(7,4)	77(37,7)	95(46,6)
10. Tempolu yürüyüş yaparken	3(1,5)	4(2,0)	3(1,5)	8(3,9)	11(5,4)	59(28,9)	116(56,9)
11. Yokuş yukarı hızlı yürürken veya “poşet-paket”gibi şeyleri hiç durmadan taşırken ve dinlenmeden bir kat merdivenden çıkarken	0(0)	2(1,0)	1(0,5)	7(3,4)	11(5,4)	32(15,7)	151(74,0)
12. Mobilya kaldırma veya yerini değiştirme, koşma, tenis veya basketbol gibi yorucu hareketli spor aktivitelerinde bulurken	1(0,5)	1(0,5)	1(0,5)	7(3,4)	10(4,9)	38(18,6)	146(71,6)

Tablo 7. AFEQT ölçeği sorularının madde bildirilme oranları/yüzde dağılımları (Devamı)

AFEQT Ölçeğinin Tedavi Kaygısı Alt Ölçeği	Hiç Rahatsız Olmadım	Neredeyse Hiç Rahatsız Olmadım	Çok Az Rahatsız Oldum	Kısmen Rahatsız Oldum	Oldukça Rahatsız Oldum	Çok Rahatsız Oldum	Aşırı Derecede Rahatsız Oldum
13. Atriyal fibrilasyonun her an başlayabileceğine dair yaşanan endişe veya kaygı duygusu	27(13,2)	30(14,7)	23(11,3)	12(5,9)	29(14,2)	58(28,4)	25(12,3)
14. Atriyal fibrilasyonun uzun vadede diğer sağlık durumlarını kötüleştirilebileceğine dair endişe duygusu	30(14,7)	29(14,2)	18(8,8)	14(6,9)	31(15,2)	42(20,6)	40(19,6)
15. İlaç tedavisinin yan etkileri hakkında endişelenmekten	30(14,7)	61(29,9)	14(6,9)	16(7,8)	25(12,3)	40(19,6)	18(8,8)
16. Kateter uygulama, ameliyat veya kalp pili gibi prosedürlerin yan etkisi veya oluşturabileceği sorunlar hakkında endişelenmekten	41(20,1)	46(22,5)	26(12,7)	19(9,3)	21(10,3)	34(16,7)	17(8,3)
17. Burun kanaması, diş fırçalarken oluşan diş eti kanaması, kesiklerden oluşan ağır kanama veya berelenme gibi sonuçlara sebep olan kan incelticilerin yan etkisi hakkında endişelenmekten	31(15,2)	54(26,5)	17(8,3)	20(9,8)	23(11,3)	33(16,2)	26(12,7)
18. Tedavinin günlük hayattaki etkinliklerinize müdahalesi hakkında kaygılanmaktan veya endişelenmekten	34(16,7)	58(28,4)	21(10,3)	21(10,3)	28(13,7)	27(13,2)	15(7,4)
AFEQT Tedavi Memnuniyet Alt Ölçeği	Aşırı Derecede Memnunum	Çok Memnunum	Oldukça Memnunum	Memnun Olmakla Olmamak Arasındayım	Oldukça Memnuniyetsizim	Çok Memnuniyetsizim	Aşırı Derecede Memnuniyetsizim
19. Şu anki tedaviniz Atriyal Fibrilasyonunuzu ne kadar iyi düzenliyor?	7(3,4)	64(31,4)	73(35,8)	45(22,1)	12(5,9)	3(1,5)	0(0)
20. Tedaviniz Atriyal Fibrilasyonun belirtilerini ne ölçüde rahatlatı?	8(3,9)	56(27,5)	81(39,7)	43(21,1)	10(4,9)	5(2,5)	1(0,5)

Tablo 7’de AFEQT ölçeğinin ve alt boyutlarından elde edilen sonuçlarının yüzde dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin AFEQT ölçeğindeki cevapları incelendiğinde;

“Aşırı derecede” olarak ifade edilen cevapların dağılımı aşağıda verildiği gibidir:

“Belirtiler” boyutunda,

- Birinci madde “Kalp çarpıntısı, kalbin teklemesi veya hızlı atmasından” (% 33,3)
- İkinci madde “Düzensiz kalp atımından” (%32,4)
- Dördüncü madde “Denge kaybı veya baş dönmesinden” (%36,8) aşırı derecede rahatsız oldum seçeneği tercih edilmiştir.

“Günlük Etkinlikler “ boyutunda,

- Yedinci madde “Yorgunluk, bitkinlik veya güç kaybı nedeniyle bir aktivitede bulunurken” (%44,6)
- Sekizinci madde “Nefes darlığı nedeniyle fiziksel aktivite yaparken” (%58,3)
- Dokuzuncu madde “Egzersiz yaparken” (%46,6)
- Onuncu madde “Tempolu yürüyüş yaparken” (%56,6)
- On birinci madde “Yokuş yukarı hızlı yürürken veya “poşet-paket” gibi şeyleri hiç durmadan taşırken ve dinlenmeden bir kat merdivenden çıkarken” (%74,0)
- On ikinci madde “Mobilya kaldırma veya yerini değiştirme, koşma, tenis veya basketbol gibi yorucu hareketli spor aktivitelerinde bulunurken” (%71,6) aşırı derecede zorlandım olarak ifade edilmiştir.

“Tedavi kaygısı” boyutunda,

- On dördüncü madde “Atrial fibrilasyonun uzun vadede diğer sağlık durumlarını kötüleştirebileceğine dair endişe duygusu” (%19,6) aşırı derecede rahatsız oldum ifade edilmiştir.

“Hiç” (rahatsız olmama, kısıtlanmama ve zorlanmama)” olarak ifade edilen cevapların dağılımları aşağıda verilmiştir:

“Belirtiler” boyutunda,

- Üçüncü madde “Kalp atışında bir duraklama olmasından” (%27,5)

“Tedavi kaygısı” boyutunda,

- On altıncı madde “Kateter uygulama, ameliyat veya kalp pili gibi prosedürlerin yan etkisi/oluşturabileceği sorunlar hakkında endişelenmekten” (% 20,1) hiç rahatsız olmadım seçeneği ifade edilmiştir.

4.3. AFEQT Ölçeği Geçerlilik Bulguları

Ölçeğin geçerlilik çalışmaları kapsamında;

- **Dil geçerliliği** için; çeviri- tekrar çeviri (EK-5),
- **Kapsam geçerliliği** için; uzman paneli (EK-6),
- AFEQT ölçeği **yapı geçerliliği** için faktör analizi (Tablo-9),
- Ölçeğin risk faktörleri ile **ayırt edici geçerliliği** (Tablo 11),
- Ölçeğin **es zaman geçerliliği** ise AFSS ile (Tablo 12) yapıldı.
- AFEQT ölçeği **yapı geçerliliği** için faktör analizi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 8. AFEQT ölçeği maddelerine Ait KMO ve Bartlett’s test değerleri

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,826
Bartlett’s Testi	$\chi^2=3472,468$ p=0.00

p ≤0,05

AFEQT ölçeğinde, faktör analizinin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün yeterliliğini değerlendirmek amacıyla KMO ve Bartlett analizi yapılmıştır (Tablo 8). KMO değerinin 0.80-0.89 =*çok iyi* olarak değerlendirilmekte ve Bartlett’s testinin anlamlı çıkması da faktör analizinin yapılmasına uygun olduğunu göstermektedir (Tavşancıl 2014; Serbest ES, 2018). AFEQT ölçeğinin KMO değerinin 0,826 olması ve Bartlett’s testi sonucunun ise 3472,468 çıkararak (p=0.00) faktör analizi yapılabileceğini göstermektedir.

Tablo 9. AFEQT ölçeğinin açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre maddelerinin faktör yükleri

Madde	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
AFEQT 1			0,72	0,43	
AFEQT 2			0,73	0,37	
AFEQT 3			0,62		
AFEQT 4			0,68		
AFEQT 5	0,47		0,59		
AFEQT 6	0,49		0,59		
AFEQT 7	0,70				
AFEQT 8	0,74				
AFEQT 9	0,85				
AFEQT 10	0,83				
AFEQT 11	0,82				
AFEQT 12	0,83				
AFEQT 13				0,88	
AFEQT 14				0,86	
AFEQT 15		0,91			
AFEQT 16		0,85			
AFEQT 17		0,89			
AFEQT 18		0,89			
AFEQT 19					0,93
AFEQT 20					0,94
Toplam Açıklanan Varyans %75,67					

Not: Extraction Method: Principal Axis factoring, Rotation Method: Varimax kullanılmıştır.

AFEQT ölçeğinin **“yapı geçerliği” için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri** yapılmıştır (Tablo 9). Açımlayıcı faktör analizinde faktör yüklerinin değerlendirilmesinde 0,40 ya da daha yüksek bir oranda olması yapılacak olan seçim için iyi sayılan bir ölçü olmasına karşın 0,30’a kadar inebilmekte olduğu ölçütü dikkate alınmıştır (Erkuş A, 2003; Büyüköztürk Ş, 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014; Çakır, A. 2014)

Faktör analizi sonuçları öz değeri (Eigenvalues) 1’in üstünde olan ve toplam varyansın %75,67’sini açıklayan 5 faktör ortaya çıkarmıştır. Faktör matrisi incelendiğinde, 1-4. Maddelerin faktör yüklerinin 0,30’dan büyük olduğu ve üçüncü faktöre yüklendiği görülmüştür. 1-2. Maddelerin faktör yüklerinin hem üçüncü (0,72-0,73) hem dördüncü faktöre (0,43-0,37) yüklendiği görülmüştür. İki soru değerlendirildiğinde üçüncü faktöre yüklenen sorular ile benzer türevde olduğu düşünüldüğünden 1ve 2. Soruların üçüncü faktörde alınması uygun görülmüştür. Ölçeğin orijinalinde de bu iki soru “ belirtiler” alt boyutunda yer almaktadır.

Beş -12. maddelerin faktör yüklerinin 0,30’dan büyük olduğu ve birinci faktöre yüklendiği görülmüştür. Ayrıca 5 ve 6. Maddelerin yüklerinin hem birinci (0,47-0,49) hem

üçüncü faktöre (0,59-0,59) yüklendiği görülmektedir. Ancak ölçek sorularına bakıldığında bu soruların birinci faktöre yüklenen sorular ile benzeştiği düşünüldüğünden 5 ve 6. Sorularında birinci faktörde yer alması uygun görülmüştür. Ölçeğin orijinal versiyonunda bu iki soru günlük etkinlikler başlığı altında toplanmıştır. Bu yüzden Türk toplumunda konu içeriği yönünden zorlanmalar ve kısıtlanmalar bir arada ele alınabilmekte ve aynı başlıkta toplanmaları uygun bulunmuştur.

On üç-14. soruların faktör yükleri dördüncü faktörde 0,30'dan büyük olduğundan dolayı ayrı bir başlık altında toplanması uygun olabilmektedir. Fakat anlam yönünde 15-18. Sorular ile farklılık olmadığı kaygıyla ilişkili maddeler olduğu için ölçeğin orijinalinde olduğu gibi tedavi kaygısı alt başlığında yer alması uygun görülmüştür.

On beş-18. soruların faktör yüklerinin ikinci faktörde 0,30 den büyük olduğu görülmüş olup aynı başlık altında toplanmaları uygun bulunmuştur. Ölçeğin orijinalinde 13-18. Sorular olarak tedavi kaygısı alt başlığı altında birleşmiştir.

On dokuz-20. soruların faktör yüklerinin beşinci faktörde 0,30 den büyük olduğu tespit edilmiş olup tedavi memnuniyeti alt başlığı altında toplandığı faktör analizleri sonucunda görülmüştür. Bu sonuçlara göre; Türk toplumunda konu içeriği yönünden bazı ayrımlar ve farklı faktörlere yüklenmeler olmasına rağmen anlam yönünden uygun olmasından dolayı değişikliğe gidilmemiştir. Ölçeğin aslı olan 4 alt boyutta kullanılması uygun bulunmuştur.

Tablo 10. AFEQT ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları

Uygunluk İndeksleri	İyi uyum seviyeleri	Kabul edilebilir uyum seviyeleri	AFEQT ölçeği değerleri
Ratio χ^2/df	≤ 3.0	$\leq 4.0-5.0$	2,43
Goodness-of-fit index (GFI)	≥ 0.90	≥ 0.85	0,83
Adjusted goodness-of-fit index (AGFI)	≥ 0.90	≥ 0.85	0,78
Normed fit index (NFI)	≥ 0.95	≥ 0.90	0,88
Relative goodness-of-fit index (RFI)	≥ 0.95	≥ 0.90	0,87
Comparative fit index (CFI)	≥ 0.97	≥ 0.90	0,93
Incremental fit index (IFI)	≥ 0.95	≥ 0.90	0,93
Root mean square residual index (RMR)	0-1.0	0-1.0	0,36
Root mean squared error approximation (RMSEA)	≤ 0.05	$\leq 0.06-0.08$	0,84

AFEQT ölçeği için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış uygunluk açısından ki-kare değeri 2,43 olarak saptanmıştır (Tablo 10). AFEQT ölçeği uygunluk indeksi değerlerine bakıldığında GFI değerinin 0,83, AGFI değerinin 0,78, NFI değerinin 0,88, RFI değerinin

0,87, CFI değerinin 0,93, IFI değerinin 0,93, RMR değerinin 0,36 ve RMSEA değerinin 0,84 olduğubulunmuştur. Bu sonuçlara bakıldığında ise AFEQT ölçeği Türkçe versiyonunun ki-kare değerine göre orijinal versiyonuyla iyi düzede uyum sağladığı saptanmıştır.

Ölçeğin avırt edici geğerliliğini belirlemek için hastalara ait bazı risk faktörleri ile AFEQT ölçeği yaşam kalitesi skorları arasındaki iliştkiye bakılmıştır (Tablo 11).



Tablo 11. Hastalara ait bazı risk faktörlerine göre AFEQT ve alt boyut skorlarının dağılımı

Belirtiler ve Puan ort±SS p değeri	Belirtiler	Günlük Etkinlikler	Tedavi Kaygısı	Tedavi Memnuniyeti	Toplam	
Yaş	>65 n=156	38,40±27,02	18,89±16,03	54,91±25,6	67,14±15,9	35,23±17,33
	<65 n=48	37,32±24,95	23,17±20,42	45,94±28,35	63,36±20,24	33,91±19,56
	p değeri	0,805	0,132	0,040*	0,180	0,654
Cinsiyet	Kadın n=133	34,55±24,06	17,62±14,43	49,14±26,05	65,22±15,94	31,89±15,84
	Erkek n=71	44,89±29,55	24,17±20,91	59,66±26,08	68,19±18,91	40,61±19,99
	p değeri	0,013*	0,009**	0,007**	0,023*	0,001**
HT	Olan n=105	34,6±23,53	16,92±14,33	51,0±26,16	66,82±17,44	32,21±15,86
	Olmayan n=98	41,32±28,5	23,21±19,42	54,33±26,69	65,64±16,76	37,61±19,4
	p değeri	0,068	0,009**	0,37	0,624	0,031*
DM	Olan n=48	31,25±24,4	15,32±10,91	55,20±23,08	70,48±14,58	32,15±14,27
	Olmayan n=156	40,27±26,82	21,31±18,52	52,06±27,46	64,95±17,57	35,77±18,76
	p değeri	0,039*	0,035*	0,474	0,049*	0,22
SVH	Olan n=32	39,19±27,71	18,48±16,94	56,42±24,01	67,7±13,17	35,73±16,71
	Olmayan n=172	37,96±26,34	20,16±17,29	52,13±26,92	65,98±17,69	34,77±18,09
	p değeri	0,810	0,614	0,401	0,601	0,781
Böbrek hastalıkları	Olan n=32	28,51±18,48	12,69±8,74	46,26±27,4	67,18±16,65	27,40±12,48
	Olmayan n=172	39,94±27,4	21,24±18,05	54,02±26,21	66,08±17,16	36,32±18,36
	p değeri	0,025*	0,010**	0,129	0,738	0,009**
Akciğer hastalıkları	Olan n=56	35,34±24,51	14,39±12,63	52,97±25,4	63,98±16,13	31,91±15,52
	Olmayan n=148	39,21±27,21	21,98±18,25	52,74±26,96	67,11±17,35	36,06±18,56
	P değeri	0,353	0,005**	0,955	0,243	0,138
Kalp yetmezliği	Olan n=42	39,08±23,46	19,24±18,25	53,57±29,65	63,88±16,93	35,09±19,83
	Olmayan n=161	38,09±27,27	20,14±17,0	52,55±25,76	67,13±16,8	34,93±17,4
	p değeri	0,829	0,764	0,825	0,267	0,959
Damar tıkanıklığı	Olan n=9	39,35±23,94	16,89±9,51	54,62±30,58	63,88±19,54	34,46±17,38
	Olmayan =195	38,09±26,66	20,04±17,48	52,72±26,36	66,36±16,97	34,94±17,91
	p değeri	0,890	0,593	0,833	0,671	0,937

* p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01 *student t testi kullanılmıştır*

- Tedavi kaygısı alt boyutunda 65 yaşından küçük olan bireylerin, 65 yaşından büyük olanlara göre AFEQT skorlarının daha düşük olduğu,
- Belirtiler, günlük etkinlikler, tedavi kaygısı ve tedavi memnuniyeti alt boyutlarında kadınların, erkeklere göre AFEQT skorlarının daha düşük olduğu,
- Günlük etkinlikler alt boyutunda HT olanlarda, olmayanlara göre AFEQT skorlarının daha düşük olduğu,
- Belirtiler, günlük etkinlikler ve tedavi memnuniyeti alt boyutlarında DM olan hastalarda olmayanlara göre AFEQT skorlarının daha düşük olduğu,
- Belirtiler ve günlük etkinlikler alt boyutlarında böbrek hastalığı bulunanlarda, bulunmayanlara göre AFEQT skorlarının daha düşük olduğu,
- Günlük etkinlik alt boyutunda akciğer hastalığı olanlarda olmayanlara göre AFEQT skorlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Toplam ölçek skoru dikkate alındığında kadın cinsiyet, HT, böbrek hastalığı olan bireylerin puanlarını daha düşük olduğu saptanmıştır.

SVH, kalp yetmezliği ve damar tıkanıklığı hastalıkları yönünden anlamlılık saptanmamış olup serabral hemoraji ve MI hastalıkları bulunan hasta sayısı az olunmasından dolayı örnekleme yansıtmayacağından değerlendirilmemiştir.

Ölçeğin eş zaman geçerliliği için “AFEQT” ölçeği ile “Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti” ölçeği arası korelasyona bakılmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. AFEQT ve Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği eş zaman geçerliliği korelasyon analizi

		Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği	
		Toplam AF yükü	AF semptom ciddiyeti
AFEQT	r	-0,390	-0,789
	p	0,00	0,00

Not: Pearson korelasyon analizi

AFEQT ölçeğinin eş değer zaman geçerliliğini test edebilmek üzere Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti skalası kullanılmış ve korelasyon analizi yapılmıştır (Liu Y, 2003). AFEQT ölçeği ile AFSS skalası arasında negatif yönde yüksek düzeyde uyum saptanmıştır. Negatif yönde ortaya çıkan uyumun sebebi ise; AFEQT ölçeğinde alınan

puanın artması yaşam kalitesinin yüksekliğini puan azalması ise yaşam kalitesinin azaldığını gösterirken ve AFSS ölçeğinde alınan puanın artması AF şikâyetlerinin arttığını puanın azalması ise AF şikâyetlerinin azaldığını göstermesidir.

4.4. AFEQT Ölçeği Güvenirlik Bulguları

Tablo 13. AFEQT ölçeği ve AFEQT ölçeğinin alt boyutlarının İç Tutarlılığı (Cronbach Alfa Değeri)

	Cronbach Alfa Değeri
AFEQT Ölçeği Toplam	0,910
Belirtiler	0,788
Günlük Etkinlikler	0,915
Tedavi Kaygısı	0,867
Tedavi Memnuniyeti	0,956

Tüm ölçeğin iç tutarlık katsayısı; 0,910 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar için hesaplanan iç tutarlık katsayıları sırayla; belirtilerin iç tutarlığı 0,788, günlük etkinlikler iç tutarlığı 0,915, tedavi kaygısı iç tutarlığı 0,867 ve tedavi memnuniyeti iç tutarlığı 0,956 olarak bulunmuştur (Tablo 13). Literatürde hesaplanan iç tutarlılık/Cronbach Alfa değerlerinin en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir (Aker ve ark, 2005; Karakoç ve Dönmez, 2014; Kula Kartal ve Mor Dirlik 2016). Buna göre ölçeğin genel ve alt boyutları iç tutarlılığını gösteren Cronbach Alfa değerlerinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 14. AFEQT ölçeğinin genel ve alt boyut maddeleri için madde-toplam korelasyonları

Sorular (N=204)	Genel	Belirtiler	Günlük Etkinlikler	Tedavi Kaygısı	Tedavi Memnuniyeti
1.Madde	0.601	0,731			
2. Madde	0.624	0,739			
3. Madde	0,499	0,521			
4. Madde	0,364	0,375			
5. Madde	0,659		0,703		
6. Madde	0,683		0,713		
7. Madde	0,646		0,752		
8. Madde	0,521		0,670		
9. Madde	0,587		0,802		
10. Madde	0,598		0,766		
11. Madde	0,489		0,651		
12. Madde	0,462		0,669		
13. Madde	0,618			0,514	
14. Madde	0,617			0,504	
15. Madde	0,490			0,718	
16. Madde	0,518			0,736	
17. Madde	0,520			0,716	
18. Madde	0,595			0,804	
19. Madde	0,433				0,916
20. Madde	0,402				0,916

AFEQT ölçeği madde analizi için gerek tüm maddeler, gerekse tüm alt boyutlar için madde-toplam korelasyonları hesaplanmıştır (Tablo 14). Madde-toplam puan korelasyonları “belirtiler alt boyutu” için 0,375-0,739; “günlük etkinlikler alt boyutu” için 0,651-0,802; “tedavi kaygısı alt boyutu” için 0,504-0,804 ve “tedavi memnuniyeti” alt boyutu için 0,916 değerini almıştır.

Tablo 15. AFEQT ölçeği genel puanları ile alt ölçeklerden alınan puanların korelasyonları

	Belirtiler	Günlük Etkinlikler	Tedavi Kaygısı	Tedavi Memnuniyeti
Genel	0,759*	0,811*	0,812*	0,385
Belirtiler		0,526	0,413	0,316
Günlük etkinlikler	0,526		0,423	0,262
Tedavi kaygısı	0,413	0,423		0,339
Tedavi memnuniyeti	0,316	0,262	0,339	

*p<0,01

Ölçek genel skoru ve alt boyutlar arasında korelasyon değerlerine bakıldığında AFEQT ölçeği geneli ile “belirtiler”, “günlük etkinlikler” ve “tedavi kaygısı” alt boyutu arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki bulunurken; AFEQT ölçeği geneli ile “tedavi memnuniyeti” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 15).

4.5. Genel ve Alt Boyutların Tanımlayıcı İstatistikleri

Tablo 16. AFEQT ölçeğinin genel ve alt boyutların tanımlayıcı istatistikleri

	Genel	Belirtiler	Günlük Etkinlikler	Tedavi Kaygısı	Tedavi Memnuniyeti
Ortalama	34,926	38,153	19,904	52,805	66,258
Ortanca	32,870	33,333	14,583	52,805	66,258
Mod	33,33	8,33	4,17	61,11	66,67
Standart Sapma	17,846	26,499	17,208	26,483	17,047
Minimum	2,78	0,00	0,00	0,00	16,67
Maksimum	87,04	100,00	83,33	100,00	100,00

Tablo 16’te ölçeğin genel toplam değerine ve alt boyutlarına göre ortalama, ortanca, mod, standart sapma, minimum ve maksimum değerler verilmiştir. Buna göre; AFEQT ölçeğinde puan toplamları alındığında genel puanın ortalamasını 34,92 ±17,84 olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin alt boyutlarında ise sırasıyla ortalama toplam değerlerinin; belirtiler alt boyutunda $38,153 \pm 26,499$, günlük etkinlikler alt boyutunda $19,904 \pm 17,208$, tedavi kaygısı alt boyutunda $52,805 \pm 26,483$ ve tedavi memnuniyeti alt boyutunda $66,258 \pm 17,047$ olarak bulunmuştur (Tablo 16). AF'li hastalarda özellikle “günlük etkinlikler” ve “belirtiler” alt boyutlarında yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Ölçeğin yaşam kalitesi puanlamasında; 0 değeri yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğinin 100 tam puan alanların ise yaşam kalitelerinin etkilenmediği belirtilmiştir (Spertus ve ark, 2011). Buna göre çalışmaya katılan AF'li hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

Bu çalışma, AF'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede spesifik bir ölçek olan, 20 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşan AFEQT ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini saptamak, AF'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri incelenmek amacıyla, kesitsel ve metodolojik tipte **204 hasta** ile gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların sosyo demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 71.33 ± 10.34 (Min: 44 yaş Max: 93 yaş), üçte ikisinin kadın ve evli olduğu; yarısının ilkokul mezunu, tamamına yakınının çalışmadığı ve yarısından fazlasının gelirin-gidere denk olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). CDC (2017) verilerine göre, AF 65 yaş altı bireylerde %2, 65 yaş üstü bireylerde %9 oranında görüldüğü bildirilmektedir. Ülkemizde AF'li hastalarda yapılan çalışmalarda yaş ortalaması $67,5\pm 12,9$ ile 71.69 ± 10.15 arasında olduğu; yarısından fazlasının (%56 ile %59) kadın olduğu rapor edilmiştir (Karaağaçlar ve ark. 2012; Özli İ 2018; Demir ve ark 2018).

Katılımcıların sağlık durumu incelendiğinde ise; AF tanısı aldığı sürenin 70.90 ± 87.11 ay (min: 1ay max:516 ay) olduğu; büyük çoğunluğunun permanent türü AF (%88,2) tanısı aldığı; yarısından fazlasının coumadin kullandığı ve HT'si (%51,5) olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Ülkemizde AF'li hastalarda yapılan çalışmalarda; permanenet türü AF'nin %41,8 ile %81 arasında olduğu, hastaların yarısına yakınının (%44 ile %49) coumadin kullandığı rapor edilmiştir (Karaağaçlar ve ark. 2012; Göksülük ve Güleç, 2018; Demir ve ark 2018).

AFEQT ölçeğinin “belirtiler”, “günlük etkinlikler”, “tedavi kaygısı” ve “tedavi memnuniyeti” alt boyutlarında **Aşırı derecede** zorlanılan ve rahatsız olunan” durumlar ele alındığında (Tablo 7):

Belirtiler boyutunda; katılımcıların üçte birinin “denge kaybı/baş dönmesi”, “kalp çarpıntısı, kalbin teklemesi/hızlı atması” ve “düzensiz kalp atımı” durumlarından aşırı derecede rahatsız olduğu saptanmıştır. Literatürde AF belirti ve bulguları çarpıntı hissi, baş dönmesi, senkop, göğüste ağrı, nefes darlığı, halsizlik vb. olarak belirtilmektedir (Acıbuca A, 2015; Yanartaş ve ark, 2015; Adalet K, 2017; İltuş ve Karadakovan ,2017).

Günlük Etkinlikler boyutunda; katılımcıların üçte ikisinin “yokuş yukarı hızlı yürürken, poşet/paket taşırken, merdivenden çıkarken (dinlenmeden)” ve “mobilya kaldırma/yerini değiştirme, spor aktiviteleri sırasında (koşma, tenis, basketbol vb.)” aşırı derecede zorlandığı saptanmıştır. Literatürde AF'nin günlük etkinliklerde egzersiz durumunda azalmış vücut toleransyonu, halsizlik, nefes darlığı, uykuya eğilim, kısıtlanmalara neden olabileceği belirtilmektedir (Acıbuca A, 2015; Yanartaş ve ark, 2015; Adalet K, 2017; İltuş ve Karadakovan ,2017)

Tedavi kaygısı boyutunda; beşte birinin “Atriyal fibrilasyonun uzun vadede diğer sağlık durumlarını kötüleştirebileceğine dair endişe duygusu” hissetmekten aşırı derecede rahatsız oldukları saptanmıştır.

Bu çalışmada, aşırı derecede rahatsız olma yönündeki bulgular literatürle benzerlik göstermektedir. Bu belirtilerin, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede zorlanmalarına neden olduğu kanısındayız.

AFEQT ölçeğinin alt boyutlarında “Hiç” rahatsız olunmayan durumlar ele alındığında (Tablo 7): “*Belirtiler*” boyutunda; katılımcıların sadece beşte biri “kalp atımında duraklama olması” ve “denge kaybı/baş dönmesi” durumlarından hiç rahatsız olmadıklarını belirtmişlerdir. “*Tedavi kaygısı*” boyutunda ise; beşte birinin “Kateter uygulama, ameliyat, kalp pili gibi prosedürlerin yan etkisi/oluşturabileceği sorunlar hakkında endişelenmekten” hiç rahatsız olmadıkları görülmüştür. Bu sonuçlar bize, hastaların bazılarının asemptomatik olabileceğini ve tedavi yan etkileri konusunda yeterli bilgilerinin olmadığını düşündürmektedir. Literatürde, AF'nin asemptomatik olabildiğini SVO öyküsü, kalp yetmezliği veya EKG tanılması ile tesadüfen tanıldığı belirtilmektedir (Erdil Ülgen S, 2017; Uncu H, 2017).

Çalışmadan elde edilen bulgular iki ana başlık altında güncel literatürle tartışılmıştır.

Geçerlilik ve güvenilirlik bulgularının tartışılması

Literatürde, bir ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılabilmesi için, ölçeğin orijinalinin geçerlilik ve güvenilirliğinin belli bir düzeyde olması gerektiği vurgulanmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Seçer İ, 2015; Erdoğan ark, 2014). Araştırmamızda kullanılan AFEQT ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, ölçeği

geliştirenler ve kullananlar tarafından yapılmış ve kullanıma uygun bulunmuştur (Spertus ark, 2010; Kotecha ve ark. 2016).

Geçerliliğe yönelik bulguların tartışılması:

Geçerlilik, “bir ölçüm aracının neyi ne kadar isabetli/doğru ölçtüğü ve geliştirilme amacına ne kadar hizmet ettiği” olarak tanımlanmaktadır (Erkuş A, 2003; Öner N, 2006; Erdoğan ve ark. 2014; Serbest ES, 2018). AFEQT ölçeğinin geçerliliğini saptamaya yönelik; dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, bazı risk faktörleriyle ayırt edici geçerliliği ve eş zaman geçerliliği uygulamaları yapılmıştır.

Literatürde, bir ölçeğin geçerlilik çalışmalarında ilk olarak, kullanılmak istenen ölçeğin toplumun kültürüne yönelik **dil çevirisinin** yapılması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Türkmen ve ark, 2011; Özli İ, 2018). Ölçeğin dilinin değiştirilmesi, ölçeğin anlam kaybetmesine neden olabilmektedir. Bunu en aza indirilmek için, maddeler titizlikle incelenmeli ve anlamı koruması için gerekli dönüştürmelerin yapılması gerekmektedir. Bunun için en çok kullanılan yöntem, çeviri-geri çeviri yöntemi önerilmektedir (Deniz KZ, 2007; Türkmen ve ark, 2011; Acaroğlu R, 2014; Özli İ, 2018). Bu bağlamda, AFEQT ölçeği profesyonel bir çeviri şirketi tarafından Türkçe’ye çevirilmiştir. Gerekli düzenlemeler, araştırmacı ve danışmanı tarafından yapıldıktan sonra iki kültürü iyi tanıyan ve konuşan biri tarafından İngilizce’ye çevrilmiştir. İngilizce çevirisinin anlam yönünden farklılıklar olmamasını kontrol etmek amacıyla, tekrar Türkçe çevirisi yapılmıştır.

Ölçeğin kullanıma başlanmadan önce ön uygulamasının yapılması önerilmektedir (Deniz KZ, 2007; Doğan ve ark, 2009; Türkmen ve ark, 2011; Özli İ, 2018). Buna dayanarak, ön uygulamadan sonra (20 hasta) anlaşılabilirliğin iyi olduğu saptanmış, orijinal ölçek ve Türkçe’ye çevirilen ölçek arasında anlam farklılığı olmadığına karar verilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda, AFEQT ölçeğinin Türkçe formunun dil geçerliliği yönünden uygun olduğu söylenebilir.

Literatürde, ölçeklerin **kapsam geçerliliğinde** Türk dili ve kültürüne uygunluğunun değerlendirmesi amacıyla “Davis tekniği” kullanılması önerilmektedir. “Davis tekniği; alanında uzman kişilerin görüşünün alınması ve uygunluğunun değerlendirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Güleç ve Kavlak, 2013; Gürsoy ve Turan Özpolat, 2017; Özli İ, 2018). Buna göre, Kardiyoloji uzmanlarına (3 hekim 3 hemşire) ölçeğin her maddesinin anlaşılabilirliğini, dil ve kültürel uygunluğunu değerlendirmek amacıyla (1=uygun değil,

2=biraz uygun 3=uygun 4=çok uygun) danışılmıştır (EK-11). Uzmanların değerlendirmeleri sonucunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Ölçek geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları incelendiğinde; Davis tekniğini kullandıkları ve araştırmamızla benzer adımlar izledikleri görülmüştür (Gürsoy ve Turan Özpolat 2017; Tekşan ve Süğümlü 2018; Özli İ 2018). Buna bağlamda, AFEQT ölçeğinin kültürel uygunluğu ve anlaşılabilirliği yönünden uygun olduğu söylenebilir.

Bir ölçeğin **yapı geçerliliğini** belirlemek için kullanılan en iyi yöntem, faktör analizidir. Faktör analizi “*maddelerin hangi alt boyutta kullanılacağını belirlemek amacıyla kullanılan yöntem*” olarak tanımlanmaktadır (Özli İ,2018). Ölçme aracı, birbirine benzer nitelikteki maddelerde homejen bir dağılım olması beklendiği vurgulanmaktadır (Özli İ,2018).

Faktör analizine başlanmadan önce, toplanan verilerin yeterli olup olmadığını saptamak için KMO ve örneklemin analize uygunluğunu değerlendirmek amacıyla da Bartlett’s testi yapılması gerektiği bildirilmektedir (Özdamar K,2004; Özli İ,2018). Bu çalışmada, KMO değerinin 0,826 olması, örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Bartlett’s testi $p=0,00$ bulunmuş olup, bu bulgu verilerin normal dağılımda olduğunu, örneklem büyüklüğünün ölçüm sonuçlarını etkilemediği, seçilen örneklemin faktör analizi için uygun ve yeterli sayıda olduğunu göstermektedir (Tablo 8).

Araştırmamızda yapı geçerliliğini saptamak amacıyla, Extraction Method: Principal Axis factoring, Rotation Method: Varimax analizi ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. AFEQT ölçeği açımlayıcı faktör analizi sonuçları öz değeri (Eigenvalues) 1’in üstünde olan ve toplam varyansın %75,67’sini açıklayan 5 faktör ortaya çıkmıştır.

Literatüre göre, faktör yük değerinin en az 0,30 olması sınır olarak kabul edilmektedir (Erkuş, 2003; Büyüköztürk Ş, 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014; Çakır, A. 2014). Çalışmamızda faktör analizi sonuçları, faktör yük değerleri ve açıklanan varyans yeterli düzeyde bulunmuştur (Tablo 9).

Orijinal ölçeğin maddeleri dört faktör altında toplanmasına rağmen, bu çalışmada beş faktör elde edilmiştir. Fakat bütüncül bakıldığında, orijinalinde olduğu gibi dört faktör altında toplanmış ve gerekçesi aşağıda açıklanmıştır. Buna göre:

Maddelerin faktörlere dağılımı incelendiğinde; 1-4. maddelerin faktör yüklerinin 0,30'dan büyük olduğu ve üçüncü faktöre (*belirtiler alt boyutu*) yüklendiği görülmüştür. Ancak bir ve ikinci maddelerin hem faktör üç (faktör yük değeri 0,72-0,73) hem de faktör dörde (faktör yük değeri 0,43-0,37) yüklendiği gözlenmiştir. Bu maddelerin, hem yüklenme puanı hem de anlamlık yönünden faktör üçe (*belirtiler alt boyutu*) alınması uygun görülmüştür. Ölçeğin orijinalinde de bu iki soru “belirtiler” alt boyutunda yer almaktadır (Tablo 8) (Spertus ve ark, 2011).

Beş-12. maddelerin faktör yüklerinin 0,30'den büyük olduğu ve birinci faktöre (*Günlük etkinlikler*) yüklendiği görülmüştür. Ancak beş ve altıncı maddelerin yüklerinin hem birinci (0,47-0,49) hem üçüncü faktöre (0,59-0,59) yüklendiği görülmüştür. Ölçek sorularına bakıldığında bu maddelerin birinci faktöre yüklenen sorular ile benzeştiği düşünüldüğünden, birinci faktörde yer alması uygun görülmüştür. Ölçeğin orijinal versiyonunda da bu iki soru “*günlük etkinlikler*” alt boyutunda toplanmıştır (Tablo 8) (Spertus ve ark, 2011). Bu yüzden Türk toplumunda konu içeriği yönünden zorlanmalar ve kısıtlanmalar bir arada ele alınabilmekte ve aynı başlıkta toplanmaları uygun bulunmuştur.

On üç-18. maddelerin faktör yüklerinin 0,30'dan büyük olduğu ve ikinci faktöre (*tedavi kaygısı*) yüklendiği görülmüştür. Ancak 13. ve 14. maddelerin ayrıca dördüncü faktöre yüklenmesinden dolayı ayrı bir başlık altında toplanması mümkün olsa da 15-18. maddelerden anlam yönünden farklı olmadığı için (kaygıyı değerlendirmelerinden dolayı) ölçeğin orijinalinde olduğu gibi “*tedavi kaygısı*” alt boyutunda yer alması uygun görülmüştür (Tablo 8) (Spertus ve ark, 2011).

On dokuzuncu ve 20. maddelerin faktör yüklerinin 0,30'dan büyük olduğu ve beşinci faktöre yüklendiği tespit edilmiş olup “*tedavi memnuniyeti*” alt boyutunda toplandığı görülmüştür (Tablo 8) (Spertus ve ark, 2011).

Bu ölçeği geliştiren Spertus ve ark. (2011) yaptıkları validasyon çalışmasında; 39 madde ile yaptıkları açıklayıcı faktör analizinde, maddelerin üç faktöre yüklendiğini gözlemlemiş ve faktörlere dağılımına göre maddeleri birleştirerek 18 maddeye indirdiklerini rapor etmişlerdir. Fakat 19. ve 20. maddeler faktör analizine dahil edilmeden ayrı faktörde toplanmış ve toplam 20 maddeden ve dört faktörden (belirtiler, günlük etkinlikler, tedavi kaygısı ve tedavi memnuniyeti) oluşan ölçeğe son şeklini vermişlerdir.

AFEQT ölçeği Türkçe versiyonu için yapılan doğrulamalı faktör analizinde ise; uyum indeksi değerlendirmesi ki-kare değeri $\chi^2= 2,43$ bulunmuştur. Literatür incelendiğinde doğrulamalı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum indeksi değerinin 2 in altında olması önerilmekte, 5 ve daha az bir değer ise kabul edilebilmektedir (Wheaton ve ark, 1977; Munro BH, 2005; Şimşek ÖF, 2007; Hooper ve ark, 2008).

Tailachidis ve ark (2016) Yunanistan'da yaptıkları AFEQT validasyon çalışmasında faktör analizine yer vermemişlerdir.

Sonuç olarak; 20 maddelik AFEQT ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanmasında yapı değişikliğine gidilmeden, orijinaline sadık kalınması uygun görülmüş ve doğrulamalı faktör analizi sonuçlarına göre alt boyutlar ve maddeler arasında uyumun sağlandığı saptanmıştır.

Bir ölçeğin geçerliliğini sınamak için yapılan bir başka analiz ise **ayırt edici geçerliliğini** test etmektir. AF gelişme riski yaşlanma ile birlikte (özellikle 60 yaşın üstündeki bireylerde) artış gösterir. Literatüre göre, AF gelişmesinde en sık rol oynayan majör risk faktörleri; yaş, cinsiyet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp kapak hastalığı, kronik akciğer hastalıkları, kalp yetmezliği, kardiyomiyopati, konjenital kalp hastalığı ve pulmoner emboli olarak belirtilmektedir. (Cleveland Clinic, 2009; CDC 2017; Aksun ve ark, 2017; Wasmer ve ark, 2017; Curry ve Hall,2018; Erdinç ve ark, 2018).

AFEQT ölçeğinin ayırt edici geçerliliğini belirlemek amacıyla; AF için risk faktörü olan (yaş, cinsiyet, HT, DM, İnme, böbrek hastalıkları, akciğer hastalıkları, kalp yetmezliği, damar tıkanıklığı) bazı durumlar ile AFEQT ve alt boyut skorları karşılaştırılmıştır (Tablo 10).

Araştırmalar incelendiğinde; AF'nin ileri yaştaki (>75 yaş) bireylerin yarısından fazlasında görüldüğü, hastaların yarısından fazlasının kadın (%56 ile 58,5) olduğu, yaklaşık üçte ikisinde HT (%65,7 ile %71, 9), dörtte birinde DM (%22,4 ile %25,9), yarısından azında ise koroner kalp hastalığı (%31 ile%44,8), kalp yetmezliği (%13,4 ile %34,4) ve inme (%17,1) olduğu rapor edilmiştir (Uyarel ve ark, 2008; Karaağaçlar ve ark, 2012; Özli i 2018).

Bu çalışmada, AFEQT ölçeği puanlarıyla, AF ile ilişkili risk faktörleri karşılaştırıldığında (hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde); AFEQT ölçeğinin toplam skoruna göre kadınların, HT ve böbrek hastalığı olanların puanlarının daha

düşük olduğu saptanmıştır. AFEQT ölçeği alt boyutlarına göre bakıldığında; *belirtiler alt boyutunda* kadınların, DM ve böbrek hastalığı olanların puanlarının düşük olduğu yani bu gruptakilerin hastalık belirtilerinden daha fazla rahatsız oldukları saptanmıştır. *Günlük etkinlikler alt boyutunda* kadınların, HT, DM, böbrek ve akciğer hastalığı olanların puanlarının daha düşük olduğu, buna göre günlük etkinlikler sırasında daha fazla kısıtlandıkları belirlenmiştir. *Tedavi kaygısı alt boyutunda* 65 yaşından küçük bireylerin ve kadınların tedaviye yönelik kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. *Tedavi memnuniyeti alt boyutunda* ise kadınların memnuniyetinin düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

AF ile ilişkili risk faktörlerinin, hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. AFEQT ölçeği ayırt edici geçerlilik yönünden uygun olduğu söylenebilir.

Eş zaman geçerliliği “kullanılan ölçek ile benzer yapıda olan verileri veya ilişkili olan bir yapıyı inceleyen geçerliliği daha önceden yapılmış ve ispat edilmiş başka bir ölçekle eşzamanlı uygulanması” olarak tanımlanmaktadır (Aktürk ve Acemoğlu, 2012).

Bu çalışmada, eş zaman geçerliliğini saptamak amacıyla, korelasyon analizi yapılmıştır. Literatüre göre, alınan korelasyon puanı bire ne kadar yakınsa eş değer zaman geçerliliğinin o kadar iyi olduğu belirtilmektedir (Erkuş A, 2003; Şencan H, 2005; Çam ve Arabacı, 2010).

AFEQT ölçeğinin eş zaman geçerliliğini yapmak için AFSS ölçeği kullanılmıştır. Ölçekler arasında, negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ortaya çıkan negatif ilişkinin nedeni; ölçek puanları arasında ters tanımlama olması olarak belirlenmiştir (Tablo 12) (AFEQT ölçeğinde 0 puanın yaşam kalitesinde olumsuz etkilenmenin olmasını ifade ederken, AFSS ölçeğinde 0 puanın hiçbir etkilenmemeyi göstermesinden ve AFEQT ölçeğinde 100 puan bireyin yaşam kalitesinde hiçbir etkilenme olmadığını gösterirken, AFSS ölçeğinde 100 puan bireyin semptomlardan ciddi düzeyde etkilendiğini göstermektedir).

Çalışmamızda elde edilen bulgulara bakıldığında AFEQT ölçeğinin eş zaman geçerliliğinin sağlandığı görülmüştür.

Güvenilirliğe yönelik bulguların tartışılması:

“Güvenilirlik, bir ölçme aracıyla yapılan, birbirinden bağımsız olan ölçümlerden alınan sonucun kararlı/tutarlı olduğunu gösteren veri” olarak tanımlanmaktadır (Ercan ve Kan, 2004; Çakmur H, 2012).

Bir ölçeğin geçerli sayılabilmesi için öncelikle güvenilirliğinin saptanması gerekmektedir (Akgül 2003). Güvenilirliğin saptanması amacıyla İç Tutarlılığına bakılır. Ölçeğin puanlama özelliği dikkate alınarak, iç tutarlılık yöntemlerinden “yarıya bölme yöntemi”, “Kuder-Richardson güvenilirlik katsayıları” ve “Cronbach Alfa katsayısı” yöntemlerinden biri seçilir. Ayrıca güvenilirliği değerlendirmek için “madde toplam korelasyon kat sayısı” analizi yapılması da önerilmektedir. Bu analizlerin amacı, ölçekte bulunan maddelerin birbirleriyle olan uyumunun değerlendirilmesidir (Alper R,2002; Özli İ, 2018). Ölçek likert tipinde ise **ic tutarlılığı** saptamak için Cronbach Alfa analizi kullanılması önerilmektedir. **Cronbach Alfa analizi** “ölçekte bulunan maddelerin tutarlı olup olmadığını, ölçeğin homojenliğini belirleyen bir analiz” olarak tanımlanmaktadır (Ercan ve Kan, 2004, Çakmur H, 2012; Aktürk ve Acemoğlu 2012). Cronbach Alfa katsayı değeri 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı, 0.40-0.60 ise ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğu, 0.60-0.80 ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu ve 0.80-1.00 arasında ise ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Akgül A, 2003). Bir ölçeğin Cronbach Alfa katsayısının yüksek olması, ölçülmesi amaçlanan durumu iyi ifade eden ve birbiriyle tutarlı olan maddelerden oluştuğu anlamına gelmektedir (Alper R, 2002; Serbest ES, 2018; Özli İ, 2018).

Bu çalışmada, AFEQT ölçeğinin iç tutarlılığını saptamak ve homojenlik durumunu belirlemek amacıyla, ölçek genelinin ve alt boyutların Cronbach Alfa katsayısı değerlendirilmiştir. AFEQT ölçeğinin genel Cronbach Alfa katsayısı **0,910**, belirtiler alt boyutunun $\alpha=0,788$, günlük etkinlikler alt boyutunun 0,915, tedavi kaygısı alt boyutunun $\alpha=0,867$ ve tedavi memnuniyeti alt boyutunun $\alpha=0,956$ olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı ve homojenliğinin yüksek ölçüde güvenilir olduğu söylenebilir (Tablo 13).

Ölçeğin orijinalinde AFEQT ölçeği genel Cronbach Alfa değeri 0,88, belirtiler alt boyutu Cronbach Alfa değeri 0,95, günlük etkinlikler Cronbach Alfa değeri 0,94, tedavi kaygısı Cronbach Alfa değeri 0,90 ve tedavi memnuniyeti Cronbach Alfa değeri 0,88 olduğu belirtilmiştir (Spertus ve ark, 2011). Tailachidis ve ark (2016), AFEQT ölçeğinin Yunanca validasyon çalışmalarında ölçeğin genel Cronbach Alfa değerini 0,97, belirtiler

Cronbach Alfa değerini 0,90, günlük etkinlikler Cronbach Alfa değerini 0,93, tedavi kaygısı Cronbach Alfa değerini 0,91 ve tedavi memnuniyeti Cronbach Alfa değerini 0,83 olarak saptamışlardır. Ölçeğin Türkçe versiyonu ile diğer çalışma sonuçlarının iç tutarlılık puanları benzerlik göstermektedir.

AFEQT leğinin güvenilirliğine yönelik, **madde toplam korelasyon** analizi yapılmıştır. ***Madde toplam korelasyonu analizi***, “lekte bulunan bir maddenin varyans değeri ile ölçek toplam puanının varyansının karşılaştırılarak aralarındaki ilişkinin incelenmesi” olarak tanımlanmaktadır. (akmur H, 2012; Erdoğan ark, 2014; zli İ, 2018). Madde ile toplam değer arasındaki korelasyon katsayısı pozitif yönde artıkça o maddenin güvenilirliği ve etkinliğinin artığı gözlenmektedir (akır A, 2014; zli İ, 2018).

Erkuş A (2003), 0,20 değerinden düşük olan maddelerin ölçeğe alınmaması gerektiğini, 0,20-0,30 değerleri arasındaki verilerde düzeltilmeye gidilmesi gerektiğini, 0,30-0,40 arasındaki değerlerin iyi olduğunu, 0,40 değerinden yüksek olan verilerin ise çok iyi ayırt edici özellikte olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamıza bakıldığında madde toplam korelasyon analizi sonuçlarına göre, 4. madde dışında, maddelerin 0,40 üzerinde değerler aldığı ve bu soruların ayırt edici özelliğinin çok iyi olduğu belirlenmiştir. Ancak 4. maddenin 0,36 değer aldığı belirlenmiştir. AFEQT leğinin ayırt edici özelliğinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 14).

Çalışmamızda AFEQT leği genel puanı ile alt boyutlar puanı arasında korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo 14). AFEQT leği genel puanı ile “belirtiler”, “günlük etkinlikler” ve “tedavi kaygısı” alt boyutu arasında pozitif yönde, gcl ve anlamlı bir ilişki bulunurken, “tedavi memnuniyeti” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Bu bulgulara dayanılarak, AFEQT leğinin AF’li hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geçerli ve güvenilir bir lme aracı olduğu saptanmıştır.

AF’li hastaların yaşam kalitelerinin etkilenme durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

Bu alışmada, AFEQT leğinden alınan toplam puan ortalamasının $34,926 \pm 17,846$ olduğu saptanmıştır. Ölçeğin puanlama sistemi ve değerlendirilmesi dikkate alındığında;

araştırmaya katılan bireylerin AF'ye bağılı olarak yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğı saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları düzeyinde ise özellikle “günlük etkinlikler (19,904±17,208)” ve “belirtiler (38,153±26,499)” alt boyutlarında yaşam kalitesinin ciddi düzeyde etkilendiğı belirlenmiştir. (Tablo 7).

Çalışmaya katılan bireylerin AFEQT ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların, yaşam kalitesini etkilenme durumları literatürde bulunan verilerle tartışıldı. Buna göre; Raine ve ark (2015), ablasyon tedavisi planlanan 80 AF'li hasta (yaş ort=57±10) ile yaptıkları yaşam kalitesi araştırmasında; AFEQT toplam puan ortalaması 51.5 ± 22.0 vermişlerdir. Ablasyon tedavisi sonrasında (tekrarlayan AF'si olan bireyler hariç) yaşam kalitesinin 25,4±19 oranında iyileştiğini bildirmişlerdir. Bu verilere bakıldığında, AF'li hastalarda yaşam kalitesinin yarısında olumsuz etkilendiğı görülmektedir.

Tailachidis ve ark (2016) AFEQT ölçeğinin Yunanca validasyon çalışmasında, yaş ortalaması 70±9.2 ve %59,8 olan grupta AFEQT toplam puan ortalamasını 72,9 olarak vermişlerdir. Belirtiler alt boyutu ortalama değeri 73,1, günlük etkinlikler alt boyutu ortalama değeri 73,4, tedavi kaygısı alt boyutu ortalama değeri 72,2 ve tedavi memnuniyeti alt boyutu ortalama değeri 72,0 olarak verilmiştir.

Ha ve ark. (2018) Kanada'da valvüler AF'si olan 2498 hasta (yaş ort=73±10) ile yaşam kalitesini değerlendiren ve yaşam kalitesiyle ilişkili faktörleri inceleyen araştırmada AFEQT toplam puan ortalaması 77,6 ± 19,2 olarak verilmiştir.

Literatürde ulaşılan bu üç çalışmanın sonucu ile bizim çalışma sonucumuz kıyaslandığında; bizim çalışmamızda AFEQT toplam puan ortalamasının en düşük olduğu görülmektedir. Bir başka değışle, AFEQT ölçeğine göre Türk toplumunda ki AF'li hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

AFEQT ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini saptamak, AF'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri incelenmek amacıyla, yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar beş bölüm altında verilmiştir. Bunlar;

I. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumu ve alışkanlıklarına ait sonuçlar; Katılımcıların,

- Yaş ortalamasının 71.33 ± 10.34 olduğu,
- Üçte ikisinin kadın ve evli, yarısının ilkokul mezunu, tamamına yakının çalışmadığı ve yarısından fazlasının gelirin giderine yakın olduğu,
- AF tanısı aldığı sürenin 70.90 ± 87.11 ay olduğu,
- Büyük çoğunluğunda *permanent türü AF* bulunduğu,
- Yarısından fazlasının *coumadin* kullandığı,
- Yarısında HT olduğu saptanmıştır.

II. AFEQT ölçeğinin madde bildirilme oranlarına ait sonuçlar;

- Katılımcıların *aşırı derecede rahatsız* olduğu durumlara bakıldığında;
 - Üçte birinin denge kaybı, kalp çarpıntısı, kalbin teklemesi, hızlı atması ve düzensiz kalp atımından rahatsız olduğu,
 - Üçte ikisinin yokuş yukarı hızlı yürürken, poşet/paket taşıırken, merdivenden çıkarken ve mobilya kaldırma/yerini değiştirme, spor aktiviteleri sırasında zorlandığı,
 - Beşte birinin AF'nin uzun vadede diğer sağlık durumlarını kötüleştirebileceğine dair endişe duygusu hissettiği belirlenmiştir.
- Katılımcıların *hiç rahatsız olmadığı* durumlara bakıldığında;
 - Beşte birinin kalp atımında duraklama olmasından ve denge kaybı/baş dönmesinden rahatsız olmadığı,

- Beşte birinin kateter uygulama, ameliyat, kalp pili gibi prosedürlerin yan etkisinden ve oluşturabileceği sorunlardan endişe duymadığı saptanmıştır.

III. AFEQT ölçeğinin geçerliliğine ait sonuçlar;

- Türkçe formunun dil geçerliliği yönünden uygun olduğu,
- Kültürel uygunluğu ve anlaşılabilirliği yönünden uygun olduğu ve kapsam geçerliliğinin sağlandığı,
- Türk toplumuna uyarlanmasında yapı değişikliğine gidilmeden, orijinaline sadık kalınmasının uygun olduğu,
- Ayırt edici geçerliliği ve eş zaman geçerliliği yönünden uygun olduğu belirlenmiştir.

IV. AFEQT ölçeğinin güvenilirliğine yönelik sonuçlar;

- Türkçe versiyonunun iç tutarlığı ve homojenliğinin yüksek ölçüde güvenilir olduğu,
- İletişim kurabilme durumunu iyi ayırt ettiği ve AF'li hastaların yaşam kalitesini ölçmek için güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

V. AFEQT ölçeğinin genel ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistiklerine ait sonuçlar;

- AFEQT ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının $34,926 \pm 17,846$ olduğu ve hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu,
- AFEQT ölçeği alt boyutları sonuçlarına göre; katılımcıların AF semptomlarından yüksek düzeyde rahatsız olduğu, günlük etkinlikler sırasında zorlandığı/kısıtlandığı, yarısının tedaviye yönelik kaygılarının olduğu ve çoğunluğunun uygulanan tedavilerden memnun olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Türkçe'ye çevrilerek, AF'li hastalarda geçerlilik ve güvenilirliği yapılan “Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi”nin AF'li hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılabileceği,
- Ölçeğin AF'li hastalarda uygulanan girişimsel tedavilerin, yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla kliniklerde kullanılabileceği,
- Bireylere AF tanısı konulmasından itibaren, hastalığın yaşam kalitesine olan etkilerinin belirlenerek yapılacak hasta eğitiminin içeriğinin oluşturulmasında kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar A, Hasbahçeci M, Başak F, Canbak T, Çalışkan M, Alimoğlu O.** Varfarin Doz Aşımına Bağlı Oluşan Kanamalar. *Dicle Tıp Dergisi.* 2012; 39(2): 223-226
- Acaroğlu R.** Revize Edilen Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.*2014; 1(22): 8-16
- Acıbuca A, Vurgun VK, Gerede DM, Altın AT, Gül İŞ, Candemir B, Işıkyay Togay C, Kılıçkap M, Akyürek Ö.** Atriyal Fibrilasyon Kateter Ablasyonu Yapılan Hastalarda Serum Nöron Spesifik Enolaz Düzeylerindeki Değişim. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 2017; 70 (3): 161-167
- Acıbuca A.** Atriyal Fibrilasyon Ablasyonu Yapılan Hastalarda Nörolojik Sonuçlar ve Bu Sonuçların Nöron Spesifik Enolaz Düzeyleri İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2015, 1-83
- Adalet, K. (2017)** Yaşlılarda Atriyal Fibrilasyon. *Türk Kardiyol Derneği* 2017;45(5): 75–82
- Aker S, DüNDAR C, Pekşen Y.** Ölçme Araçlarında İki Yaşamsal Kavram: Geçerlik ve güvenirlik. *Journal of Experimental and Clinical Medicine,* 2009; 22(1) : 50-60
- Akgül A.** İstatistiksel Analiz Teknikleri BA, Emek Ofset Ltd. Şti, 2003: 86-92.
- Akgün S.** Varfarin Kullanan Evde Bakım Hastalarında Oral Antikoagülan Kullanım Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Gaziosmanpaşa Taksim Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği, İstanbul 2018, 11
- Akıllı R, Demir M.** X-VERT ve VENTURE-AF Çalışmalarının Verileri Işığında Kardiyoversiyon ve Kateter Ablasyonda Rivaroksaban Kullanımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi.* 2017;45(4): 15–23
- Akpınar Balcı R, Polat Türkben H, Yaman S, Özer N.** Subkutan Heparin Uygulamasına Bağlı Gelişen Ekimoz, Hematom ve Ağrının Önlenmesi İçin Hemşirelerin Aldıkları Önlemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2010; 13(4):19-25.

Aksun, M. Eryılmaz, K. Aytuluk Gürbüz, H. Girgin, S. Kardiyak Cerrahi Sonrası Atriyal Fibrilasyon. *GKDA Dergisi* 2017; 23(4):109-115

Aktürk Z, Acemoğlu Z. Tıbbi Araştırmalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi.* 2012; 39 (2): 316-319

Akyol A. Atriyal Fibrilasyonda Antitrombotik Kullanım Endikasyonları. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2010; 27 (1): 1-6

Alay M, Demir C, Atmaca M, Esen R, Dilek İ. Oral Antikoagülan Tedavi Seyrinde Kanama Komplikasyonu İle Gelen Hastaların Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 2011; 18(1):9-14.

Alihanoğlu Yİ, Kılıç Dİ, Yıldız BS. Kardiyoversiyon ve Defibrilasyon. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2015;8(2):156-164

Alper R. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik Güvenirlilik. 1. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, 2002.

Alsancak Y, Sivri S, Keleş T, Durmaz T, Bozkurt E. Warfarine Bağlı Nadir Bir Komplikasyon; Geç Başlangıçlı Warfarin İlişkili Deri Nekrozu. *Türk Aile Hekimliği Dergisi,* 2017; 21 (1): 41-43

Altunbaş G. Ercan S. Davutoğlu V. Al B. Overview of Warfarin Treatment and Answers Questions. *The Journal of Academic Emergency Medicine.* 2013;12:38-42

Altuntaş E, Çiftçi Ç. Beta Bloker Tedavisi Almayan Kronik Koroner Arter Hastalarında Koroner Arter Bypass Cerrahisi Sonrasında Erken Dönemde Mevcut P Dalga Dispersiyonunun Atriyal Fibrilasyonu Öngörmedeki Rolü. *Fırat Tıp Dergisi.* 2017; 22(1): 16-20

Andreotti F, Rocca B, Husted S, Ajjan RA, Berg J, Cattaneo M, Collet JP, Caterina R, Fox KAA, Halvorsen S, Huber K, Hylek EM, Lip GHY, Montalescot G, Morais J, Patrono C, Verheugt FWA, Wallentin L, Weiss TW, Storey RF, Antithrombotic Therapy in the Elderly: Expert Position Paper of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis. *European Heart Journal.* 2015; 36, 3238–3249

Ansell J, Hirsh J, Hylek E, Jacobson A, Crowther M, Palareti G. Pharmacology and Management of The Vitamin K Antagonists: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. 2008; 133(6): 98-160

- Arslan Z, Arslan G, Güler A.** Klopidoğrel-Proton Pompa İnhibitör Etkileşimi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine.* 2013; 4(2): 158-160
- Aslan Ö, Güneri S.** Atriyal Fibrilasyonun Elektrofizyolojik Temelleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi.* 2002; 3: 244-252
- Aslan Ö.** NOAK'lar İçin Yayınlanan Gerçek Yaşam Verilerini Nasıl Okumalıyız? "Rivaroksaban İle İlgili Durum". *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi.* 2017;45(4): 26-32
- Aşiret G, Özdemir L.** Antikoagülan İlaçların Güvenli Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Hemşirelik Dergisi.* 2012; 58-68
- Atasoy D.** Serebrovasküler Stentlemede Aspirin ve Klopidoğrel Direncinin Görülme Sıklığı. Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Trabzon 2018, 11-12
- Aydın F.** Kalp Ritim Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi Süreçlerini Desteklemek Amaçlı Makine Öğrenmesine Dayalı Bir Sistemin Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya üniversitesi Fen bilimleri Enstitüsü, Edirne 2011, 5-17.
- Aydın M, Polat N, Yüksel M, Özyadoğdu N, İslamoğlu Y.** Atriyal Fibrilasyonlu Hastaların Kriyobalon Ablasyon Yöntemi İle Tedavisi Sonuçları: Tek Merkez Deneyimi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations.* 2014; 5 (4): 599-603
- Aydiner Boylu A, Paçacıoğlu B.** Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Journal of Academic Researches and Studies.* 2016; 8(15): 130-150
- Badır, A.** (2011). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım., Karadakovan, A ve Aslan, F. (Editörler), *Sağlık Eğitimi ve Sağlığın İyileştirilmesi* içinde (456-457)(İkinci Baskı). Adana: Nobel Kitabevi.
- Baş DF, Topçuoğlu MA, Arsava EM.** Yeni Antikoagülanlar Perspektifinde Atriyal Fibrilasyon ve İnme. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi,* 2013; 19(2): 4-35
- Başaran Ö, Doğan V, Biteker M.** Atrial Fibrilasyon Tedavisinde Yeni Oral Antikoagülan İlaçlar: Varfarin Devri Sona Mı Eriyor?. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi.* 2014; 1(1): 51-57

- Başkale H.** Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2016; 9(1): 23-28
- Bayer N, Baykal Ü.** Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Journal of Health and Nursing Management*. 2018;5(2):86-99
- Beton O, Tandoğan İ.** Kalbin İleti Sistemi. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi*. 2011;4(6): 1-8
- Bozbaş H.** Atriyal Fibrilasyon ve Kalp Yetersizliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Dergisi*. 2009; 1(12)
- Bozkurt, S.** (2016). Aritmilerin Birinci Basamakta Yönetimi. *Türkiye Klinikler Dergisi*; 7(1):24-36
- Büyüköztürk, Ş.** Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı, Ankara: Pegem A Yayıncılık. (2007).
- Camm, J. Kirchhof, P. Lip, G.Y.H. Schatten, U. Savelieva, I. Errest, S. Gelder, I.C.V. Al-Attar, N. Hindricks, G. Prendergast, B. Heidbuchel, H. Alfieri, O. Angelini, A. Atar, D. Colonna, İ. Caterina, R. Sutter, J. Goette, A. Görenek, B. Heldal, M. Hahlaser, S.H. Kolh, P. Leheuzey, J. Ponikowski, P. Rutten, F.H.** Atriyal Fibrilasyon Tedavi Klavuzu. 2010
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Atrial Fibrillation Fact Sheet, 2017. https://www.cdc.gov/dhdsdp/data_statistics/fact_sheets/fs_atrial_fibrillation.htm (26.10.2018)
- Cernodolea AD, Bal R, Severens JL.** Epidemiology and Management of Atrial Fibrillation and Stroke: Review of Data from Four European Countries. *Hindawi Stroke Research and Treatment*. 2017; 12: 1-12
- Christine L. Cutugno, P.D.** Atrial Fibrillation: Updated Management Guidelines and Nursing Implications. *AJN*. 2015; 115 (5):26-38
- Cleveland Clinic:** Atriyal Fibrilasyon Tedavi Klavuzu. 2009
- Clinical Guideline.** Atrial Fibrillation: Managemet. 2014
- Curry SJ, Hall J.** Screening for Atrial Fibrillation With Electrocardiography US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 2018; 320(5); 478-484

Çağlar İM, Urgan İ, Turhan Çağlar FN, Çiftçi S, Khankishiyev V , Oflar E, Yüksel Y, Türeli H, Demir B, Özde C, Karakaya O, Türkoğlu C. Kardiyak Aritmi Tanı ve Tedavisinde 1152 Hastadan Oluşan 6 Yıllık Tek Merkez Kardiyak Elektrofizyolojik Çalışma Deneyimi. *İstanbul Medical Dergisi*. 2015; 16: 6-53

Çakır A. Faktör Analizi. Doktora Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014, 5-11

Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme - Güvenilirlik – Geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(3): 339-344

Çam MO, Arabacı LB. Qualitative and quantitative steps on attitude scale construction. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*. 2010;12(2):59–71.

Çeviker K, Kılıçarslan Ş, Rahim M, Arslan A, Işık İb, Alkaya Solmaz F, Yavuz T, Uysal D. Radyofrekans Kateter Ablasyonu Sonrası Gelişen Sağ Ventrikül Rüptürünün Etil 2- Siyanoakrilat ile Başarılı Tedavisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 1(2): 28-33

Çiftçi O. Acil Serviste Aritmi Yönetimi , Derman Tıbbi Yayıncılık, Ankara, 2015, 178-209

Darnell SW. Davis SC. Whitcomb JJ. Manfredi JA. Bleeding Risk Factors Affecting Warfarin Therapy in the Elderly With Atrial Fibrillation. *Dimensions Critical Care Nursing*. 2014;33(2):57-63

Demir B, Özde C , Karakaya O , Türkoğlu C. Kardiyak Aritmi Tanı ve Tedavisinde 1152 Hastadan Oluşan 6 Yıllık Tek Merkez Kardiyak Elektrofizyolojik Çalışma Deneyimi. *İstanbul Tıp Dergisi*. 2015: 16; 6-53

Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Edirne, 2008. 1-100

Demir S, Karaoğlu M. Investigation Of Brain Vascular Territories in Stroke Patients Detected Non-Valvular Atrial Fibrillation as an Etiological Factor. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi* 2018;5(2):14-18

Demir V, Turan Y, Hidayet Ş. Merkezimize Başvuran Nonvalvüler Atriyal Fibrilasyonlu Hastaların Demografik Özelliklerinin ve Oral Antikoagülasyon Tercihlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*. 2018; 8(2): 15-20

- Demirel E, Uzun Ş.** Varfarin Kullanan Bireylerde Etkin INR (Uluslararası Normalizasyon Oranı) Değerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nursing.* 2018, 9(19); 58–68
- Deniz KZ.** The Adaptation of Psychological Scales. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Science.* 2007; 1(40): 1-16
- Diker, E. Özın, B.** Atrial Fibrilasyon Hasta Bilgileri. *Atrial Fibrilasyon Derneği.* 2007. 12.05.2018, http://www.afd.org.tr/upresimler/atriyal_fibrilasyon%20_hasta_bilgileri.pdf
- Doğan A.** Atrial Fibrilasyonda Renin-Anjiotensin Sistem İnhibasyonun Kardiyoversiyon Başarısı ve Nüksler Üzerine Etkisi. *Anadolu Kardiyol Dergisi.* 2009; 9: 505-511
- Doğan T, Çetin B, Sungur MZ.** İş Yaşamında Yalnızlık Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:271-277
- Dorian P, Werner J, Newman D, Paquette M, Wood K, Ayers GM, Camm J, Akhtar M, Luderitz B.** The Impairment of Health-Related Quality of Life in Patients With Intermittent *Journal of the American College of Cardiology*, 2000; 36(4): 1303-1309
- Dönmez İ.** Paroksizmal Atrial Fibrilasyonu Olan Hastalarda Sol Atrial Katater Ablasyonu Yöntemiyle Pulmoner Ven İzolasyonu Tedavisinin Atrial İletim Süreleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı. Bolu. 2016, 1-74
- Duman H, Değirmenci H, Bakırcı M, Demirelli S, Hamur H, Demirtaş L.** Paroksizmal Atrial Fibrilasyonda Epikardiyal Yağ Dokusu Kalınlığı ve Sol Atriyum Global Longitudinal Strain Arasındaki İlişki. *MN Kardiyoloji Dergisi.* 2015; 22: 14-20
- Dural M, Görenek B.** Yaşlılarda ventriküler aritmilerin tedavisi - fark var mı?. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi.* 2017; 45(5): 66-70
- Ercan İ, Kan İ.** Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2004; 30 (3): 211-216
- Erdil Ülgen S.** Atrial Fibrilasyon ve Düşük Serum Magnezyum Düzeyi Arasındaki İlişki. Uzmanlık Tezi, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara 2017, 1-72

- Erdinç, İ. Öztaş, DM. Demir, İ. Uğurlucan, M. Akay, HT.** Atriyal Fibrilasyon ve Karotis Arter Stenozu Birlikteliğinde Karotis Endarterektomi Sonrası Medikal Tedavi Deneyimi. *Damar Cerrahi Dergisi* 2018;27(2):85-90.
- Erdoğan S, Nahcıvan N, Esin N.** Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. s. 56-189, 2014.
- Erkuş A.** Psikometri Üzerine Notlar. 1. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 24; 2003: 74–114.
- Ersoy B,** İnme Açısından Yüksek Riskli Hastalarda Asemptomatik Atriyal Fibrilasyon Görülme Sıklığı ve Bunu Belirleyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara 2014, 1-86
- Ganz L, Spragg D.** Epidemiology of and risk factors for atrial fibrillation, 2018. <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-and-risk-factors-for-atrial-fibrillation> (24.10.2018)
- Göksülük H, Güleç S.** Antikoagülan Tedavi Alan Non-valvüler Atriyal Fibrilasyon Hastalarında Nöron Spesifik Enolaz ile Tespit Edilen Sessiz Serebral İnfarkt. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2018;71(2): 130-134
- Göksülük, H. Güleç, S. Candemir, B. Tolunay Kaya, C. Özyüncü, N. Vurgun, V. K. Tan Kürklü, S. Erol, Ç.** Non-Valvüler Atriyal Fibrilasyon Hastalarında CHA₂DS₂VASc ve ATRIA Risk Skorlarının Değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji.* 2018; 25(1): 18-23
- Gözüm S, Aksayan S.** Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. HEMAR-G 2003; 5: 3-14.
- Grove SK, Burns N.** The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence, 6th Edition. St. Louis, Missouri: Saunders & Elsevier. 2009; 377-388.
- Gül EE, Boles U, Haseeb S, Hopman WM, Chacko S, Simpson C, Abdollah H, Michael K, Baranchuk A, Redfearn D, Glover B.** Gold-Tip Versus Contact-Sensing Catheter For Cavotricuspid İsthmus Ablation: A Comparative Study. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi.* 2018;46(6):464-470
- Gül M, Özeke Ö.** Atriyal Fibrilasyonu Bulunan Hastalarda Kateter Ablasyonunun Yeri. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi.* 2018; 11(5): 6-50

Güleç D, Kavlak O. Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2013; 10(2): 170-181.

Güneş HM, Babur Güler G, Güler E, Demir GG, Kızılırmak Yılmaz F, Omaygenç MO, İstanbullu Tosun A, Akgün T, Boztosun B, Kılıçarslan F. Relationship Between Serum Osteopontin Level and Atrial Fibrillation Recurrence in Patients Undergoing Cryoballoon Catheter Ablation. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*. 2017;45(1):26-32

Güngör D. Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2016; 19 (38), 104-112

Gürpınar ÖA, Kubat E, Onur MA. Cytotoxic Activity of Apixaban on HeLa Cells: An In vitro Study. Hacettepe University, *Faculty of Science, Department of Biology*. 2018; 46(3): 395-402

Gürsoy G, Turan Özpolat E. Aday Öğretmen Yetiştirme Sürecine İlişkin Görüş Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Diyalektolog Ulusal Sosyal Bilimler Dergisi*. 2017; 14: 65-78

Ha ACT, Labos C, Kajil M, Cox J, Dorian P, Mancini J, Gladstone D, Lockwood E, Shuaib A, Chan W, Singh N, Gupta M. Factors Associated With Impaired Quality of Life Among Atrial Fibrillation Patients in Real-World Clinical Practice: Insights From the Prospective Sprint-Af Registry. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018; 71 (11): 520

Haissaguerre M, Jaïs P, Shah DC. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med*. 1998; 339:659-666

Hamm W, Bassand J, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, Caso P, Dudek D, Gielen S, Huber K, Ohman M, Petrie MC, Sonntag F, Sousa Uva M, Storey RF, Wijns W, Zahger D. Israrcı St-Segment Yükselmesi Belirtileri Göstermeyen Hastalarda Akut Koroner Sendromların (Aks) Tedavi Kılavuzları. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*. 2011; 3: 73-128

Hickey KT, Reiffel J, Sciacca RR, Whang W, Biviano A, Baumeister M, Castillo C, Talathothi J, Garan H. Correlating perceived arrhythmia symptoms and QoL in the elderly with Heart Failure in an urban clinic: A prospective, single center study. *Journal Clinical Nursing*. 2013; 22(0): 434-444

Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*. 2008; 6(1): 53-60.

Hull RD, Garcia DA, Vazquez SR. Patient education: Warfarin (Coumadin) (Beyond the Basics).2018.<https://www.uptodate.com/contents/warfarin-coumadin-beyond-the-basics> (21.12.2018)

International Test Commission. Guidelines for translating and adapting tests. *International Journal of Testing*, 2018; 18(2): 101–134

İltuş, F. Karadakovan, A. Atrial Fibrilasyon-İnme İlişkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017;8(17):71-76

İnce B. Yaşlılarda iskemik inme. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*. 2017;45(5): 83-85

Kahya Eren N, Yakar Tülüce S, Kılıçarslan B, Nazlı C, Ergene O. The Validity and Reliability of The Turkish Version of The University of Toronto Atrial Fibrillation Severity Scale. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2014; 44(6):996-1001

Kara Öztabağ C. CYP2C9 ve VKORC1 Polimorfizmlerinin Derin Ven Trombozlu (Dvt) Hastalarda Varfarin (Kumadin) Dozlamındaki Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu 2017, 18

Karaağaçlar E, Atar İ, Yetiş B, Corut H, Ersoy B, Yılmaz K, Özin B, Müderrisoğlu H. Atrial Fibrilasyon Hastalarında Emboli Risk Faktörleri Sıklığı ve Emboli Önleyici Tedavilerin Uygunluğunun Araştırılması: Tek Üçüncül Bir Merkez Deneyimi. *Anadolu Kardiyoloji Derneği*. 2012; 12: 384-390

Karaaslan MB. Atrial Fibrilasyon Nedeniyle Kriyoablasyon Uygulanan Hastalarda Özofagus Sıcaklığı ile Özofagus Motilitesi Arasındaki ilişkinin Saptanması. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Adana 2018, 1-61

Karadağlı F, Ecevit Alpar Ş. Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Özbakım Yetersizliği Kuramına Gore Özbakım Davranışları Ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*. 2017;10(3): 168-181

Karakaya Kabukçu H, Şahin N, Aydoğdu Titiz N. Anesteziyolog Bakış Açısından Atrial Fibrilasyon. *Göğüs ve Kalp Damar Anestezi Dergisi*. 2017; 23(1):1-17

- Karakoç FY, Dönmez L.** Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014; 40: 39-49
- Karakuş, N.** Kronik atriyal fibrilasyonda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2014
- Kirchhof, P., Benussi, S., Kocetha, D., Alhsson, A., Atar, D., Casadei, B., Castella, M., Diener, H.C., Heidbuchel, H., Hendriks, J., Hindricks G., Manolis A. S., Oldgren J., Popescu B. A., Schotten U., Putte B. V., and Vardas, P.** (2016). 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal &Switzerland*, 37(2), 2893–2962
- Kotecha D. Ahmed A. Calvert M. Lencioni M. Terwee CB. Lane DA.** Patient-Reported Outcomes for Quality of Life Assessment in Atrial Fibrillation: A Systematic Review of Measurement Properties. *Plos one*. 2016; 11(11): 1-13
- Kula Kartal, S., Mor Dirlik, E.** (2016). Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenilirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach Alfa Katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2016; 16(4), 1865-1879.
- Kupper N, Broek KC, Widdershoven J, Denollet J.** Subjectively Reported Symptoms in Patients With Persistent Atrial Fibrillation and Emotional Distress. *Original Research Article*. 2013; 4(192): 1-9
- Kültürsay H.** Atriyum Fibrilasyonu, Epidemiyoloji ve İnme İle İlişkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*. 2013; 41 (4): 1-6
- Lip G, Mauri L, Montalescot G, Ozkor M, Vardas P, Steg PG, Bhatt D, Hohnloser S, Kleine E, Nordaby M, Kimura T, Oldgren J, Ten Berg J, Cannon C.** Relation Of Stroke And Bleeding Risk Profiles To Efficacy and Safety of Dabıgatran In Atrial Fibrillation After Pci: an Ancillary Analysis From the Re-Dual Pci Trial. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018; 71(11): 289
- Liu Y.** Developing a Scale to measure the interactivity of websites. *Journal of Advertising Research*. 2003;43(2) 207–216
- Maglio C, Sra J, Paquette M.** Measuring Quality of Life and Symptom Severity in Patients With Atrial Fibrillation . *Pacing Clinical Electrophysiol* 1998;21:839.

- Memiş MB, Ak R, Cimilli Öztürk T, Onur Ö, Ordu Ö.** Acil Serviste Hızlı Ventriküler Hız Atriyal Fibrilasyonu İçin İlk Tercih Hangisidir: Metoprolol veya Diltiazem? Randomize Bir Klinik Çalışma. *Journal of Surgery and Medicine*. 2018, 2(3), 0-4.
- Morillo M, Banerjee A, Perel P, Wood D, Jouven X.** Atrial fibrillation: the current epidemic. *Journal of Geriatric Cardiology*. 2017; 14: 195-203
- Munro BH.** Statistical Methods For Health Care Research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 5. Basım. Amerika Birleşik Devletleri 2005; 351-76.
- Oğul H, Eren S.** Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda Radyofrekans Ablasyon Tedavisi Öncesi Pulmoner Venlerin ve Sol Atriyumun Çok Kesitli Bilgisayarlı Tomografi ile Değerlendirilmesi. *Türk Radyoloji Derneği*. 2013; 1: 121-130
- Oğuz D, Fenercioğlu AK.** Yeni Nesil Oral Antikoagülanların Birinci Basamakta Kullanımı. *Turkish Family Physician*. 2015; 1(6): 57-61
- Onan B, Onan İS, Çaynak B, Korkmaz AA, Sağbaş E, Sanisoğlu İ, Öklü E, Akpınar B.** Atriyal Fibrilasyonun Cerrahi Tedavisinde İrrigasyonlu Monopolar ve Bipolar Radyofrekans Ablasyon Sonuçlarının Karşılaştırılması. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2011; 1: 39-47
- Oto, A.** Türk Kardiyoloji Derneği Atriyal Fibrilasyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği* 2003; 31(12)
- Öner N.** Based knowledge about psychological tests. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 2006: 1-21.
- Özcan Çelebi Ö, Diker E.** Yeni Antikoagülan Tedaviler. *MN Kardiyoloji Dergisi*. 2016; 23(1): 45-52
- Özdamar K.** Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi BE, Kaan Kitabevi, 2004: 450-455
- Özdemir, M. (2017).** Avrupa Kardiyoloji Derneği 2016 Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu: Yeni Ne Var?. *Türk Kardiyoloji Dergisi* 2017;45(1):1-4
- Özin B.** Atriyal Fibrilasyonda Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Tıp Dergisi*.2004; 11(1): 34-41
- Özlü İ.** Atriyal Fibrilasyon Bilgi Ölçeğinin (Jafbö) Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Atriyal Fibrilasyonlu Hastaların Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Erzurum, 2018 1-100

Patel N, Atti V, Mitrani RD, Viles Gonzalez JF, Goldberger JJ. Global Rising Trends of Atrial Fibrillation: A Major Public Health Concern, 2018. <https://heart.bmj.com/content/early/2018/06/15/heartjnl-2018-313350> (24.10.2018)

Raine D, Langley P, Shepherd E, Lord S, Murray S, Murray A, Bourke1 JP. Effect of Catheter Ablation on Quality of Life in Patients With Atrial Fibrillation and Its Correlation With Arrhythmia Outcome. *Open Heart.* 2015;2 : 1-7

Sarı, C. Köseoğlu, C. Ayhan, H. Atriyal Fibrilasyon Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Dicle Tıp Dergisi* 2014; 41(3): 614-622

Sarıkaya S, Akyol L, Şahin Ş, Ede H, Börekçi E, Yılmaz YK, Bolat A, Erbay AR. Supraventriküler Taşikardisi Olan Hastalara Klinik Yaklaşım. *Bozok Tıp Dergisi.* 2013;3(3):51-58

Seçer İ. SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi: Analiz ve raporlaştırma: Anı Yayıncılık; 2015.

Serbest ES. Spiritüel İyilik Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Kars, 2018. 1-143

Solak, S. Acil Servisimize Başvuran Akut Atriyal Fibrilasyon'lu Olgularda Tercih Edilen Tedavi Yönetimlerinin ve Ritim Kontrolü Sağlamadaki Etkinliklerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir. 2010

Spertus J, Dorian P, Bubien R, Lewis S, Godejohn D, Reynolds MR, Lakkireddy DR., Wimmer AP, Bhandari A, Burk C, PharmD. Development and Validation of the Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT) Questionnaire in Patients With Atrial Fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2011; 4: 15-25

Suman-Horduna I, Roy D, Frasure-Smith N, Talajic M, Lesparense F, Blandeau L, Dorian P, Khairy P. Quality of Life and Functional Capacity Patients With Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology.* 2013; 61(4): 455-460

Şahin M. Yaşlı Hastalarda Antitrombotik Tedavi - Fark Var mı?. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi.* 2017;45(5): 89-92

Şahin MG, Boztunç Öztürk N. Eğitim Alanında Ölçek Geliştirme Süreci: Bir İçerik Analizi Çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi.* 2018; 26(1): 191-199

- Şen A, Orak M.** Salisilik Asit Zehirlenmeleri, In: Pratik Acil Tıp Cep Kitabı (1), Kavalcı C, Özkan S, (Eds), Derman Yayıncılık, 2015: 340-349
- Şencan H.** Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1.Baskı. Ankara: Seçkin Yayınevi, 2005; 384-386
- Şimşek ÖF.** Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks yayınları; 2007: 4-22.
- Şitilci T, Can K, Yaltırık M.** Antiagregan ilaçlar ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların postoperatif kanama üzerine etkileri. Hangisinden korkmalıyız?. Yedi Tepe Klinik Dergisi. 2018; 14(2):125-130
- Taggar JS, Coleman T, Lewis S, Heneghan C, Jones M.** Accuracy of Methods For Detecting an Irregular Pulse and Suspected Atrial Fibrillation: a Systematic Review and Meta-Analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016; 23(12):1330-1338
- Tailachidis P, Tsimtsiou Z, Galanis P, Theodorou M, Kouvelas D, Athanasakis K.** The Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT) Questionnaire: Cultural Adaptation And Validation Of The Greek Version. *Hippokratia*, 2016; 20(4): 264-267
- Taşkın Ç, Akat Ö.** Araştırma Yöntemlerinde Yapısal Eşitlik Modelleme. Bursa: Ekin Yayınevi, 2010, 2.bölüm:16-26
- Tavşancıl E.** Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi, 5. basım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2014
- Tekin G,** Klinik Pratikte Yeni Oral Antikoagülanların Kullanımı. *MN Kardiyoloji Dergisi*. 2015;22(3):167-173
- Tekşan K, Süğümlü Ü.** Yazma Özerkliği Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi*. 2018;7(4): 2591-2607
- Tokgözlü L, Görenek B.** Atriyal fibrilasyondan Korunma. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi*. 2016; 44(2): 7-13
- Topçu, S. Bölüktaş, R.** İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. 2011
- Tuğrul O.** Kardiyoversiyon Sonrası Sinüs Ritmi Sağlanan Atriyal Fibrilasyon Hastalarında Atriyal Fibrilasyon Relapsının Ekokardiyografik Prediktörlerinin Prospektif Analizi,

Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Trabzon 2016, 1-70

Turgut NH, Söylemezoğlu T. Aspirinin hepatotoksik etkisi ve Reye sendromu. *Cumhuriyet Tıp Dergisi.* 2011;33:125-132

Tülüce D, Bostanoğlu H. Pıhtı Önleyici Tedavi: Hemşirelik Yaklaşımları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2016;19(4): 283-291

Türk Kardiyoloji Derneği. Kapak Hastalıkları Çalışma Grubu. Pıhtı Önler İlaç (Coumadin) Kullanan Hastalar İçin Kılavuz. 2012.

Türkmen E, Badır A, Balcı A, Akkuş Topçu S. “Hemşirelik İş İndeksi- Hemşirelik Çalışma Ortamını Değerlendirme Ölçeği”nin Türkçe ’ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2011; 2: 5-20

Türkmen Y, Türkoğlu C, Yıldız M. Atriyum Fibrilasyonunun İlaç Tedavisindeki Yenilikler. *Koşuyolu Heart Journal.* 2015;18(3):139-145

Ulus T, Isgandarov K, Moghanchizadeh SH, Bozkurt M, Mutlu F, Yıldırım N. Psödoeksfolyasyon Sendromlu Hastalarda Atriyal İleti Zamanı. *Osman Gazi Tıp Dergisi* 2018

Uncu H. Atriyal Fibrilasyon Cerrahi Tedavisinde Kriyoablasyon ve Radyofrekans Ablasyon Yöntemlerinin Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Adana İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği. Adana, 2017; 1-84

Ural D. Atriyal Fibrilasyonda Atriyal ve Ventriküler Remodeling. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi.* 2010; 3(3) 7-13

Uyarel, H., Onat, A., Yüksel, H., Can, G., Ordu, S., Dursunoğlu, D. Türk Halkında Kronik Atriyal Fibrilasyon İnsidansı, Prevalansı ve Mortalitesine İlişkin Tahminler. *Arch Turk Soc Cardiol* , 2008; 36(4), 214-222

Wasmer K, Eckardt L, Breithardt G. Predisposing Factors For Atrial Fibrillation in The Elderly. *Journal of Geriatric Cardiol.* 2017; 14 (3): 179-184

Welton NJ, McALEEEnan A, Thom HH, Davies P, Hollingworth W, Higgins JP, Okoli G, Sterne J A, Feder G, Eaton D, Hingorani A, Fawsitt C, Lobban T, Bryden P,

Richards A, Sofat R. Screening strategies for atrial fibrillation: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess.* 2017; 21(29):1-236

Wheaton B, Muthen B, Alwin DF, Summers GF. Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology.* (1977; 8: 84-136.

Wynn GJ, Todd DM, Webber M, Bonnet L, McShane J, Kirchhoff P, Gupta D. The European Heart Rhythm Association Symptom Classification For Atrial Fibrillation: Validation and Improvement Through A Simple Modification. *European Society of Cardiology.* 2014;16: 965-972.

Yaman E. Egzersizde Artan Yükün Kalp Toparlanma Hızına Etkileri ve İstirahatte Pozisyona Bağlı Manevraların Kalbin QT Dispersiyonuna Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ 2014, 1-53.

Yanartaş M, Demir H, Haçer H, Erdem H, Çakalağaoğlu KC, Çevirme D. Köksal C. Sunar H. Koroner Baypas Cerrahisi Sonrasında Atriyal Fibrilasyon Gelişen Hastalarda Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Koşuyolu Heart Journal* 2015;18(2):76-79

Yaylak B. Persistan Atriyal Fibrilasyonlu Hastalarda Elektriksel Kardiyoversiyon Öncesi Plazma D-Dimer Seviyesinin Sol Atriyal Apendiks Trombüsünü Öngörebilmedeki Değeri. Uzmanlık Tezi, Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, 2009, 1-72

Yeşil E. Akut Miyokard İnfarktüsülü Hastalarda Perkütan Koroner Girişim Sonrası Noreflow Fenomeni Gelişimi Üzerine Klopidoğrel ile Tikagrelorun Etkisinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Mersin 2016, 42

EKLER

Ek 1. Yapılandırılmış Soru Formu

ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Sayın katılımcı,

Bu anket formu, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda hazırlanmakta olan yüksek lisans tezine veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu araştırmada atriyal fibrilasyonlu hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörleri incelenmek amacıyla planlanmıştır. Sorulara vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın güvenilirliği için önemlidir. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten (*Fatma GÜNEŞ, 05427646616, fgunes093@gmail.com*) uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla sorabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık 30 dakikadır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Fatma GÜNEŞ

Sakine BOYRAZ

Protokol No :

Anket no :

KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: a. Erkek b. Kadın

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz: a. Evli b. Bekar c. Birlikte yaşıyor

4. En son bitirdiğiniz okul:

- a. Okur-yazar değil b. Okur-yaza c. İlkokul d. Ortaokul
e. Lise f. Üniversite g. Lisansüstü

5. Mesleğiniz:

- a. Para getiren bir işte çalışıyor b. Çalışmıyor (ev hanımı, işsiz, emekli)

6. Gelir durumunuz:

- a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla

KATILIMCILARIN SAĞLIK DURUMU VE ALIŞKANLIKLARI

7. AF tanısı konalı ne kadar süre oldu?.....ayyıl

8. AF çeşidi (Dosyasından bakılacak)

- a. Paroksizmal b. Persistant c. Permanent

9. AF için girişimsel tedavi uygulanmış mı?

- a. Hayır b. Evet (.....)

10. AF tedavisi için kullandığı ilaçlar

.....
.....
.....

11. Var olan diğer sağlık sorunları

.....
.....
.....

12. Sigara içiyor musunuz?

- a. Hayır b. Evet (.....paket/gün/ay)

13. Alkol kullanıyor musunuz?

- a. Hayır b. Evet (.....kadeh/gün/ay/yıl)

Ek 2. Atrial Fibrilasyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesini Değerlendirme Ölçeği [=Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life Questionnaire (=AFEQT)]”

Atrial Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi

Bölüm 1. Atrial Fibrilasyonun Oluşumu İsim veya Kimlik No: _____

Şu anda/halihazırda atriyal fibrilasyonunuz var mı? Evet () Hayır ()

Eğer cevabınız hayır ise, en son ne zaman Atrial Fibrilasyon nöbeti geçirdiğinizi hatırlıyor musunuz? (Lütfen sizin durumunuzu en iyi açıklayan bir cevabı seçiniz)

(...) Bugün erken saatlerde

(...) Geçtiğimiz hafta içerisinde

(...) Geçtiğimiz ay içerisinde

(...) 1 ay ile 1 yıl arası önce

(...) 1 yıldan fazla bir süre önce

(...) Hiçbir zaman Atrial fibrilasyon geçirdiğimi hatırlamıyorum

Bölüm 2. Aşağıdaki sorular Atriyal fibrilasyonun yaşam kalitenizi nasıl etkilediği ile ilgilidir.

1 ila 7 arasında derecelendirmeniz gerekirse, son 4 hafta içerisinde, geçirmiş olduğunuz atriyal fibrilasyon atağı sonucunda aşağıda belirtilen durumlardan ne ölçüde rahatsız oldunuz? (Lütfen sizin durumunuzu en iyi açıklayan bir numarayı daire içine alınız.)

	Hiç rahatsız olmadım veya bu belirtiyi yaşamadım	Neredeyse hiç rahatsız olmadım	Çok az rahatsız oldum	Kısmen rahatsız oldum	Oldukça rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Aşırı derecede rahatsız oldum
1. Kalp çarpıntısı, kalbin teklemesi veya hızlı atmasından	1	2	3	4	5	6	7
2. Düzensiz kalp atımından	1	2	3	4	5	6	7
3. Kalp atışında bir duraklama olmasından	1	2	3	4	5	6	7
4. Denge kaybı veya baş dönmesinden	1	2	3	4	5	6	7

1 ila 7 arasında derecelendirmeniz gerekirse, son 4 hafta içerisinde, geçirmiş olduğunuz atriyal fibrilasyon sonucunda aşağıda belirtilen yetilerde ne ölçüde kısıtlanma yaşadınız? (Lütfen sizin durumunuzu en iyi açıklayan bir numarayı daire içine alınız.)

	Hiç kısıtlanmadım	Neredeyse hiç kısıtlanmadım	Çok az kısıtlandım	Kısmen kısıtlandım	Oldukça kısıtlandım	Çok kısıtlandım	Aşırı derecede kısıtlandım
5. Eğlenceli vakit geçirme, spor yapma ve hobilerinle ilgilenbilmede	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşları ve ailesiyle iletişim kurma ve bir şeyler yapabilme	1	2	3	4	5	6	7

1 ila 7 arasında derecelendirmeniz gerekirse, son 4 hafta içerisinde, geçirmiş olduğunuz atriyal fibrilasyon sonucunda aşağıda belirtilen fiziksel aktivitelerde ne ölçüde zorlandınız? (Lütfen sizin durumunuzu en iyi açıklayan bir numarayı daire içine alınız.)

	Hiç zorlanmadım	Neredeyse hiç zorlanmadım	Çok az zorlandım	Kısmen zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı derecede zorlandım
7. Yorgunluk, bitkinlik veya güç kaybı nedeniyle bir aktivitede bulunurken	1	2	3	4	5	6	7
8. Nefes darlığı nedeniyle fiziksel aktivite yaparken	1	2	3	4	5	6	7
9. Egzersiz yaparken	1	2	3	4	5	6	7
10. Tempolu yürüyüş yaparken	1	2	3	4	5	6	7
11. Yokuş yukarı hızlı yürürken veya “poşet-paket” gibi şeyleri hiç durmadan taşırken ve dinlenmeden bir kat merdivenden çıkarken	1	2	3	4	5	6	7
12. Mobilya kaldırma veya yerini değiştirme, koşma, tenis veya basketbol gibi yorucu hareketli spor aktivitelerinde bulunurken	1	2	3	4	5	6	7

1 ila 7 arasında derecelendirmeniz gerekirse, son 4 hafta içerisinde, geçirmiş olduğunuz atriyal fibrilasyon sonucunda aşağıda belirtilen duygular sizi ne ölçüde rahatsız etti? (Lütfen sizin durumunuzu en iyi açıklayan bir numarayı daire içine alınız.)

	Hiç rahatsız olmadım	Neredeyse hiç rahatsız olmadım	Çok az rahatsız oldum	Kısmen rahatsız oldum	Oldukça rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Aşırı derecede rahatsız oldum
13. Atriyal fibrilasyonun her an başlayabileceğine dair endişe ve kaygı hissetmekten	1	2	3	4	5	6	7
14. Atriyal fibrilasyonun uzun vadede diğer sağlık sorunlarını olumsuz yönde etkileyebileceğine dair endişe yaşamaktan	1	2	3	4	5	6	7

1 ila 7 arasında derecelendirmeniz gerekirse, son 4 hafta içerisinde, atriyal fibrilasyon tedaviniz sonucunda aşağıda belirtilen endişe hallerinden ne ölçüde rahatsız oldunuz? (Lütfen sizin durumunuzu en iyi açıklayan bir numarayı daire içine alınız)

	Hiç rahatsız olmadım	Neredeyse hiç rahatsız olmadım	Çok az rahatsız oldum	Kısmen rahatsız oldum	Oldukça rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Aşırı derecede rahatsız oldum
15. İlaç tedavisinin yan etkileri hakkında endişelenmekten	1	2	3	4	5	6	7
16. Kateter ile yakma, ameliyat veya kalp pili gibi prosedürlerin yan etkisi veya oluşturabileceği sorunlar hakkında endişelenmekten	1	2	3	4	5	6	7
17. Burun kanaması, diş fırçalarırken oluşan diş eti kanaması, kesiklerden oluşan ağır kanama, veya berelenme gibi sonuçlara sebep olan kansulandıran ilaçların yan etkisi hakkında endişelenmekten	1	2	3	4	5	6	7
18. Tedavinin günlük hayatınızı olumsuz yönde etkileyeceği konusunda kaygılanmaktan veya endişelenmekten	1	2	3	4	5	6	7

1 ila 7 arasında derecelendirmeniz gerekirse, sonuç olarak, şu anda tedavinize ilişkin olarak aşağıda belirtilen durumlardan ne ölçüde memnunsunuz? (Lütfen sizin durumunuzu en iyi açıklayan bir numarayı daire içine alınız.)

	Aşırı derecede memnunum	Çok memnunum	Oldukça memnunum	Memnun olmakla olmamak arasındayım	Oldukça memnuniyetsizim	Çok memnuniyetsizim	Aşırı derecede memnuniyetsizim
19. Şu anki tedaviniz Atriyal Fibrilasyonunuzu Kontrol altında tutuyor mu?	1	2	3	4	5	6	7
20. Tedaviniz Atriyal Fibrilasyon ile ilişkili yaşadığınız belirtileri ne ölçüde rahatlattı?	1	2	3	4	5	6	7

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 : O Erkek O 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 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

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?

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	Çok az	Hafif	Biraz	Çok	Çok 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	Çok az	Hafif	Biraz	Çok	Çok 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 şikayetimin olmadığı	Çok az	Hafif	Biraz	Çok	Çok 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 şikayetimin olmadığı	Çok az	Hafif	Biraz	Çok	Çok 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 şikayetimin olmadığı	Çok az	Hafif	Biraz	Çok	Çok 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 şikayetimin olmadığı	Çok az	Hafif	Biraz	Çok	Çok 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 şikayetimin olmadığı	Çok az	Hafif	Biraz	Çok	Çok fazla
0	1	2	3	4	5

Ek 4. AFEQT Ölçeğini Geliştiren Yazarlardan Alınan İzin

Fatma güneş <fgunes093@gmail.com> 24 Kas 2016 12:54 ☆ ↶ ⋮
Alici: spertusj ▾
Mrs SPERTUS

I am an Internal Medicine Nursery Thesis Master Program student at Adnan Menderes University in Turkey. I am writing this e-mail to ask your permission to use "Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire" by doing its reliability and validity test and translate it into Turkish within the context of my thesis study.

I would be very grateful for your permission. If you require any additional information, please kindly contact me.

Yours sincerely,
Fatma Güneş

Spertus, John <spertusj@umkc.edu> 25 Kas 2016 18:59 ☆ ↶ ⋮
Alici: ben ▾

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [iletiyi çevir](#) [İngilizce için kapat](#) ×

Thank you for your interest, I do not own the copyright to the AFEQT instrument, but you can access it and get a license at www.afeqt.org. Good luck with your project.

From: Fatma güneş <fgunes093@gmail.com>
Date: Thursday, November 24, 2016 at 3:54 AM

I am an Internal Medicine Nursery Thesis Master Program student at Adnan Menderes University in Turkey. I am writing this e-mail to ask your permission to use "Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire" by doing its reliability and validity test and translate it into Turkish within the context of my thesis study.

I would be very grateful for your permission. If you require any additional information, please kindly contact me.

Yours sincerely,
Fatma Güneş

Walgren, Sue <SWalgren@sjm.com> 29 Kas 2016 17:31 ☆ ↶ ⋮
Alici: ben, info@afeqt.org ▾

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [iletiyi çevir](#) [İngilizce için kapat](#) ×

Hello Fatma,

Thank you for your interest in using the AFEQT questionnaire in your research. I have attached a license agreement that you will need to complete prior to using the questionnaire. Since you are a student the fee for use is waived. Please sign the agreement and email back to me. Once I receive that I will send the questionnaire and the scoring instructions.

Best Regards
Sue

Sue Walgren, CCRP
Sr. Clinical Manager

Fatma güneş <fgunes093@gmail.com> 2 Ara 2016 12:53 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: Sue ▾

Dear Madame

I am an Internal Medicine Nursery thesis Master Program Student at Adnan Menderes University in Turkey.
Thank you very much for your interest in AFEQT. Your desired document. Have a nice day. Fatma GÜNEŞ



Walgren, Sue <SWalgren@sjm.com> 2 Ara 2016 18:21 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: ben ▾

İngilizce > Türkçe İletiyi çevir

[İngilizce için kapat X](#)

Dear Ms. Gunes,

Thank you for sending the signed agreement. I have attached the English version of the AFEQT Questionnaire for your use. In addition, attached are the scoring instructions. Please let me know if you require any additional information.

Good luck with your research project.

Best Regards

Sue

Sue Walgren, CCRP

Sr. Clinical Manager



Ek 5. Profesyonel Yeminli Tercümanlık Şirketi Belgesi



Dear Editor;

The article of student / academician Fatma GÜNEŞ; „Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-Life (AFEQT) Questionnaire“, has been translated by our experienced translator who are professional in this field.

Best Regards,



.-Lâhze: Dumlupınar Mah. MDR Eyyupelik Cad. Myydamgılı Zafır İyhan Nis. 5 / 352 Merkez / Afyonkarahisar / TÜRKİY
Kıratepe V.D.
Tax: Nis. 42268942778
Phone: 0 542 510 88 83
IBAN: TR260000775400007538546800001

www.polen.com.tr info@polentercume.com polentercume@yandex.com

Ek 6. Uzman Paneli



Çağdaş Akgüllü <cağdasakgullu@gmail.com>

Alıcı: ben ▾

Elinize sağlık görüşlerimi ekte gönderiyorum. Bence anket arasındaki geçiş bölümlerinin açıklama çevirisini de uygunluk açısından değerlendirmeniz iyi olabilirdi. Kolay gelsin

29 Kasım 2016 14:50 tarihinde Fatma güneş <fgunes093@gmail.com> yazdı:



Fatma güneş <fgunes093@gmail.com>

Alıcı: Çağdaş ▾

16 Ara 2016 Cum, saat 11:45 tarihinde Çağdaş Akgüllü <cağdasakgullu@gmail.com> şunu yazdı:

Elinize sağlık görüşlerimi ekte gönderiyorum. Bence anket arasındaki geçiş bölümlerinin açıklama çevirisini de uygunluk açısından değerlendirmeniz iyi olabilirdi. Kolay gelsin

29 Kasım 2016 14:50 tarihinde Fatma güneş <fgunes093@gmail.com> yazdı:

Sayın Çağdaş AKGÜLLÜ



zeliha tulek <tulekz@yahoo.com>

2 Oca 2017 Pzt 12:42 ☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sevgili Fatma,

gecikmeden dolayı uzgunum. ancak gönderebiliyorum.
çalışmada başarılar dilerim.
düzeltmeleri EK 2 üzerinde yaptım (diğer formda eksikler olduğundan)

Zelha Tulek, RN, PhD, Assistant Professor
Istanbul University
Florence Nightingale School of Nursing
Abidei Humiyet Cd. 80270 Sisli Istanbul/Turkey
Phone: +90 212 440 0000 (27054)
Cell: +90 532 776 2863





Hilal Uysal <hitaluysal@gmail.com>

Alıcı: ben ▾

Uzman görüşünü ekte gönderiyorum. Gecikme için kusura bakmayın. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

29 Kasım 2016 13:06 tarihinde Fatma güneş <fgunes093@gmail.com> yazdı:



semiha akin <semihaakin@yahoo.com>

Alıcı: ben ▾

Sayın Güneş,

Önerilerimi ekteki word dosyasında bulabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar diliyorum.

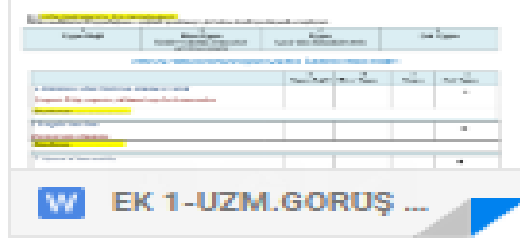




m k
Alıcı: ben

Fatma güneş <fgunes093@gmail.com>, E

...



← Yanıtla

➡ Yönlendir

Ek 7. Türkçe Çevirisi Tekrar İngilizce'ye Çevrilerek Yazarına Gönderildi ve Görüşlerine Sunuldu

Walgren, Sue <SWalgren@sjm.com> 13 Mar 2017 20:22 ☆ ↶ ⋮
Alic: ben ▾


İngilizce ▾ > Türkçe ▾ İletiyi çevir

İngilizce için kapat x

Hello Fatma,
I do remember you. I am not sure what you are asking. I am unsure why you reformatted the English questionnaire (attached in your email) from what I sent to you (if you reformat then it invalidates the questionnaire). If you were having it translated to Turkish then I would need to have the actual Turkish version sent to me and the certificate of translation.

I am sorry if I am misunderstanding what you would like to do.
Thank you
Sue

St. Jude Medical is now Abbott.

	Sue Walgren, CCRP Sr. Clinical Manager	Abbott One St. Jude Medical Drive St. Paul, MN 55147	O: +1 651 756 3210 M: +1 651 788 5929 E: swalgre@sjm.com
---	--	--	---

From: Fatma güneş [mailto:fgunes093@gmail.com]
Sent: Thursday, March 09, 2017 8:30 AM
To: Walgren, Sue
Subject: Re: Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire

This communication may contain information that is proprietary, confidential, or exempt from disclosure. If you are not the intended recipient, please note that any other dissemination, distribution, use or copying of this communication is strictly prohibited. Anyone who receives this message in error should notify the sender immediately by telephone or by return e-mail and delete it from his or her computer.

Fatma güneş <fgunes093@gmail.com> 8 Haz 2018 00:23 ☆ ↶ ⋮


To: Walgren, Sue
Subject: Re: Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire

This communication may contain information that is proprietary, confidential, or exempt from disclosure. If you are not the intended recipient, please note that any other dissemination, distribution, use or copying of this communication is strictly prohibited. Anyone who receives this message in error should notify the sender immediately by telephone or by return e-mail and delete it from his or her computer.

Fatma güneş <fgunes093@gmail.com> 8 Haz 2018 00:23 ☆ ↶ ⋮
Alic: Sue ▾

I am an Internal Medicine Nursery Thesis Master Program student at Adnan Menderes University in Turkey. I am writing this e-mail to ask your permission to use "Atrial Fibrillation Effect on Quality-of-life (AFEQT) Questionnaire" by doing its reliability and validity test and translate it into Turkish within the context of my thesis study.
I am sorry this processes that happened so long. I share the scale Turkish version and the translation document.
I am very sorry for the mistake we made.

Yours sincerely,
Fatma Güneş



EK-8. Toronto Üniversitesi Atriyal Fibrilasyon Şiddeti Ölçeği”Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğini Yapan Yazarlardan Kullanım İzni

afss skrolama Gelen Kutusu x

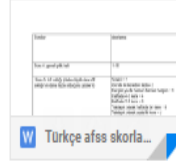


nihan kahya eren <nkahya77@yahoo.com>

Alıcı: ben ▾

Fatma Hanım merhaba,
Skorlama ile bilgileri ekte gönderiyorum.
Kolaylıklar diliyorum,
Doç. Dr. Nihan Kahya Eren

3 Ek



Fatma güneş <fgunes093@gmail.com>

Alıcı: nihan ▾

Nihan Hanım çok teşekkür ederim

nihan kahya eren <nkahya77@yahoo.com>, 13 Eki 2018 Cmt, 15:13 tarihinde şunu yazdı:



Ek 9. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/10/2016-E.43207



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Sakine BOYRAZ
Anabilim Dalı Başkanı

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.10.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanıza ilgili alınan 10 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-izahdır
Prof.Dr. Nefati KİYLIOĞLU
Kurul Başkanı

KARAR 10

Protokol No : 2016/968
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Sakine BOYRAZ
ADÜ Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemş. AD

Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Sakine BOYRAZ'ın "Atriyal fibrilasyonlu hastaların yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi" başlıklı klinik araştırmasının 25.08.2016 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştır. 04.10.2016 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri dosya halinde görüldü.

Dilekçesinde çalışmanın başlığının yeniden düzenlendiği, "Atriyal fibrilasyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi anketi'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması" olarak belirlendiği ve ilgili belgelerinin tamamlanarak dosyaya konulduğu görülmüş olup, uygun bulunmuştur.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınıp izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BG-OF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek 10. Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlik izni

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/11/2016-E.37084



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Şube : 25305691- 605.01

Konu : Fatma GÜNEŞ'in Araştırma İzni.

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi: a) Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Yazı ve Kurul İşleri Müdürlüğü'nün 04/11/2016 tarihli ve E.19420 sayılı yazısı.
b) Fatma GÜNEŞ'in 04/11/2016 tarihli dilekçesi.

ADÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi olup aynı zamanda Aydın Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan Fatma GÜNEŞ; "Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" başlıklı tez çalışmasını Aydın Devlet Hastanesinde Kasım 2016- Şubat 2017 tarihleri arasında gerçekleştirmek için talepte bulunmuştur. Adı geçen söz konusu talebi Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırma İzinleri Etik Komisyonu tarafından incelenmiştir.

Adı geçen söz konusu tarihlere çalışma yapması, çalışmayı yaparken kimlik taşıması, hasta mahremiyetine dikkat etmesi, hizmeti aksamaması ve çalışma sonuçlarını Genel Sekreterliğimizle paylaşması kaydıyla uygun görülmüştür.

Uzm. Dr. Selma ÖZCAN
Genel Sekreter

DAĞITIM:
-Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü
-Aydın Devlet Hastanesi Yöneticiliği

Güvenlik Elektronik İmza ile Avnıdır.

Yüksel ÖZTÜRK
Evrak Merpuru

Bilgi İçin: Sümeyra ÇELEBİ

Aydın Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim, Ar-Ge Birimi
Tel: 0256 214 33 62- 4010 Fax: 0256 214 56 60

e-posta: sumeyra.celebi@saglik.gov.tr Telefon No: (0256) 214 3362/4010

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://c-belge.saglik.gov.tr> adresinden 41aeb0f9-3918-4129-ab19-87f9b5672878 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Ek 11. Uzman Paneli Formu

Lütfen maddelerin dil uygunluğunun aşağıdaki puanlamayı göz önüne alarak işaretleyerek cevaplayınız.

1 Uygun Değil	2 Biraz Uygun Madde ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekir	3 Uygun Ancak ufak değişiklikler gerek	4 Çok Uygun
--------------------------------	---	--	------------------------------

ATRIYAL FIBRİLASYONUNYAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ ANKETİ

	1 Uygun Değil	2 Biraz Uygun	3 Uygun	4 Çok Uygun
1. Palpitations: Heart fluttering, skipping or racing Çarpıntı: Kalp çarpıntısı, teklemesi veya hızlı atmasından				
Önerileriniz:				
2. Irregular heart beat Düzensiz kalp atımından				
Önerileriniz:				
3. A pause in heart activity Kalp atışında bir duraklamadan				
Önerileriniz:				
4. Lightheadedness or dizziness Denge kaybı veya baş dönmesinden				
Önerileriniz:				

	1 Uygun Değil	2 Biraz Uygun	3 Uygun	4 Çok Uygun
<p>5. Ability to have recreational pastimes, sports, and hobbies</p> <p>Eğlenceli vakit geçirme, spor yapma ve hobi yapabilme</p>				
Önerileriniz:				
<p>6. Ability to have a relationship and do things with friends and family</p> <p>Arkadaşları ve ailesiyle iletişim kurma ve bir şeyler yapabilme</p>				
Önerileriniz:				
<p>7. Doing any activity because you felt tired, fatigued, or low on energy</p> <p>Yorgunluk, bitkinlik veya güç kaybı nedeniyle bir etkinlik yapmaktaki</p>				
Önerileriniz:				
<p>8. Doing physical activity because of shortness of breath</p> <p>Fiziksel bir etkinlik yaparken nefes darlığı nedeniyle</p>				
Önerileriniz:				
<p>9. Exercising</p> <p>Egzersiz yaparken</p>				
Önerileriniz:				

	1 Uygun Değil	2 Biraz Uygun	3 Uygun	4 Çok Uygun
10. Walking briskly Tempolu yürüyüş yaparken				
Önerileriniz:				
11. Walking briskly uphill or carrying groceries or other items, up a flight of stairs without stopping Yokuş yukarı tempolu yürüyüş yaparken veya hiç durmadan yiyecek benzeri farklı şeyleri taşırken ve dinlenmeden bir kat merdivenden çıkarken				
Önerileriniz:				
12. Doing vigorous activities such as lifting or moving heavy furniture, running, or participating in strenuous sports like tennis or racquetball Mobilya kaldırma veya yerini değiştirme, koşma, tenis veya basketbol gibi yorucu sporlara katılma gibi hareketli etkinlikler yaparken				
Önerileriniz:				
13. Feeling worried or anxious that your atrial fibrillation can start anytime Atriyal fibrilasyonun her an başlayabileceğine dair yaşanan endişe veya kaygı duygusundan				
Önerileriniz:				

	1 Uygun Değil	2 Biraz Uygun	3 Uygun	4 Çok Uygun
<p><i>14. Feeling worried that atrial fibrillation may worsen other medical conditions in the long run</i></p> <p>Atrial fibrilasyonun uzun vadede diğer sağlık durumlarını kötüleştirebileceğine dair endişe duygusundan</p>				
Önerileriniz:				
<p><i>15. Worrying about the treatment side effects from medications</i></p> <p>İlaç tedavisinin yan etkileri hakkında endişelenmekten</p>				
Önerileriniz:				
<p><i>16. Worrying about complications or side effects from procedures like catheter ablation, surgery, or pacemakers therapy</i></p> <p>Kateter uygulama, ameliyat veya kalp pili gibi prosedürlerin yan etkisi veya oluşturabileceği sorunlar hakkında endişelenmekten</p>				
Önerileriniz:				
<p><i>17. Worrying about side effects of blood thinners such as nosebleeds, bleeding gums when brushing teeth, heavy bleeding from cuts, or bruising.</i></p> <p>Burun kanaması, diş fırçalarken oluşan diş eti kanaması, kesiklerden oluşan ağır kanama, veya berelenme gibi sonuçlara sebep olan kansulandıran ilaçların yan etkisi hakkında endişelenmekten</p>				
Önerileriniz:				

	1 Uygun Değil	2 Biraz Uygun	3 Uygun	4 Çok Uygun
<p>18. Worrying or feeling anxious that your treatment interferes with your daily activities Tedavinin günlük hayattaki etkinliklerinize müdahalesi hakkında kaygılanmaktan veya endişelenmekten</p>				
Önerileriniz:				
<p>19. How well your current treatment controls your atrial fibrillation? Şu anki tedaviniz Atriyal Fibrilasyonunuzu ne kadar iyi düzenliyor?</p>				
Önerileriniz:				
<p>20. The extent to which treatment has relieved your symptoms of atrial fibrillation Tedaviniz Atriyal Fibrilasyonun belirtilerini ne ölçüde rahatlattı?</p>				
Önerileriniz:				

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : GÜNEŞ, Fatma
Uyruk : Türkiye Cumhuriyeti
Doğum yeri ve tarihi : Eskişehir, 11.01.1993
Telefon : 05427646616
E-mail : fgunes@093mail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

<u>Derece</u> :	<u>Kurum</u> :	<u>Mezuniyet tarihi</u> :
Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2015

BURLAR ve ÖDÜLLER:

İŞ DENEYİMİ

<u>Yıl</u> :	<u>Yer/Kurum</u> :	<u>Ünvan</u> :
2015	Gaziosman Paşa Taksim İlk yardım Hastanesi Acil Kliniği	Hemşire
2015-2017	Aydın Devlet Hastanesi Nöroloji Servisi	Hemşire
2017-2019	Aydın Devlet Hastanesi Anestezi ve Reaminasyon Yoğun Bakım	Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

2. PROJELER

Atriyal Fibrilasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Bilimsel Araştırma Projesi (Yükseklisans Tez Projesi, Proje No: HF-18012) (Yardımcı Araştırmacı)

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Güneş F, Koruk E, Güneş Z, Arslantaş H. (2015). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Uykusuzluk ve İlişkili Faktörler, 14. Ulusal Öğrenci Hemşireler Kongresi (Poster sunum)

