



**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ATRİAL FİBRİLASYONU OLAN HASTALARDA
ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK, ANKSİYETE VE DEPRESYON
İLİŞKİSİ**

**Hazırlayan
Mahmut EVLİ**

**Danışman
Yrd.Doç.Dr. Gülsüm Nihal GÜLESER**

Yüksek Lisans Tezi

**Aralık 2014
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ATRİAL FİBRİLASYONU OLAN HASTALARDA
ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK, ANKSİYETE VE
DEPRESYON İLİŞKİSİ**

**Hazırlayan
Mahmut EVLİ**

**Danışman
Yrd.Doç.Dr. Gülsüm Nihal GÜLESER**

Yüksek Lisans Tezi

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TYL-2014-5140 kodlu proje ile desteklenmiştir.**

**Aralık 2014
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Mahmut EVLİ

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Atrial Fibrilasyonu Olan Hastalarda Öğrenilmiş Güçlülük, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Mahmut EVLİ

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Gülsüm Nihal GÜLESER

Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr. E. Ümit SEVİĞ

KABUL VE ONAY

Yrd.Doç.Dr. Gülsüm Nihal GÜLESER danışmanlığında **Mahmut EVLİ** tarafından hazırlanan “Atrial Fibrilasyonu Olan Hastalarda Öğrenilmiş Güçlülük, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

04/12/2014

JÜRİ:

İMZA:

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülsüm Nihal GÜLESER

(Hemşirelik Anabilim Dalı)

Üye: Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK

(Hemşirelik Anabilim Dalı)

Üye: Yrd. Doç. Dr. Figen İNCİ

(Niğde Üniversitesi Niğde Zübeyde Hanım SYO Hemşirelik Bölümü)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... / /

..... / /

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve yazılması dahil her aşamasında yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen; lisansüstü eğitimim süresince mesleki birikimi, çalışma azmi, bilgi ve becerileri ile mesleki gelişimime katkı sağlayan ve bana örnek olan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer danışman hocam Sayın Yrd.Doç.Dr. Gülsüm Nihal GÜLESER'e,

Kendilerini tanıma, dinleme ve öğrencileri olabilme şansına erişebildiğim, üzerimdeki emeklerini ödeyemeyeceğim sevgili hocalarım Sayın Prof.Dr. E. Ümit SEVİĞ ve Sayın Yrd.Doç Dr. Nuray ŞİMŞEK'e,

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde emeği ve yardımını esirgemeyen Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Doç.Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e,

Veri toplama sürecinde her zaman yardımcı olan Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bağlı Yılmaz- Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi çalışanlarına,

Tecrübelerini paylaşan ve manevi desteklerini esirgemeyen başta araştırma görevlisi arkadaşlarım olmak üzere bölümümüzün tüm öğretim üyesi ve öğretim elemanlarına,

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan ve her zaman desteklerini hissettiğim sevgili annem, babama ve kardeşlerime,

Hep yanımda olan ve bana güç veren değerli eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mahmut EVLİ

Kayseri, Aralık 2014

ATRİAL FİBRİLASYONU OLAN HASTALARDA ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK, ANKSİYETE VE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Mahmut EVLİ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Aralık 2014

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Gülsüm Nihal GÜLESER

ÖZET

Araştırma, atriyal fibrilasyonu (AF) olan hastalarda öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Erciyes Üniversitesi Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi aritmi polikliniğinde 20.03.2014-20.07.2014 tarihleri arasında çalışma kriterlerine uyan toplam 90 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmada etik kurul onayı ile bireylerden yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

Veriler; anket formu, Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılarak, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon analizi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Hastaların yarıya yakınının (%41.1) HAD-A ölçeğinden, yarısından fazlasının (%57.8) ise HAD-D ölçeğinden eşik üstü puan aldığı belirlenmiş olup, öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması ise 124.92 ± 15.21 olarak saptanmıştır. Araştırmada hastaların anksiyete ve depresyon değerleri arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($p < 0.01$), öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve depresyon değerleri arasında ise negatif yönde ve orta düzeyde ($p < 0.01$) bir ilişki saptanmıştır.

Araştırmanın sonuçları, öğrenilmiş güçlülük düzeyi düşük olan AF'li hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir. AF'li hastalar ile çalışan hemşireler bu hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmeli ve hastalara stresle etkin baş etme yollarını öğreterek öğrenilmiş güçlülük düzeylerini artırma yönünde destek sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Atriyal fibrilasyon, öğrenilmiş güçlülük, anksiyete, depresyon, hemşire

**THE RELATIONSHIP BETWEEN LEARNED RESOURCEFULNESS,
ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION**

Mahmut EVLİ

Erciyes University, Graduate School of Health Sciences

Department of Nursing

Msc. Thesis, December 2014

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Gülsüm Nihal GÜLESER

ABSTRACT

The research was conducted as a descriptive study to determine the relationship between learned resourcefulness, anxiety and depression in patients with atrial fibrillation (AF). This research was carried out on a total of 90 patients holding appropriate at Erciyes University Yılmaz- Mehmet Öztaşkın Heart Hospital Arrhythmia service between the dates of 20.03.2014-20.07.2014. for this research, ethics committee approval and informed consent of the individuals were obtained.

Data were gathered by the researcher using questionnaire form, Rosenbaum Learned Resourcefulness Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Descriptive statistics, independent samples t-test, correlation analysis and one-way ANOVA, if any were used for the statistical data analysis.

It was found that almost half the patients (41.1%) had scores above borderline in HAD-A scale and more than half (57.8%) had scores above borderline in HAD-D scale; and the mean score for learned resourcefulness was found as 124.92 ± 15.21 . In the study a moderate positive correlation has been found between the anxiety and depression values of the patients ($p < 0.01$), unlike the moderate negative correlation detected between their learned resourcefulness, anxiety and depression levels ($p < 0.01$).

the results of the research showed that AF patients with low learned resourcefulness had high levels of anxiety and depression. Nurses who work with AF patients need to apprise anxiety and depression levels of these patients and provide them with support to further their learned resourcefulness teaching how to deal with stress effectively.

Key words: Atrial fibrillation, learned resourcefulness, anxiety, depression, nurse

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	iii
KABUL VE ONAY	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. ATRİAL FİBRİLASYON TANIMI	4
2.2. ATRİAL FİBRİLASYON SINIFLAMASI.....	4
2.3. ATRİAL FİBRİLASYON EPİDEMİYOLOJİSİ	5
2.4. ATRİAL FİBRİLASYON ETİYOLOJİSİ	6
2.5. ATRİYAL FİBRİLASYON SEMPTOMLARI VE TANI.....	7
2.6. ATRİYAL FİBRİLASYON TEDAVİSİ.....	8
2.7. ANKSİYETE VE DEPRESYON.....	8
2.7.1. ANKSİYETE VE DEPRESYON TANIMI.....	8
2.7.2. ANKSİYETE VE DEPRESYON SEVİYE VE BELİRTİLERİ.....	9
2.8. ATRİYAL FİBRİLASYONDA ANKSİYETE VE DEPRESYON	13
2.9. ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK, ANKSİYETE VE DEPRESYON	14
2.10. ANKSİYETE VE DEPRESYONDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI	15
2.10.1. ANKSİYETE İLE BAŞETMEDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI.....	16
2.10.2. DEPRESYON İLE BAŞETMEDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI.....	17

2.10.3.ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜĞÜ YÜKSELTMEYE YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	19
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	19
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	20
3.3.1. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ.....	20
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	20
3.4.1. HASTA TANITIM FORMU	21
3.4.2. ROSENBAUM ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ	21
3.4.3. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	21
3.5. ÖN UYGULAMA	22
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	22
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	22
3.7.1. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	23
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	34
6. KAYNAKLAR	43

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

AF	:Atrial Fibrilasyon
KVH	:Kardiyovasküler Hastalıklar
EKG	:Elektro Kardiyo Grafi
DSM IV	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	:International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10
BGOF	:Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
HADÖ	:Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	:Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete
HAD-D	:Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon
ÖG	:Öğrenilmiş Güçlülük

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1. Anksiyete seviyelerinde görülen belirtiler.....	11
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	26
Tablo 4.3. Hastaların Öğrenilmiş Güçlülük, Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı	27
Tablo 4.4. Hastaların Yaş, Öğrenilmiş Güçlülük, Anksiyete ve Depresyon Değerleri Arasındaki İlişkilerin Matrisi.....	28
Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öğrenilmiş Güçlülük ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımları.....	29
Tablo 4.6. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Öğrenilmiş Güçlülük ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçek Puan Dağılımları.....	31

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda gerek teknolojik gerekse endüstriyel alandaki ilerlemeler sonucu ortaya çıkan sosyal ve ekonomik değişimler, morbidite ve mortaliteye neden olan hastalıkların oranlarında önemli değişikliklere neden olmuştur. Morbidite ve mortaliteye neden olan hastalıklar arasında ilk sıralarda yer alan kardiyovasküler hastalıklar (KVH) yirminci yüzyılın başlarında dünya genelinde ölümlerin %10'undan daha azına neden olur iken, yirmi birinci yüzyıl başında gelişmiş ülkelerde ölümlerin yaklaşık %50'sinden, gelişmekte olan ülkelerde ise %25'inden sorumlu tutulmaktadır (1). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en başta gelen ölüm nedenleri arasında yer alan KVH'ler nedeniyle, dünyada yılda on yedi milyon kişi (1,2), Avrupa Birliği'nde ise yılda iki milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde kesin rakamlar bilinmemekle birlikte yılda yaklaşık iki yüz bin kişinin KVH'ler nedeniyle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (1).

Kardiyovasküler hastalıklar sınıfı içerisinde yer alan ve morbidite, mortalite oranları ile yakından ilişkili olan rahatsızlıklardan biri atriyal fibrilasyondur (AF) (3,4). En sık karşılaşılan kardiyak aritmi türü olan AF (4,5) dünyada genel popülasyonun %1-2'sinde (6), Amerika Birleşik Devletleri'nde 75 yaş üzeri toplumun %4-10'unda (7), ülkemizde ise genel popülasyonun %1.25'inde görülmektedir (8).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi AF'de de kronik hastalık kaygısı, bilinmezlik, çarpıntı nedeniyle gelişen ani ölüm düşüncesi gibi faktörler hastalarda genellikle anksiyete, disfori ya da depresyon ile sonuçlanmaktadır (9). Literatürde AF tanılı hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon ve anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (10). AF ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki hakkında sınırlı bilgi bulunması ile birlikte bu konuda yapılmış birkaç çalışma AF ile anksiyete ve depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır (11-14).

Kalp hastalıkları ve psikiyatrik rahatsızlıklar arasındaki ilişkinin tek yönlü olmayıp, karşılıklı etkileşime neden olduğu uzun yıllardır bilinmektedir (15,16). Majör depresyon, panik bozukluk ve akut anksiyeteden; sosyal destek azlığı, düşük gelir düzeyi ve öfkeye kadar değişen geniş bir çerçevede birçok psikososyal faktör kardiyak bozukluklarla ilişkilidir (9). Anksiyetenin neden olduğu adrenerjik hiperaktivasyon, hastada AF’inde dahil olduğu ventriküler ve/veya supraventriküler aritmilere neden olabilmektedir (16,17). Raviele et al. (17) aritminin hastalarda anksiyete oluşturmaya ek olarak, anksiyetenin de aritmi oluşumu üzerinde kolaylaştırıcı etkisi olduğunu belirtmektedir. Belirli bir düzeydeki anksiyetenin aritmi oluşturuca etkisi olmakla birlikte, anksiyete şiddet düzeyinin artması AF’de görülen semptomların şiddetinde artışa da neden olmaktadır (3).

Tüm bu nedenlerden dolayı AF’li hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin tespit edilmesi ve tespit edilen soruna yönelik uygun hemşirelik girişimlerinde bulunulması son derece önemlidir. Hemşirelerin, hastalarda anksiyete ve depresyonun fizyolojik, emosyonel ve davranışsal tepkilerine karşı dikkatli olması ve bakımından sorumlu olduğu bireyin fiziksel olduğu kadar psikolojik gereksinimlerini de dikkate alarak etkin bir bakım vermesi gerekir (18). Bireyin yaşadığı stres, anksiyete ve depresyon ile etkin olarak baş etmesini sağlamak hemşirelerin sorumluluğu arasındadır (19).

Kişinin stresli olaylarla baş etmesi üzerinde etkili olan faktörlerden biri Rosenbaum (20) tarafından tanımlanan öğrenilmiş güçlölüktür (21). Öğrenilmiş güçlölük düzeyi yüksek bireyler zorluklarla karşılaştıklarında bu zorluklara karşı inatçı ve ısrarlı olup mücadele etmekte ve amaçlarını gerçekleştirmek için daha fazla çaba harcamaktadırlar (21,22). Hastanın stresli olaylarla baş etme yeteneğini geliştiren öğrenilmiş güçlölük derecesinin yüksek olması, kişisel benlik saygısının artmasına ve hastalığın olumsuz belirtilerinin azalmasına yol açmaktadır (21, 22). Huang et al. (23) tarafından yapılan araştırmada öğrenilmiş güçlölük seviyesi yüksek olan diyabetli hastaların depresif belirtilerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Ruff (24) tarafından yapılan bir araştırmada ise öğrenilmiş güçlölük düzeyi yüksek olan meme kanserli hastaların öz saygı ve iyilik hallerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kronik rahatsızlığa sahip olan bireylerin kronik rahatsızlığın yanı sıra, tedavide karşılaştıkları pek çok kısıtlamanın, fiziksel ve ruhsal açıdan bazı sıkıntılara neden olacağı bilinmektedir. Bu sıkıntılar arasında depresyon ve depresif duygulanım bozuklukları başta gelmektedir

(22). Kronik rahatsızlığı olan bireylerde majör depresyon görülme oranı %5.1 (22) ile %10 (21) arasında, minör depresyonun görülme olasılığının ise %17.7 (22) ile %27 (21) arasında olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Kronik rahatsızlığı olan bireylerde hem rahatsızlığı ortaya çıkaran organın işlev kaybı, fiziksel becerilerin, bilişsel yetilerin, aile ve iş yaşamındaki kayıplar hem de kronik rahatsızlığın tedavisinde kullanılan ilaçların depresyona neden olabileceği düşünülmektedir. Olası bir depresyonda ise kronik rahatsızlığı olan bireyin tedaviden en üst düzeyde faydalanması, tedaviye uyumu, beslenmesi ve bağışıklık sistemi etkilenebilir (22). Depresyon durumunda oluşan negatif düşüncelerin ve olumsuz duyguların önlenmesinde ya da yönetilmesinde öğrenilmiş güçlülüğün önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir (25).

Sağlık profesyonelleri içerisinde hasta ile daha fazla zaman geçiren hemşirelerin hastaya holistik yaklaşım anlayışı ile bakım vermesi, dolayısıyla hastayı sadece fiziksel rahatsızlığı olan bir birey olarak değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal açıdan da değerlendirmesi gerekmektedir (26,27). Bu bağlamda hemşirenin; hastada anksiyete ve depresyona neden olabilecek durumları tanıması, hastanın anksiyete ve depresyon seviyelerini belirlemesi, risk altındaki hastaya doğru, uygun yardım müdahaleleri planlayarak bakım vermesi ve bakımın sonuçlarını değerlendirmesi gereklidir. Hemşirelik bakımının esas hedeflerinden biri de hastanın anksiyete düzeyinin ve depresif bozukluklara yakalanma riskinin azaltılmasıdır. Anksiyete ve depresyon düzeyinin düşmesinde etkili olan faktörlerden biri ise bireylerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin artırılmasıdır (22,28).

Bu nedenle hasta bireyin öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve depresyon düzeylerinin saptanması ve öğrenilmiş güçlülük düzeyi düşük olan bireylere bu beceriyi artıracak girişimlerde bulunulmasında hemşirelere danışman ve rehber olarak önemli görevler düşmektedir.

Bu araştırma; atrial fibrilasyonu olan hastalarda öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve depresyon ilişkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ATRİAL FİBRİLASYON TANIMI

Atriyal fibrilasyon atriyumların elektriksel aktivitesindeki düzensizlik (29) ve bu düzensizliğin neden olduğu atriyal mekanik işlevlerin bozulması ile karakterize supraventriküler bir taşiaritmidir (6). AF'de atriyal uyarıların sıklığından kaynaklanan hızlı ve düzensiz bir ventriküler cevap sonucunda atriyumun birçok odaktan hızlı bir şekilde (400-650/dk) depolarize olması söz konusudur (30). AF'de ventriküler yanıt atriyoventiküler nodun ve diğer iletici dokuların elektrofizyolojik özelliklerine, sempatik ve vagal tonusun seviyesine, alternatif iletim yollarının varlığına veya yokluğuna ve ilaçların etkinliğine bağlıdır (6). AF'de p dalgalarının yokluğu (31) veya p dalgalarının biçiminde, genişliğinde, sürekliliğinde ve yönünde sürekli değişimlerle oluşan düzensiz p dalga görünümü mevcuttur (32).

2.2. ATRİAL FİBRİLASYON SINIFLAMASI

Klinik olarak, aritminin şekli ve süresine bağlı olarak AF beş tipe ayrılır. Bunlar; ilk kez tanı alan, paroksismal, ısrarcı, uzun süreli ısrarcı ve sürekli AF olarak isimlendirilir (6).

İlk kez tanı alan AF: İlk kez AF sergileyen her hasta aritminin süresinden veya AF ile ilgili belirtilerin varlığından ve şiddetinden bağımsız olarak, ilk kez tanı alan AF'si olan hasta olarak nitelendirilir.

Paroksismal AF: AF'nin kendi kendine sonlanan tipidir. Bu tip AF genellikle 48 saat içinde kendiliğinden sonlanmaktadır. AF atakları yedi güne kadar devam etmesine karşılık, klinik açıdan 48 saatlik süreç önem arz etmektedir (6,33). Bu süreçten sonra, spontan sinüs ritmine geri dönüş çok fazla mümkün değildir ve bu hastalarda anti koagülasyon başlanması düşünülmelidir.

Israrcı (Persistan) AF: Bir AF atağı yedi günden fazla devam ettiğinde ya da atağın ilaçlar veya kardiyoversiyon ile sonlandırılması gerektiğinde ısrarcı AF'nin varlığından söz edilir.

Uzun süreli ısrarcı AF: Bu AF türünde bir ritm kontrol mekanizmasının belirlenmesine karar verildiğinde, en az bir yıl geçmiştir.

Kalıcı AF: Aritminin varlığı hasta veya doktor tarafından kabul edildiğinde kalıcı AF'nin mevcut olduğu kabul edilebilir. Bu nedenle, ritm kontrolü müdahaleleri, kalıcı AF'si olan hastalarda izlenmemektedir. Bir ritm kontrol stratejisinin uygulanması halinde, aritmi “uzun süreli ısrarcı AF” olarak yeniden isimlendirilir (6).

Bu sınıflandırma, özellikle AF ile ilişkili semptomlar da dikkate alındığında, AF hastalarının klinik olarak doğru bir şekilde yönetilmesi açısından yararlıdır. Çoğu tedavi kararları her hasta için bireysel faktörlerin varlığını ve eş hastalıkların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Bu beş AF tipi dışında literatürde sessiz ya da asemptomatik AF olarak adlandırılan bir tablo da yer almaktadır. **Sessiz/asemptomatik AF**'de AF ile ilgili iskemik inme veya taşikardimiyopati gibi bir komplikasyon sonucu AF kendini gösterebilir veya AF fırsatçı bir Elektro Kardiyo Grafi (EKG) ile tanılanabilir. Sessiz AF geçici AF'nin herhangi bir formu olarak görülebilir (6).

Etiyolojiye göre ise birincil ve ikincil AF olmak üzere iki tür sınıflanma yapılmaktadır. Bunlar;

Birincil/Lone AF: 60 yaşından daha genç ve klinik veya ekokardiyografik olarak herhangi bir kardiyopulmoner rahatsızlığı olmayan bireylerde görülen AF türüdür. Birincil AF'li hastalarda yaşın ilerlemesi ve sol atriyumun genişlemesi gibi sebepler tromboembolizm ve mortalite risklerinde artışı da beraberinde getirmektedir (32).

İkincil AF: Akut miyokart enfarktüsü, kardiyak cerrahi, perikardit, miyokardit, hipertroidizm, akut akciğer ödemi, pulmoner emboli gibi hastalıklar ve bunlara ek olarak alkol ve ilaç kullanımı sonucunda ortaya çıkan AF türüdür (32).

2.3. ATRIAL FİBRİLASYON EPİDEMİYOLOJİSİ

Her geçen yüzyılda AF görülme sıklığı iki kat artış göstermektedir. Geçmiş 20 yılda popülasyon yaşının artması, kronik kalp hastalıklarının insidansının artması ve hızlı teknolojik gelişmeler sonucu daha sık tanı konulması nedeniyle hastaneye başvuran AF'li hasta sayısı %66 civarında bir artış göstermiştir(6). Yaşla birlikte artış gösteren

AF genel popülasyonda % 0.4-1.0 olan AF sıklığı (34-36), 40 yaş ve üzerinde %2.3, 65 ve üzerinde %5.9 (36) iken 80-89 yaşlarında ise %9'a kadar artış göstermektedir (37, 38).

Standart 12 derivasyonlu EKG kayıtları ile saptanmış olandan çok daha büyük bir oranda olmak üzere, akut inme hastalarında sistemik EKG takibiyle yirmi hastadan birinde AF tanımlanır. AF uzun süre tanı konmadan devam edebilir (sessiz AF) ve AF'si olan pek çok hasta hiçbir zaman hastaneye başvurmadan yaşamını sürdürebilir (6).

Framingham verilerine göre romatizmal kalp hastalığı olanlar dışlandığı zaman iki yıllık AF gelişim insidansı 30-39 yaşları arasındaki erkeklerde %0.04 ve kadınlarda %0.00, 80-89 yaşları arasındaki erkeklerde %4.6, kadınlarda ise % 3.6'dır (6). Yaşam boyu AF gelişim riski 40 yaşına ulaşmış bireylerde yaklaşık %25'tir (6).

Atriyal Fibrilasyon çeşitli kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilendirilmektedir. Eşlik eden tıbbi durumlar AF oluşmasına katkıda bulunmaktadır. AF ile etkileşim halinde olan durumlar basit nedensel faktörlerden çok global kardiyovasküler risk ve/veya kardiyak hasar için bir belirleyicidir. (6). Hipertansiyon ilk tanı konan AF için ve inme ile sistemik tromboembolizm gibi AF ile alakalı komplikasyonlar için risk faktörüdür (6). Hipertansif kalp hastalığı %8-10 oranında AF ile birlikte görülmekte ve %40 oranında AF' nin etiyolojisini etkilemektedir (34).

2.4. ATRİYAL FİBRİLASYONUN ETİYOLOJİSİ

Genelde bir kalp hastalığına bağlı olarak gelişen AF'yi beraberinde getiren en sık neden geçmişte mitral stenoza olan romatizmal kalp hastalıkları iken, günümüzde kalp kapak hastalığı olmaksızın hipertansiyon hastası olan ve koroner kalp hastalığı olan, özellikle de kalp yetmezliği olan bireylerde AF geliştiği bildirilmektedir (39).

Atriyal fibrilasyonun etiyolojik nedenleri arasında kalp ile ilişkili hastalıklardan; mitral kapak hastalığı, sistolik ve diastolik disfonksiyon, konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, diyabet, miyokart infarktüsü, hipertrofik kardiyomiyopatiler, perikardit, wolff-parkinson-white sendromu, hasta sinüs sendromu, konjenital kalp hastalığı ve koroner by-pass ameliyatı yer alır (40).

Koroner kalp hastalıkları erkeklerde AF'nin %8'inden sorumludur ve erkeklerde kronik AF gelişme riskini iki kat artırırken, kadınlarda AF gelişme riski üzerinde etkili değildir. Romatizmal kalp hastalıklarının AF gelişme riskini kadınlarda 27, erkeklerde

ise 8 kat artırdığı bildirilmektedir. Hipertansif KVVH'ler AF'nin %14'ünden sorumludur ve AF gelişme riskini yaklaşık dört kat artırmaktadır. Yalnızca hipertansiyon ise her iki cinsten de AF gelişim riskini yaklaşık iki kat artırmaktadır (39).

Kalp dışı nedenler arasında ise akut veya kronik alkol alımı, sigara kullanımı, obezite, yaşlılık, hipo/hipertroidizm, vagal ve sempatik ton değişiklikleri, pulmoner tromboembolizm, sepsis ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı yer alır (40). Sigara kullanımının özellikle kadınlarda AF gelişme olasılığını %50 oranında artırdığı bildirilmiştir (39). Obezite atriyal genişleme ve ventriküler diyastolik disfonksiyona yol açarak AF gelişmesine katkıda bulunmaktadır (41).

2.5. ATRİYAL FİBRİLASYON SEMPTOMLARI VE TANI

Atriyal fibrilasyonun çeşitli semptomları bulunmaktadır. AF genellikle semptom vermeyebilir ve yine semptomatik AF'li hastalarda da asemptomatik dönemler olabilir. En çok karşılaşılan semptomlar çarpıntı, pre-senkop, halsizlik ve dispne iken, senkop ve göğüs ağrısı daha az görülmektedir. (34).

Atriyal fibrilasyon atakları genelde günün belirli zamanlarında görülmekte ve bu durumun nedeni tam olarak açıklanamamaktadır. Bazı hastalarda AF atakları gece daha sık görülmekte ve bu durumun parasempatik aktivitedeki artışa bağlı olduğu ileri sürülmektedir (34).

Fizik muayenede düzensiz nabız, düzensiz juguler venöz pulsasyonlar, birinci kalp sesinin şiddetinde değişkenlik ya da daha önce sinüs ritmi esnasında duyulan dördüncü kalp sesinin olmaması gibi bulgular AF'yi düşündürmektedir (35).

Atriyal fibrilasyonun EKG bulgusunda p dalgası kaybolur ve atriyal aktivitede dalgalanmalar görülür. AF'nin tam blok ile beraber olduğu ender vakalar dışında EKG'de QRS kompleksleri total olarak düzensizdir. Tedavi edilmemiş olan olguların çoğunluğunda, ventrikül hızı 100-160/dk arasındadır, ancak hız bu değerlerin altına ya da üstüne çıkabilir (35).

Düzensiz bir nabız varlığında her zaman AF'den şüphelenilmeli ve kesin tanı için EKG kaydı tabloyu doğrulamalıdır. AF'nin EKG özelliklerine sahip olan ve bir ritm şeridinde en az 30 saniye süren tüm aritmiler AF olarak tanımlanmaktadır (6).

2.6. ATRİYAL FİBRİLASYON TEDAVİSİ

Atriyal fibrilasyonlu hastalarda tedavi üç amaca hizmet eder. Bunlar ritm kontrolü, hız kontrolü ve tromboembolinin önlenmesidir (32,34,40). AF'nin yönetiminde öncelikli karar hız ya da ritim kontrol stratejilerinin belirlenmesidir (42).

Kalp ritmi kontrolünde mevcut ritmin sinüs ritmine geri dönmesi ve sinüs ritminin sürdürülmesi hedeflenir. Ritm kontrolünün amacı, semptomlarda ve hemodinamik durumda iyileşme ile birlikte emboli riskinin azaltılmasıdır (40,42).

Kalp hızı kontrolünde sinüs ritmine geri dönme ya da sinüs ritminin sürdürülmesi üzerinde durulmaksızın ventrikül hızı kontrol altına alınır (42). Hız kontrolünün amacı hastanın yaşadığı semptomların iyileştirilmesi ve hıza bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesidir (34,43).

Tromboembolinin önlenmesinde hız ve ritm kontrolü sırasında tromboemboli gelişme riskine yönelik antitrombolitik tedavi uygulanır (40). Atriyal fibrilasyon tedavisinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılır (34). Farmakolojik tedavide; ritm kontrolünde sinüs ritminin sağlanması ve idamesi için intra venöz ajanların kullanılması, oral antiaritmik ajanların kullanılması, ventrikül hızını kontrol etmek ve tromboemboli gelişimini önlemek için ilaç tedavilerinin kullanılması söz konusudur (40).

Nonfarmakolojik tedavide ise; elektriksel kardiyoversiyon, kateter ablasyon, cerrahi tedavi ve kalp pili uygulanmaktadır (32,34,44).

2.7. ANKSİYETE VE DEPRESYON

2.7.1. Anksiyete ve Depresyon Tanımı

Almanca “angh” kökünden türetilmiş olan anksiyete darlık, sıkışma gibi anlamlara gelmekte ve “anchein” (boğulma-sıkılma), “angor” (boğulmak, nefes düzensizliği) ve “angustia” (disstres) gibi anlamlarla da değişik dillerde benzerlik göstermektedir (45). Anksiyete, belirli bir nedene bağlı olarak ya da belirli bir nedeni olmadan, birdenbire ortaya çıkan, zaman zaman tekrarlayan, çoğunlukla bedensel, fizyolojik belirtiler gösteren aşırı kaygı durumudur (46).

Anksiyete kişiyi yaklaşan tehditler için uyarmakta ve bu tehditle baş etmesi için önlem almasını sağlamaktadır (47). Anksiyetenin bu yapıcı, olumlu özelliğinin yanı sıra bu durumun patolojik boyutlara varmasıyla yıkıcı ve bozucu yanları da vardır. Anksiyete

şiddetinin çok yüksek olması ve uzun sürmesi durumunda birey günlük yaşamı sürdüremez hale gelir. Bu durum çeşitli anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olur. Anksiyete yaşayan bir hasta sebepsiz panik, nedensiz korku, kontrol edilemeyen tekrarlı eylemler, travmatik olayları tekrar tekrar yaşama veya açıklanamayan çok büyük bir endişe gibi sıra dışı davranışlar gösterebilir. Bu durum zaman geçtikçe kişilerin günlük rutin işlerine, çalışma ve sosyal yaşamlarına önemli ölçüde zarar verir (48).

Depresyon kelimesi ise ruh halini tanımlayan “depress” kelimesinden köken almakta ve Latince “depressus” kelimesinden gelmektedir (49). Kelime anlamı olarak “çöküş, alçalma” anlamlarına gelen depresyon (16), bireyin derin üzüntülü ve bunaltılı bir duygu durumu içerisinde olmasıyla birlikte düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik fonksiyonlarda yavaşlama gibi belirtilerle ortaya çıkan bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (50,51). Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalık gibi bir neden olmadan ortaya çıkan ruhsal çökkünlükler birincil depresyon, bedensel ya da başka bir ruhsal hastalık nedeniyle ortaya çıkan ruhsal çökkünlükler ise ikincil depresyon olarak adlandırılmaktadır (50).

Depresyon tek bir hastalık olarak değil birden fazla alt gruptan oluşmuş bir hastalık kümesi olarak değerlendirilmektedir (51). Dünyada en fazla kabul gören sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin sınıflandırma sistemi olan DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)’e göre depresyonun alt grupları;

1. Majör depresyon bozukluğu,
2. Süregiden depresyon bozukluğu (Distimi),
3. Aybaşı öncesi (Premenstrüel) disfori bozukluğu,
4. Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu,
5. Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyondur.

2.7.2. Anksiyete ile Depresyon Düzeyleri ve Belirtileri

Anksiyete düzeyleri hafif, orta, şiddetli ve panik olmak üzere dörde ayrılır. Anksiyete düzeyinin belirlenmesi anksiyeteli hastaya uygulanacak girişimlerin ana hattını oluşturduğundan önemlidir (52).

Hafif Anksiyete: Çok az bir gerilim vardır ve bu gerilim enerjide artışa neden olur. Duyular alarmdadır ve kavrama alanı genişlemiştir. Bu durumda birey kendi ilgilerine

ve kendi çevresine karşı daha duyarlı ve katılımcı olur. Hafif anksiyeteli bireylerde konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği vardır. Bu nedenle birey bu düzey anksiyetede etkin problem çözme becerisine sahiptir (52,53).

Orta Anksiyete: Birey daha dikkatli ve gergindir. Kavrama alanı hafif anksiyete düzeyine göre daralmıştır. Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisi gösterir ancak, çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Uzun süreli olmasa da olaylar üzerinde etkin olarak mantık yürütür. Bu aşamada yaşanan sıkıntılı durum kişileri rahatsız edebilir. Fakat bazı kişiler ise hiç rahatsızlık duymadan anksiyete uzun süre devam etse bile etkin olarak problem çözer ve eylemde bulunabilirler (53).

Şiddetli Anksiyete: Kavrama alanı önemli ölçüde daralmıştır. Birey ayrıntılara yoğunlaştığından, çevredeki olayları tam olarak algılayamaz ve farkında olduğu ayrıntılar arasında neden sonuç ilişkisi kuramaz. Şiddetli anksiyete yaşayan birey problem çözmek için dikkatini toplayamaz ve mantık yürütmede zorlanır. Bu durum, profesyonel müdahale gerektiren bir sorunu gösterir (53).

Panik: Kavrama alanı tam olarak parçalanmıştır. Birey ayrıntılara eğilir, olaylar arası bağlantılar kuramaz, çevresinde neler olup bittiğini kavrayamaz. Bireyin düşünce alanı düzensizleşmiş ve davranışları uygunsuzlaşmıştır. Bu durumda kişi kriz aşamasındadır. Tablo 2.1.'de anksiyete düzeylerinde görülen belirtiler özetlenmiştir (52,53).

Tablo 2.1 Anksiyete düzeylerinde görülen belirtiler

Hafif	Orta	Şiddetli	Panik
- Hafif rahatsızlık - Tedirginlik - Sabırsızlık - Dudak ısırma - Parmak tıkkatma	- Ses titremesi ve ses tonunda değişim - Konsantrasyon zorluğu - Titreme - Tekrar eden sorular - Sık idrara çıkma - Baş ağrısı - Solunumda artma - Nabızda artma - Kas gerginliğinde artma - Hareketlerde artma	- Korku hissi - Etkisiz işlevler - Karışıklık hali - Amaçsız hareketler - Korkunç sonun yaklaştığı hissi - Baş ağrısı, uykusuzluk, baş dönmesi, mide bulantısı vb. şikayetlerde artma	- Dehşet duygusu - Hareketlerde artma ya da hareketsiz kalma - Mantık dışı konuşmalar veya hiç konuşmama - Şiddetli titreme - Uykusuzluk - Algı bozuklukları

Dünya Sağlık Örgütüne üye olan ülkelerin kullanmış olduğu ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10) sınıflandırma sisteminde depresif bozuklukların belirtileri çekirdek belirtiler ve ek belirtiler olmak üzere iki grup altında toplanmıştır. DSM-5 tanı ölçütleri kitabında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) ise aşağıdaki belirtiler kullanılmaktadır. Bunlar;

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmalı ve daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmalıdır. Bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme veya zevk almama olmalıdır.

1. Çökkün duygudurum; neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde kişi üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur,
2. Neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde kişinin tüm etkinliklere karşı ilgisinde belirgin bir azalma ya da etkinliklerde zevk almama,
3. Çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma,
4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma,

5. Neredeyse her gün, hareketlerde ajitasyon ya da yavaşlama,
6. Neredeyse her gün, yorgunluk, bitkinlik ya da enerji düşüklüğü,
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da suçluluk duyguları,
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama,
9. Yineleyici ölüm düşünceleri intihar düşünceleri,

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur.

D. Majör depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz (54,55).

Depresyonun bir sendrom olduğu depresyon tanısında unutulmaması gereken önemli bir noktadır. Bu nedenle depresyona birden fazla etmenin katkı yapabileceği bilinmeli ve bu hususlar dikkate alınmalıdır (56).

Kederli duygu durum, depresif bozukluklarda ortak olan ve sık görülen bir durumdur. Elem doğrultusunda artmış olan kederli duygu durum, karamsarlık, kötümserlik, yalnızlık, mutsuzluk, umutsuzluk gibi duygulanımları kapsamaktadır. Depresyonun düzeyi ve şiddeti kederli duygu durumun düzeyini ve şiddetini belirlemektedir. Duygu durumunda huzursuzluk ve tedirginlik olabilir ve bu duruma bağlı zihinsel aktivitelerde azalma, yavaşlama görülebilir. Buna paralel olarak fiziksel hareketlerde de bir yavaşlama söz konusudur. Hasta günlük aktivitelerini yerine getirmede zorlanır. En basit işleri bile yaparken zorlanma olabilmektedir. Artmış olan elem doğrultusunda birey hayattan zevk alamaz, insanlar arası ilişkiler bozulur. Sözlü ve sözsüz iletişimde elem hakimdir (57).

2.8. ATRİYAL FİBRİLASYONDA ANKSİYETE VE DEPRESYON

Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde depresif semptomların görülme sıklığının yüksek olduğu ve depresyonun kardiyovasküler hastalık prognozunun kötüye gidişi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (58,59). Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada kalp hastalığı olan bireylerin %19'unda depresif semptomlar görüldüğü ve depresif semptom gösteren hastaların tekrarlı hastaneye yatma ve ölüm oranlarının depresif semptom göstermeyen hastalara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (60).

Atriyal fibrilasyonlu hastalarda aritminin sebep olduğu semptomlar nedeniyle psikolojik distresin eşlik ettiği genel iyilik halinde bozulma söz konusudur (61). AF'nin semptomları hastalarda duygulanım bozukluğu ve günlük yaşam aktivitelerinden uzaklaşmaya neden olmaktadır. Bu durum ise bireylerin yaşam kalitesini bozarak anksiyete ve depresyon yaşamalarına, anksiyete ve depresyon ise bir kısır döngü halinde yaşam kalitelerinin daha da bozulmasına yol açmaktadır (14,62). AF'li hastalarda yaşam kalitesinin bozulmasına bağlı olarak depresyon ve anksiyete görülme sıklığı artmaktadır (14). Ayrıca hem bozulmuş yaşam kalitesi hem de AF'li hastalarda sık rastlanan uykuda oluşan solunumsal problemler bu hastalarda uyku düzensizliklerini beraberinde getirmektedir (63,64). Uyku düzensizliği ise anksiyete ve depresyonu tetiklediğinden (65,66) AF'li hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek seviyelerde olduğu bildirilmektedir (10). AF hastalarının 1/3'ünde anksiyete ve depresyon tanıya eşlik etmektedir (67). Yapılan çalışmalarda, AF'li hastalarda anksiyete görülme oranının %28-38, depresyon görülme oranının ise %32-%38 arasında değiştiği saptanmıştır (10,68,69).

Atriyal fibrilasyonda depresif semptomlar AF ataklarının sık tekrarlamasına, kalp yetmezliği ve ölüm gibi komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (70). AF atakları tekrarlayan hastaların %41'inde depresyon belirtileri gözlenirken, AF atak tekrarı olmayan hastalarda bu oran %7'dir. Depresyon bir yandan AF gelişimine zemin hazırlarken diğer yandan AF'de uygulanan tedavileri de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (71).

Tüm bu nedenlerden dolayı AF'li hastalarda anksiyete ve depresyonu azaltacak girişimlerde bulunulması önemlidir. Böylece hastanın yaşam kalitesi ve tedavinin etkinliği artırılırken, AF kaynaklı ekonomik yükler de azaltılabilir (14). AF'li hastalarda psikolojik ve fiziksel distresin boyutu hastanın deneyimlediği AF semptomu, hastalık algısı, kişilik özelliği, kullandığı baş etme yöntemi ve baş etme becerisi ile ilişkilidir

(72). Bireylerin kişilik özelliklerinden kaynaklanan baş etme yöntemlerinden biri de öğrenilmiş güçlülüktür (20-22).

2.9. ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK, ANKSİYETE VE DEPRESYON

Rosenbaum'a göre duyguların, acının ve istenmeyen düşüncelerin kontrolünde kullanılan bilişsel bir beceri olan öğrenilmiş güçlülük (73,74), bireylerin stresli yaşam olayları ile karşı karşıya kaldıklarında sahip oldukları bilişsel baş etme davranışları ve öz kontrol yetenekleridir (20). Bu öz kontrol sadece davranışların kontrol edilmesi değil, aynı zamanda duygu ve düşüncelerinin de kontrol edilebilmesidir (73). Dağ'ın aktardığına göre Rosenbaum öğrenilmiş güçlülüğün esas olarak dört öz kontrol becerisini içerdiğini bildirmektedir. Bunlar;

- Duygusal ve fiziksel tepkileri kontrol etmek için öz denetim ve bilişlerin kullanımı,
- Planlama, problemi tanımlama, alternatif değerlendirme ve sonuçların değerlendirildiği problem çözme becerilerinin uygulanması,
- Hemen doyumu erteleyebilme becerisi,
- Bireyin kendisinin içsel olayları düzenleyebileceğine dair genel bir inanca sahip olması olarak açıklanmaktadır (75).

Rosenbaum öğrenilmiş güçlülüğü oluşturan becerilerin tümüyle öğrenme yaşantıları sonucunda ortaya çıktığını savunmaktadır. Bu nedenle bireylerin öğrenilmiş güçlülük seviyeleri birbirinden farklıdır (20).

Rosenbaum et al. (76) tarafından yapılmış bir çalışmada öğrenilmiş güçlülük düzeyi düşük bireylerin davranışlarının sonuçlarını kontrol edemedikleri ve öğrenilmiş güçlülük düzeyi yüksek olan bireylere göre daha fazla çaresizlik düşüncesine kapıldıkları bildirilmektedir. Yine Rosenbaum et al. (77) tarafından yapılan bir başka çalışmada öğrenilmiş güçlülük düzeyleri yüksek olan hastaların anksiyete ve depresyon seviyelerinin anlamlı ölçüde düşük olduğu belirtilmiştir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda depresyona yatkınlıktaki en önemli faktörün öğrenilmiş güçlülük olduğu belirtilmiştir (73,75).

Bireylere fizyolojik ve emosyonel tepkilerle baş etme, planlama, problem çözme, kararlaştırma, erken doyumu erteleme ve içsel olayları düzenleme gibi kendini kontrol etme becerileri kazandırılarak öğrenilmiş güçlülük düzeyleri artırılabilir. Böylece

öğrenilmiş güçlülük düzeyleri geliştirilen bireylerin kendilerini kontrol etme, çatışma ve problem çözme yetenekleri artırılarak anksiyete ve depresyon gelişimi önlenabilir veya var olan anksiyete ve depresyon seviyesi azaltılabilir (78, 79).

2.10. ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK, ANKSİYETE VE DEPRESYONDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Anksiyete ve depresyonu olan hastanın bakımı oldukça karışık bir süreç olduğu için hemşirelerin hasta ve hastalıkla ilgili aşağıdaki konularda dikkatli olması gerekmektedir;

- Anksiyete/depresyona katkı sağlayan çevresel ya da biyolojik faktörler
- Bireyin hastalıktan rahatlaması/kurtulmasını sağlayan faktörler
- Farmakolojik ya da non-farmakolojik tedavi modelleri

Hemşirenin kendi rol ve sorumlulukları konusunda farkındalığının olması (80).

2.10.1. Anksiyete ile Başetmede Hemşirelik Yaklaşımları

- Hastada anksiyete belirtileri erken fark edilmeli ve mevcut belirtilerin ilerlemesini önlemek için erken müdahalede bulunulmalı,
- Hemşire anksiyeteli hastaya yaklaşımda bulunurken sakin ve kendinden emin olmalı,
- Hastaya açıklama yaparken kısa, açık, basit, anlaşılır mesajlar verilmeli,
- Bütün çevresel uyaranlar (ışık, insan sayısı, eşya, radyo ve televizyon vb.) azaltılmalı,
- Hastanın anksiyetesi panik düzeyinde ise; hasta yalnız bırakılmamalı, mümkün olduğunca hastanın yanında bulunarak, kendisini güvende hissetmesi sağlanmalı,
- Panik düzeyindeki anksiyeteyi yatıştırmak için order edilen anksiyolitik ilaçlar zamanında ve uygun dozda verilmeli,
- Anksiyete aşırı yüksek ve kontrol edilmesi zor ise hastanın kendine ve başkalarına zarar vermemesi için hastaya açıklama yapılarak tespit etme vb. işlemler uygulanmalı,
- Hasta ile iletişimde bulunarak, güven verici, sıcak bir ortam oluşturarak (elini tutmak, yanında olmak vs.) anksiyetesi azaltılmalı,

- Hasta sakinleştikten sonra, hastanın anksiyetesinin olası nedenlerini tanımasına ve tanımlamasına yardım edilmeli,
- Hastanın yaşadığı anksiyete duygusunu ve davranışlarını tanımasına, tanımlamasına yardım edilmeli,
- Anksiyete durumunu tanımlayan hastalar için, anksiyeteyi ortadan kaldırmasına yardımcı olacak problem çözme becerileri öğretilmeli,
- Hastanın yoğun anksiyetesini azaltmak için, gerekirse hastanın enerjisini yönlendirebileceği fiziksel etkinlikler planlanmalı (pinpon oyunu, yürüyüş gibi),
- Hastanın yoğun anksiyetesini azaltmak için, gevşeme ve solunum egzersizleri, düşünceyi durdurma tekniği, atılganlık eğitimi, pozitif düşünceyi geliştirme gibi yeni baş etme yöntemleri öğretilmeli,
- Hastalara farmakolojik tedaviye yönelik eğitim verilmelidir (16,19,53,81).

2.10.2. Depresyon ile Baş Etmede Hemşirelik Yaklaşımları

- Hastayla gün boyunca kısa periyotlar ile (5-10 dakika) zaman geçirilmeli,
- Hasta iletişime geçmiyor ise hemşire hastanın yanına oturmalı ve sessizce kısa bir zaman geçirmeli ve hastanın konuşması beklenmeli,
- Hasta ile iletişimde kısa, basit ve net cümleler kullanılmalı,
- Hastanın özkıym hakkındaki soru ve dolaylı mesajlarına dikkat edilmeli ve dinlenmeli,
- Hastaya ön yargılı davranmamalı ve kabullenici davranmalı,
- Hastanın depresyon düzeyi şiddetli ise hasta ile birebir ve durumuna uygun aktiviteler düzenlenmeli,
- Hastanın katılmış olduğu aktivitelerin arasında dinlenme periyotları olmalıdır
- Çevresel ve fiziksel uyaranlar azaltılmalı,
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen hastaya hemşire minimum düzeyde yardım etmeli ve ona bağımsızlık kazandırılmalı,
- Dengeli beslenme ve iştahsız hastaları yemek yemeye teşvik edilmeli ve hemşire yemek boyunca hastalarla sessizce oturmalı,
- Hastaların uyku saatlerini yönetmek de çok önemlidir. Rahat gece uykusu için gün boyunca hareketlilik sağlanmalı,

- Hemşire dikkatli gözlemler yapmalı ve hasta/aileye ilaçlar hakkında bilgi vermeli,
- Hasta ve aile eğitimi sağlamalıdır (48,53,81,82).

Depresif bozukluğu olan bireyle çalışırken hemşire kendisini anksiyeteli, öfkeli ve çaresiz hissedebilir ve bu durum hastanın bakım sürecini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle hemşire depresif bir bireye bakım verirken, kendi duygularını tanımalı, bakım sürecinde gerçek dışı beklentilerini fark etmeli ve bu durumun hasta bakım sürecini etkilememesi için gereken durumlarda destek almalıdır (83).

2.10.3. Öğrenilmiş Güçlülüğü Yükseltmeye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

- Bireyin mevcut baş etme durumu değerlendirilmeli,
- Duyguların ve belirtilerin başlama zamanı, bu duygu ve belirtilerin olaylarla ve yaşamdaki değişiklikler ile bağlantısı tanımlanmalı,
- Bireyin gerçeklerle ilişki kurma yetisi değerlendirilmeli,
- Birey dikkatli bir şekilde dinlenmeli ve mimiklerini, el hareketlerini, göz temasını, vücut pozisyonu, ses tonu ve yoğunluğu gözlenmeli,
- Birey konuşurken destek olunmalı,
- Birey kötümser duygu ve düşüncelere kapıldığında, daha ümitli ve gerçekçi bir bakış açısı sağlanmalı,
- Kendi davranışını kendisinin değerlendirmesi için desteklenmeli,
- Birey problemlerini yapıcı bir tavırla çözmesi için desteklenmeli,
- Problem çözümü konusunda olası seçenekler birey ile birlikte değerlendirilmeli,
- Bireyin eylem/müdahale planı konusunda kendi kararlarını vermesi konusunda rehberlik edilmeli,
- Eylem/müdahalelerin olası sonuçları bireyle beraber değerlendirilmeli,
- Bireyin plan hakkındaki duygu ve fikirlerini açıklaması konusunda desteklenmeli,
- Belirlenen eylem planının uygulama zamanı konusunda bireye yardım edilmeli,
- Kişisel başarı ve benlik saygısını destekleyici yollar bulunmalı,
- Kişisel güçlerini tanıması sağlanmalı,
- Tedaviye aile dahil edilerek çevresel destekler artırılmalı,

- Çevresel yardım kaynaklarından gelen desteği aktif olarak kabullenmesi sağlanmalı,
- Stres yönetimini(yürüyüş, yoga gibi) öğrenmesi ve kullanması için fırsat verilmeli,
- Bireyin durumunu anlayacak (benzer durumda) olan kişilerle ilişki kuması sağlanmalı,
- Hemşirenin müdahale alanı dışında olan, anksiyete ve depresyon ile ilişkili problemler için başka disiplinlere yönlendirilmelidir (16, 84).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, tanımlayıcı bir çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne bağlı Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi'nde yapılmıştır. Erciyes Üniversitesi Hastanelerine bağlı olan Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi kampüs sınırları içerisinde bulunmaktadır.

Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi 7 katlı olup, kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Giriş katında poliklinikler (iki adet kardiyoloji polikliniği, bir adet hipertansiyon ve hiperlipidemi polikliniği, bir adet aritmi polikliniği), birinci katta doktor odaları ve sekreterlik, ikinci katta koroner anjiyografi ve kateterizasyon ünitesi ile servisi, üçüncü katta kardiyoloji yoğun bakım, dört ve beşinci katta kardiyoloji servisleri, altıncı katta kalp-damar cerrahisi servisi ve yedinci katta ise kalp-damar cerrahi yoğun bakım servisi yer almaktadır.

Hastanenin kardiyoloji bölümünde 24'ü koroner yoğun bakım, 50'si kardiyoloji servisleri ve kateterizasyon, 11'i anjiyografi servisi olmak üzere toplam yatak kapasitesi 85 adettir.

Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda 9 öğretim üyesi, 13 asistan olmak üzere 22 doktor, 4'ü sorumlu hemşire olmak üzere toplam 47 hemşire ve 22 hasta bakıcı çalışmaktadır.

Kardiyoloji poliklinikleri 9⁰⁰ -17⁰⁰ saatleri arasında hizmet vermekte olup poliklinikte bir asistan doktor görev yapmaktadır. Polikliniklerde hasta kabul, tanı koyma, laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi, ilaç düzenlenmesi, sevk işlemleri, rapor

yazımı gibi işlemler uygulanmaktadır. AF tanısı alan hastalar aylık antikoagülan ilaç düzenlemesi için ayda en az bir kez aritmi polikliniğinde takip edilmektedir. Aritmi polikliniğe de dahil olmak üzere kardiyoloji polikliniklerinde hemşire çalışmamaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi aritmi polikliniğine bir yıl içerisinde kronik AF tanısı nedeniyle başvuran yaklaşık 500 hasta oluşturmuştur. Çalışmaya uzman görüşü alınarak ilk aşamada 85 kişi ile başlanmış, ara değerlendirme yapıp testin gücüne göre örneklem sayısının 90 kişi olarak belirlenmesine karar verilmiştir. Ölçekler arası en küçük korelasyon 0.73, en büyük korelasyon ise 0.78 arasında değerler bulunmuştur. NCSS (Number Cruncher Statistical System) paket programında R.0 (Baseline Correlation 0) alındığında alternatif korelasyon en düşük korelasyon katsayısı olan 0.73 alındığında $\alpha=0.05$ alındığında, $N=90$ koşulunda çalışmanın gücü 0.99 olarak tespit edilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Araştırma kapsamına;

- Türkçe konuşup anlayabilen,
- 18 yaş üzerinde olan,
- Okuma ve yazması olan,
- İletişim sorunu olmayan,
- Kronik AF tanısı almış olan,
- Yer ve zaman oryantasyonuna sahip olan,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan,
- Görme ve işitme problemi olmayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu (BGOF) (EK-I) imzalayan hastalar alınmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler; Hasta Tanıtım Formu (EK-II), Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (EK-III) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (HADS) (EK-IV) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür (3,10,20,21,23,29) incelenerek hazırlanan hasta tanıtım formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi hastaların tanıtıcı özelliklerini ve AF'ye ilişkin bilgilerini içeren 21 sorudan oluşmaktadır. Hasta tanıtım formu aritmi polikliniğine başvuran hastalarla yüz yüze görüşülerek ve hasta dosyası incelenerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.4.2. Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği

Bu ölçek Rosenbaum (85) tarafından geliştirilmiş, Dağ (75) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek bireylerin stresi kontrol etmede kullanabileceği bilişsel stratejilerin hangi seviyede kullanıldığını ölçmeyi amaçlayan ve 36 maddeden oluşan 5'li likert tipinde bir bireysel değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte “hiç tanımlamıyor” 1 puan, “biraz tanımlıyor” 2 puan, “oldukça iyi tanımlıyor” 3 puan, “iyi tanımlıyor” 4 puan, “çok iyi tanımlıyor” 5 puan olarak hesaplanmakta ve “4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29 ve 35” nolu maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekte bireylerin alabileceği en düşük puan “36”, en yüksek puan ise “180” dir. Ölçek puanının artması bireyin kendini denetleme becerilerinin arttığını ve başa çıkma becerilerini sıklıkla uyguladığını göstermektedir (86).

Ölçek güvenirlik katsayıları iç tutarlık ve test tekrar test yöntemi ile hesaplanmış ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.78, toplam korelasyon 0.11-0.51 aralığında anlamlı bulunmuştur (75). Çalışmamızda öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.76 olarak tespit edilmiştir.

3.4.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Bedensel hastalığı olanlar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların anksiyete ve depresyon açısından riski tespit etmek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından (80) geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin amacı tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyon açısından risk grubunda olanları belirlemektir. Ölçek toplam on dört soru içermekte ve her biri yedi sorudan oluşan tekli sayılar anksiyete (HADÖ-A) ve çiftli sayılar depresyon (HADÖ-D) alt ölçeklerini oluşturmaktadır (87). Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11., 13., maddeler giderek azalan şiddet gösterir

ve puanlama 3, 2, 1, 0 şeklindedir. Diğer taraftan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanır (88). Hastaların anksiyete ve depresyon varlığının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir kabul edilen bir ölçektir (87).

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve ark. (89) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.85 ve depresyon alt ölçeği için ise 0.77 olarak bulunmuştur. Geçerlik çalışmasında, anksiyete alt ölçeği ile sürekli kaygı ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.75, depresyon alt ölçeği ile Beck depresyon ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur (88,90). HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır (88). Çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.78, depresyon alt ölçeği için ise 0.73 olarak bulunmuştur.

3.5. ÖN UYGULAMA

Araştırmada kullanılacak veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla, araştırmanın yapıldığı aritmi polikliniğine başvuran 5 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında gerekli düzenlemeler yapılarak forma son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra (EK-V, EK-VI), araştırmacı tarafından, örnekleme alınan hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve hasta kayıtlarından yararlanılarak toplanmıştır.

Verilerin toplanması Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi aritmi polikliniğinde, 08⁰⁰-17⁰⁰ saatleri arasında, ilgili polikliniğe kontrol amaçlı gelen hastalarla gerçekleştirilmiştir. Bir anketin cevaplanma süresi ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı ve analitik istatistikler kullanılmış, sayısal veriler aritmetik ortalama ve standart sapma ($\bar{x} \pm SS$) şeklinde sunulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon analizi ve tek yönlü varyans analizi (post-hoc: Tukey) kullanılmıştır. Yaş, öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve

depresyon değerleri arasındaki ilişkilerin yönünü ve gücünü belirlemek için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Karşılaştırmalarda $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7.1. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmaya katılan hastaların öğrenilmiş güçlülük ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu gibi tanıtıcı özellikleri ve AF ile ilgili bilgileri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı (EK-V) ve Yılmaz-Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi'nden gerekli yazılı (EK-VI) izin alınmıştır. Çalışmada hastalara önce araştırmanın amacı açıklanıp araştırma hakkında bilgi verilmiş, kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı belirtilmiş ve yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü olurları (EK-I) alınmıştır.

4. BULGULAR

Atriyal fibrilasyonu olan hastaların öğrenilmiş güçlölük, anksiyete ve depresyon ilişkilerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de yer almaktadır. Bireylerin %73.3’ünün kadın, %47.8’inin 40-59 yaş grubunda, %68.9’unun ilköğretim mezunu, %91.1’inin evli, %52.2’sinin 3 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu, %88.9’unun çalışmadığı, %61.1’inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu ve %87.8’inin çekirdek aileye sahip olduğu, % 15.6’sının sigara kullandığı ve hiçbirinin alkol kullanmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.2’de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı görölmektedir. Hastaların %76.6’sının beş yıldan daha uzun süredir AF tanısı aldığı, %38.9’unun uzun zamandır AF atağı geçirmediğı, %58.9’unun hastalığı hakkında bilgisinin olmadığı, bilgisi olanların %59.5’inin bu bilgiyi yetersiz bulduğu saptanmıştır. Ayrıca AF’li hastaların yarısına yakınında (%47.8) ek bir kronik hastalık bulunduğu ve %55.8’inin hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. AF’li hastaların %45.6’sının şu anki sağlık durumunu orta düzeyde algıladığı, %58.9’unun yakınlarından destek aldığı ve %69.8’inin alınan bu desteğı yeterli bulduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=90)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	66	73.3
Erkek	24	26.7
Yaş		
18-39	17	18.9
40-59	43	47.8
60-75	30	33.3
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	52.31±13.96	
Eğitim Durumu		
İlköğretim mezunu	62	68.9
Ortaokul mezunu	12	13.3
Lise mezunu ve üzeri	16	17.8
Medeni Durum		
Evli	82	91.1
Bekar	8	8.9
Çocuk Sayısı		
Yok	10	11.1
1-2	33	36.7
3 ve üzeri	47	52.2
Çalışma Durumu		
Çalışan*	10	11.1
Çalışmayan	80	88.9
Gelir Durumu		
İyi	24	26.7
Orta	55	61.1
Kötü	11	12.2
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	79	87.8
Geniş Aile	11	12.2
Sigara Kullanımı		
Kullanan	14	15.6
Kullanmayan	52	57.7
Bırakan	24	26.7
Alkol Kullanımı		
Kullanmayan	85	94.4
Bırakan	5	5.6

* Çalışanların tümü mesleğini işçi olarak belirtmiştir.

Tablo 4.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=90)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı	%
AF tanı süresi		
1-2 yıl	7	7.8
3-4 yıl	14	15.6
5 yıl üzeri	69	76.6
AF atak sıklığı		
Günde bir kez	13	14.4
Haftada bir-iki kez	29	32.3
Ayda bir kez	13	14.4
Uzun zamandır atak geçirmeyen	35	38.9
AF ile ilgili bilgi durumu		
Bilgisi var	37	41.1
Bilgisi yok	53	58.9
Kendi ifadesine göre AF ile ilgili bilgi düzeyi (n=37)		
Yeterli	15	40.5
Yetersiz	22	59.5
AF tanısı sonrası yaşam tarzı değişikliği		
Var	23	25.6
Yok	67	74.4
Kronik hastalık durumu		
Var	43	47.8
Yok	47	52.2
Kronik hastalık türü (n=43)		
Hipertansiyon	24	55.8
Diyabetes Mellitus	8	18.6
Diğer *	11	25.6
Algılanan sağlık durumu		
İyi	34	37.7
Orta	41	45.6
Kötü	15	16.7
Yakınlarından destek alma durumu		
Destek alan	53	58.9
Destek almayan	37	41.1
Yakınlarından alınan desteğin yeterliliği (n=53)		
Yeterli	37	69.8
Yetersiz	16	30.2

* Kalp yetmezliği, Koroner arter hastalığı, Astım

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Öğrenilmiş Güçlülük, Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı ($n=90$)

Değişkenler	<i>n</i>	%	Ortalama $\bar{X} \pm SS$	Min-max
HAD-A	90	100	8.53±4.04	(1.00-18.00)
Eşik Altı (0-10 puan)	53	58.9	5.77±2.92	(1.00-9.00)
Eşik Üstü (11-21 puan)	37	41.1	12.48±2.35	(11.00-18.00)
HAD-D	90	100	7.75±4.15	(0.00-20.00)
Eşik Altı (0-7 puan)	38	42.2	3.92±1.76	(0.00-6.00)
Eşik Üstü (8-21 puan)	52	57.8	10.55±2.98	(8.00-20.00)
ÖG	90	100.0	124.92±15.21	(87.00-157.00)

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon

ÖG: Öğrenilmiş Güçlülük

Bireylerin öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve depresyon ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 4.3’de verilmiştir. Bireylerin HAD-A ve HAD-D ölçeğinden aldığı toplam puan sırasıyla 8.53±4.04, 7.75±4.15 olarak tespit edilmiştir. AF’li bireylerin yarıya yakınının (%41.1) HAD-A ölçeğinden, yarısından fazlasının (%57.8) ise HAD-D ölçeğinden eşik üstü puan aldığı belirlenmiştir. Bireylerin öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması ise 124.92±15.21 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yaş, Öğrenilmiş Güçlülük, Anksiyete ve Depresyon Değerleri Arasındaki İlişkilerin Matrisi

DEĞİŞKENLER	Yaş	ÖG	HAD-A	HAD-D
Yaş	1	-0.086	0.088	0.236*
ÖG		1	-0.459**	-0.573**
HAD-A			1	0.521**
HAD-D				1

*<0.05 **<0.01

Tablo 4.4’de araştırmaya katılan bireylerin yaş, öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve depresyon değerleri arasındaki ilişkilerin matrisi gösterilmiştir. Bireylerin yaş değişkeni ile öğrenilmiş güçlülük değerleri arasında negatif yönde çok zayıf ($p>0.05$), yaş değişkeni ile anksiyete değerleri arasında pozitif yönde çok zayıf ($p>0.05$) ve yaş değişkeni ile depresyon değerleri pozitif yönde zayıf ($p>0.05$) bir ilişki tespit edilmiştir. Öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve depresyon değerleri arasında negatif yönde ve orta düzeyde ($p<0.01$), anksiyete ve depresyon değerleri arasında ise pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öğrenilmiş Güçlülük ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımları

Tanıtıcı Özellikler	Öğrenilmiş Güçlülük	Hastane Anksiyete Depresyon	
	Ölçeği Puan	Ölçeği Puan Ortalaması	
	Ortalaması	HAD-A	HAD-D
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet			
Kadın	123.25±15.87	9.42±3.89	8.46±3.99
Erkek	129.50±12.39	6.08±3.43	5.79±4.03
<i>p</i>	0.085	0.001	0.006
Yaş			
18-39	125.11±13.84	7.76±2.33	6.47±3.82
40-59	126.00±17.09	8.60±3.98	7.51±4.00
60-75	123.26±13.28	8.86±4.86	8.83±4.40
<i>p</i>	0.755	0.665	0.150
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim mezunu	123.82±15.65	9.25±4.26 ^{ab}	8.61±4.42 ^{ab}
Ortaokul mezunu	125.33±15.80	7.08±3.34 ^b	7.16±2.75 ^b
Lise ve üzeri mezunu	128.87±13.06	6.81±2.76 ^{bc}	4.87±2.27 ^{bc}
<i>p</i>	0.498	0.038	0.004
Medeni Durum			
Evli	125.21±15.26	8.65±4.15	7.90±4.19
Bekar	121.87±15.27	7.25±2.49	6.25±3.57
<i>p</i>	0.556	0.350	0.285
Çocuk Sayısı			
Yok	125.70±15.97	7.00±3.05	6.80±3.19
1-2	128.12±12.31	8.09±3.27	6.60±3.83
3 ve üzeri	122.51±16.69	9.17±4.61	8.76±4.35
<i>p</i>	0.266	0.225	0.052
Çalışma Durumu			
Çalışan	124.90±15.09	7.80±2.34	5.80±2.34
Çalışmayan	124.92±15.32	8.62±4.20	8.00±4.27
<i>p</i>	0.996	0.546	0.115

(Tablo 4.5.'in devamı)

Gelir Durumu			
İyi	127.62±16.06	8.20±4.03	7.25±4.58
Orta	123.32±15.14	8.45±4.22	7.78±4.12
Kötü	127.00±13.79	9.63±3.17	8.72±3.46
<i>p</i>	0.462	0.613	0.624
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	124.44±15.44	8.40±4.02	7.77±4.34
Geniş Aile	128.36±13.55	9.45±4.27	7.63±2.50
<i>p</i>	0.426	0.423	0.920

* Alfabetik üst simgedeki harflerin aynı olması gruplar arasında farkın anlamlı olmadığını farklı olması ise anlamlı olduğunu ifade eder

Tablo 4.5'de araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Bireylerden erkek olanların, 40-59 yaş grubu arasında olanların, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların, evli olanların, gelir durumu iyi olanların, geniş aile tipine sahip olanların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

AF'li bireylerden kadın olanların ve eğitim düzeyi düşük olanların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmakla birlikte, bu gruptaki bireylerin anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerden 18-39 yaş grubu arasında olanların, bekar olanların, çocuğu olmayanların, çalışanların ve gelir durumu iyi olanların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha düşük bulunmakla birlikte, bu gruptaki bireylerin anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Öğrenilmiş Güçlülük ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçek Puan Dağılımları

Hastalığa İlişkin Özellikler	Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması	
	Puan Ortalaması	HAD-A	HAD-D
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
AF Tanı Süresi			
1-2 yıl önce	120.50±15.38	8.83±3.60	7.33±5.04
3-4yıl önce	131.87±7.31	8.25±1.58	5.50±3.33
5 yıl üzeri	124.78±15.71	8.43±4.40	7.95±4.18
<i>p</i>	0.423	0.964	0.534
AF Atak Sıklığı			
Günde bir kez	123.61±15.75	10.69±3.75 ^a	9.23±3.65 ^a
Haftada bir-iki kez	119.89±15.84	9.34±3.56 ^a	9.03±3.90 ^a
Ayda bir kez	128.23±12.13	9.46±4.15 ^{ab}	6.61±4.19 ^{ab}
Uzun zamandır atak geçirmeyen	128.34±14.86	6.71±3.89 ^b	6.57±4.18 ^b
<i>p</i>	0.129	0.004	0.039
AF ile İlgili Bilgi Durumu			
Var	128.67±14.09	7.21±3.56	6.16±3.36
Yok	122.30±15.54	9.45±4.13	8.86±4.31
<i>p</i>	0.050	0.009	0.002
Kendi İfadesine Göre AF ile İlgili Bilgi Düzeyi (n=37)			
Yeterli	128.60±15.90	6.40±3.37	5.80±2.83
Yetersiz	123.76±15.05	9.05±4.06	8.27±4.26
<i>p</i>	0.265	0.020	0.035

(Tablo 4.6.'nın devamı)

Kronik Hastalık Durumu			
Var	125.65±14.16	8.17±3.22	7.56±3.11
Yok	124.67±15.65	8.65±4.30	7.82±4.47
<i>p</i>	0.791	0.624	0.801
Algılanan Sağlık Durumu			
İyi	126.76±15.68	8.00±3.92	6.61±3.58 ^a
Orta	123.87±15.46	8.60±4.33	7.95±4.43 ^{ab}
Kötü	123.60±13.93	9.53±3.48	9.80±3.93 ^b
<i>p</i>	0.673	0.472	0.042
Yakın Destek Alma Durumu			
Destek alan	126.88±14.23	8.01±4.08	6.81±3.77
Destek almayan	122.10±16.29	9.27±3.92	9.10±4.34
<i>p</i>	0.143	0.149	0.009
Yakın Destek Yeterliliği (n=53)			
Yeterli	129.59±13.62	7.78±4.39	6.13±3.60
Yetersiz	121.66±15.52	9.05±3.73	8.88±4.16
<i>p</i>	0.014	0.143	0.002

* Alfabetik üst simgedeki harflerin aynı olması gruplar arasında farkın anlamlı olmadığını, farklı olması ise anlamlı olduğunu ifade eder

Araştırmaya katılan bireylerin hastalığına ilişkin özelliklerine göre öğrenilmiş güçlülük ve hastane anksiyete depresyon ölçek puan dağılımları Tablo 4.6'da verilmiştir. AF tanısı almış bireylerin tanı süreleri, başka bir kronik rahatsızlığının varlığı, hastalığı konusundaki bilgi durumu ve bilgi düzeyinin, sağlık algısının, yakın destek alma durumunun öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ancak yakın destek yeterliliğinin öğrenilmiş güçlülük puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir fark oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hastaların tanı süreleri, başka bir kronik rahatsızlığının varlığı, yakın destek alma durumunun anksiyete puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark

oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hastalık hakkındaki bilgi durumu ve bilgi düzeyi, AF atak sıklığının hastaların anksiyete puan ortalamaları arasında fark oluşturduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin tanı süreleri, başka bir kronik rahatsızlığın varlığı, depresyon puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). AF atak sıklığı, hastalık hakkındaki bilgi durumu, bilgi düzeyi, algılanan sağlık durumu, yakınlarından destek alma durumu ve alınan desteğin yeterlilik düzeyi depresyon puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerden uzun zamandır AF atağı geçirmeyenlerin, hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olanların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları anlamlı ölçüde daha düşük tespit edilmiştir ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Atriyal fibrilasyonu olan hastaların öğrenilmiş güçlölük, anksiyete ve depresyon ilişkilerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmanın bulguları;

- ✓ Atriyal fibrilasyonu olan hastalarda anksiyete ve depresyon
- ✓ Atriyal fibrilasyonu olan hastalarda öğrenilmiş güçlölük
- ✓ Atriyal fibrilasyonu olan hastalarda öğrenilmiş güçlölük ile anksiyete ve depresyon ilişkisi olmak üzere üç alt başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon

Günümüzde görülme oranı giderek artan kronik hastalıklar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimini beraberinde getirmekte, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır (91,92). Ayrıca kronik bir hastalığın olması, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak uyumu bozmakta, sosyal, ekonomik, fiziksel ve psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (11). Bireyi çok boyutlu etkileyen kronik hastalıklarda görülen önemli psikolojik sorunlardan biri hastaların tedaviye uyumunu (93,94) ve yaşam kalitesini bozan (95), daha fazla komplikasyon gelişmesine neden olan ve hatta mortalite oranlarını etkileyen anksiyete ve depresyondur (96).

Kronik hastalıklar sınıfı içerisinde yer alan AF’de de anksiyete ve depresyonun sık görüldüğü, anksiyetenin ölüm oranları ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (10,13,97,98). Eaker et al. (98) tarafından yapılan ve on yıllık bir süreyi kapsayan Framingham Offspring çalışmalarında tanı süresi on yılı geçmiş AF’li hastaların anksiyete açısından risk grubunda olduğu belirtilmiştir. Kupper et al. (13) tarafından 118 AF’li hasta ile yapılan çalışmada, AF’li hastalarda anksiyete görülme oranının %42, depresyon görülme oranının ise %33 olduğu tespit edilmiştir. Thrall et al. (10) tarafından yapılan çalışmada 101 AF’li hasta incelenmiş ve hastalarda depresyon,

durumluk ve sürekli anksiyete oranlarının sırasıyla %38, %28 ve %38 olduğu saptanmıştır. Lane et al.'ın (68) 70 AF'li hastanın anksiyete seviyelerini değerlendirdiği çalışmada başlangıçta hastaların %38.5'inde anksiyete seviyesi yüksek bulunurken 6 ve 12. aylarda bu oran sırasıyla %30.9 ve %35.7 olarak bulunmuştur. Hamer et al.'ın (99) yapmış olduğu çalışmada AF'li hastaların %56.89'unun depresyon açısından riskli grupta yer aldığı tespit edilmiştir. Kang (100) 81 AF'li hasta ile yapmış olduğu çalışmada hastaların depresyon ortalamasının yüksek olduğunu ve depresyonun AF'li hastalar için bir tehlike oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmamızda da literatürle benzer olarak AF'li hastaların %41.1'inin anksiyete ve %57.8'inin ise depresyon açısından riskli grup içerisinde yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.3).

Kardiyovasküler hastalıklarda bireylerde görülen anksiyete ve depresyon düzeyi yaşın artışıyla paralellik göstermektedir (101). Anksiyete ve depresyonda yaşla birlikte olan bu artış depresyonda daha belirgin iken anksiyete de ise daha sınırlı düzeydedir (102,103). Genç ve yaşlı AF'li hastalarına durumsal anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve durumsal anksiyeteden genç hastaların daha fazla etkilendiği bildirilmiştir (10). Bununla birlikte AF'li hastalarda anksiyete ve depresyon ile yaş arasında istatistiksel bir anlamlılığın olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (68,104). Çalışmamızda da AF'li hastalarda anksiyete ve depresyonun yaşla birlikte artış gösterdiği ancak bu artışın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Kronik hastalıklarda kadınlar erkeklerden daha çok uyku düzensizliği, fiziksel yetersizlik ve depresyon yaşamaktadır (11). Ong et al.'ın (104) 93 AF'li hasta ile yapmış oldukları çalışmada kadınların depresyon düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Frasure-Smith et al. (69) tarafından 974 AF ve KVH olan hasta ile yapılan çalışmada da kadınların daha fazla depresyon deneyimlediği bildirilmiştir. Benzer şekilde çalışmamızda da kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin erkeklerden anlamlı oranda yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu durum kadınların biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, sorunlarla başa çıkma becerileri, kişisel özellikleri, kültürel ve toplumsal değerleri gibi özellikler açısından anksiyete ve depresyona daha duyarlı olmaları ile açıklanabilir.

Kronik hastalıklarda eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ters yönde bir ilişkinin olduğu bilinmektedir (91). Kardiyovasküler hastalıklarda da hastaların eğitim düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma olduğu

bildirilmektedir (105). Diğer KVH'da olduğu gibi AF'li hastalarda da eğitim düzeyinin artması ile birlikte depresyon düzeyi azalmaktadır (69). Frasure-Smith et al. (106) tarafından yapılan 2001-2005 yılları arasında 10 ülke ve 123 web sitesinin incelenerek 1376 AF'li hastanın değerlendirildiği randomize çalışmada AF'li hastaların eğitim seviyesi arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda da bu literatür bilgilerine uyumlu olarak, hastaların eğitim düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyinin anlamlı ölçüde azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu durum, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların stres ile baş etmede etkin beceriler geliştirdiğini düşündürmektedir.

Atriyal fibrilasyon atak sıklığı hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin şiddetini artırmakta ve sık atak nedeniyle hastaneye tekrarlı başvurular bu durumu daha da kötüleştirmektedir (12). Yu et al.'ın (107) yapmış olduğu çalışmada, AF belirtilerinin görülme sıklığının artması ile hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin de arttığı bildirilmiştir. Israrcı AF'li 118 hastayı kapsayan bir çalışmada; AF'li hastaların genel nüfusa oranla anksiyete ve depresyon açısından daha fazla risk altında olduğu ve bu riskin AF belirtilerinin sıklığı ile doğru orantılı olduğu saptanmıştır (13). Thompson et al. (3) tarafından 374 AF'li hasta ile yapılan çalışmada, AF belirtilerinin sıklık ve şiddeti ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında paralel bir artış olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda da AF atağını sık yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu bağlamda, AF'li hastalarda sık atak geçirenlerin anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi gerektiği klinik pratikte akılda tutulmalıdır.

Kronik hastalığı olan bireylere yaklaşımın ilk basamağında hastayı hastalığı, tedavileri, beslenme ve egzersiz programları konularında bilgilendirmek yer alır. Bilgilendirme programları hastaların uyumunu artırır, başa çıkmalarını kolaylaştırıp edilgen rolden çıkarak etkin konuma gelmelerini ve hastalık üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlar (19). Çalışmamızda AF ile ilgili bilgisi olduğunu ifade eden hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin anlamlı ölçüde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bireylerin hastalıkları konusunda bilgi sahibi olmaları, hastalığın olumlu ve olumsuz yönlerini değerlendirerek bu durumla nasıl baş edeceklerini bilmelerini sağladığından bilgilendirilmiş hasta grubunun anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük bulunması doğaldır.

Anksiyete ve depresyon bireylerin sağlık algılarını olumsuz yönde etkilemektedir (108,109). Olumsuz sağlık algısı, KVH'lerin sürecini kötüleştiren anksiyete ve depresyon gibi komorbid durumlarla yakından ilişkilidir. Ayrıca sağlık algısı bozuldukça bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyleri yükselmektedir (110). Steca et al. (111) tarafından 172 KVH'li birey ile yapılan çalışmada kötü sağlık algısının bireylerin depresyon düzeylerini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada 661 KVH'li bireyin sağlık algısı ve depresyon düzeylerinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır (112). AF'li olan hastalarda da sağlık algısı kötü olan bireylerde depresyon gibi emosyonel distress yaratan durumların daha fazla olduğu bilinmektedir (72,113). Sonuç olarak sağlık durumunu kötü olarak algılayan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (68). Benzer şekilde araştırmamıza katılan bireylerde de sağlık durumunu kötü olarak algılayanlar ile diğer gruplar arasındaki anksiyete düzeyleri arasında bir fark bulunmakta, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmemektedir. Bununla birlikte çalışmamızda sağlık durumunu kötü olarak algılayan bireylerin depresyon düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Kronik hastalığı olan bireyler genellikle sağlıklarını ve otonomilerini kaybederek, sevdikleri kişilerin ve yakınlarının kendilerini terk edeceği düşüncesi ile sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar (114). İhtiyaç duyulan bu sosyal desteğin yetersizliğinin anksiyete ve depresyona neden olabileceğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (114,115). KVH'li bireylerde de anksiyete ve depresyonla sosyal destek ilişkisi açısından benzer bir durumdan bahsedilebilir (116,117). Ayrıca KVH'lerde anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeyleri ile mortalite oranları arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (97,118). Çalışmamızda yakınlarından destek alan ve aldığı desteği yeterli olarak ifade eden hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının daha düşük olduğu, bu puan farkının depresyonda istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Hastaların ruh sağlığı ile yakından ilişkili olan sosyal destek, stres oluşturan nedenleri tam olarak ortadan kaldırmasa da hastaların endişe ve çaresizlik duygusunu azaltmakta, stresle baş etme becerilerine alternatifler arama konusunda daha istekli olmalarını sağlamakta, hastaların özgüvenini yükseltmekle birlikte stresle baş etmeyi kolaylaştırmaktadır.

5.2. Atrial Fibrilasyonu Olan Hastalarda Öğrenilmiş Güçlülük

Bilişsel bir beceri olarak nitelendirilen öğrenilmiş güçlülük, özellikle stres yaratan durumlarla ne kadar etkili baş edildiğini gösterir (119). Öğrenilmiş güçlülük düzeyi yüksek olan bireylerin kronik hastalıklara daha hızlı ve daha iyi uyum sağladığı, hastalıkla ilgili belirsizliklerin ve anksiyetenin azaltılması konusunda daha etkili fonksiyon gösterdiği, öğrenilmiş güçlülük düzeyi düşük olan bireylerin ise zorluklarla karşılaştıklarında ruhsal sorunlar yaşadığı ve baş etme çabasından hızlıca vazgeçtiği bildirilmektedir (73,120). Ayrıca yüksek öğrenilmiş güçlülüğün hastaların sağlık algısının artmasında (121), hastalık ataklarının (23) ve depresif belirtilerin azalmasında (122) aracı rol oynadığı da bilinmektedir. Çalışmamızda AF'li hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalamalarının 124.92 ± 15.21 olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalıklarda öğrenilmiş güçlülük hastalığın neden olduğu olumsuz sonuçların azaltılmasında rol oynayan önemli bir faktör olduğundan bu hastaların öğrenilmiş güçlülük yeteneklerinin geliştirilmesinin gerekli ve önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Öğrenilmiş güçlülüğün doğumla başladığı ve yaşam boyunca geliştirildiği bildirilmektedir (73). Huang et al.'ın (21) meme kanserli hastalar ile yapmış oldukları çalışmada öğrenilmiş güçlülük ile yaş arasında pozitif yönde çok zayıf bir ilişkinin bulunduğu ifade edilmektedir. Baydoğan ve Dağ (22) tarafından yapılan çalışmada hemodiyaliz hastalarında öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile yaş arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Keleş'in (123) akademik personel ile yaptığı çalışmada da yaş ve öğrenilmiş güçlülük arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu ve bireylerin yaşının artması ile öğrenilmiş güçlülük düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Literatürde bireylerin öğrenilmiş güçlülük ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (73,124,125). Çalışmamızda da öğrenilmiş güçlülük ile yaş arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Huang et al. (23) tarafından yapılan çalışmada da diyabetli hastalarda öğrenilmiş güçlülük ile yaş arasında negatif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Stresle baş etmeyi sağlayan öğrenilmiş güçlülük, bireyin geçmiş yaşantıları, deneyimleri ve öğrendikleri ile yakından ilişkilidir (126,127). Bireyin yaşının artması ile birlikte öğrenilmiş güçlülük düzeyinin de artması düşünülebilir. Ancak bireylerin geçmiş yaşantılarında karşılaştığı stresli olaylar ile başarılı veya başarısız baş etme durumuna göre öğrenilmiş güçlülük düzeyinin

değişebileceği öngörülmekte ve öğrenilmiş güçlülük ile yaş arasında pozitif ve negatif bir etkileşim olabileceği düşünülmektedir.

Rosenbaum (20), yaşam boyunca gelişen öğrenilmiş güçlülük kavramının cinsiyete bağlı olmadığını ileri sürmektedir. Kronik hastalıklı bireylerle yapılan çalışmalarda da öğrenilmiş güçlülük düzeyinin erkek ve kadınlarda farklılık göstermediği saptanmıştır (22,128). Akgün ve Ciarrochi (129) 141 gönüllü ile yapmış oldukları çalışmada, öğrenilmiş güçlülük ve cinsiyet arasında bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir. Maraşlı (126) tarafından 390 öğretmen ile yapılan çalışmada bireylerin öğrenilmiş güçlülük puanları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde Keleş'in (123) akademik personel ile yapmış olduğu çalışmada da öğrenilmiş güçlülük puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği bildirilmektedir. Literatürde öğrenilmiş güçlülük ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ifade eden çalışma sayısının bir hayli fazla olduğu görülmektedir (75,125,127,130). Bununla birlikte kadınların öğrenilmiş güçlülük puanının erkeklerden daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (73,131), erkeklerin öğrenilmiş güçlülük puanının kadınlardan daha yüksek olduğunu tespit eden çalışma da bulunmaktadır (132). Çalışmamızda da kadınların öğrenilmiş güçlülük puanı 123.25 ± 15.87 iken erkeklerin öğrenilmiş güçlülük puanı 129.50 ± 12.39 olarak tespit edilmiş olup aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Öğrenilmiş güçlülük ve hastaların eğitim düzeyi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (21,23). Sarıcı (132) üniversitede eğitim alan 4. sınıf öğrencilerinin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin diğer alt sınıflardan daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Akademisyenler ve öğretmenler arasında eğitim seviyesinin artması ile birlikte öğrenilmiş güçlülük düzeyinin arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (122,127). Çakır (124) ve Sobacı'ya (131) göre ise öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile alınan eğitim arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Çalışmamızda da bireylerin eğitim düzeyleri ile öğrenilmiş güçlülük düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Eğitimin öğrenilmiş güçlülük düzeyini pozitif yönde etkilemesi mümkündür. Bireylerin almış oldukları eğitime bağlı olarak olumsuz olaylar ile ilgili hem baş etme becerilerinin artacağı hem de bu baş etme becerilerini daha etkin bir şekilde kullanabileceği ve böylece olumsuz olaylar ile daha rahat baş edebilecekleri öngörülmektedir. Ancak çalışmamızda elde edilen sonuçlar bu durumla

çelişmekte ve bu durumun örneklem sayısının sınırlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sosyo-ekonomik durum ile stresle baş etme arasında bir ilişki olduğu, düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olan bireyler stresle baş etmede çaresizlik ve boyun eğici davranış gösterdikleri bildirilmektedir (119). Literatürde çaresizliğin öğrenilmiş güçlülüğün antitezi olduğu belirtilmekte ve bu duruma bağlı olarak düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olan bireylerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin düşük olması beklenilmektedir (75). Bazı çalışmalarda düşük sosyo-ekonomik durumun öğrenilmiş güçlülük seviyesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (129,133). Sarıcı'nın(132) üniversite öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmaya göre orta sosyo-ekonomik düzeyde olan bireylerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin diğer sosyo-ekonomik düzeyde olan bireylerden daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Çalışmamızda gelir düzeyi ile öğrenilmiş güçlülük arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmamızda elde edilen bulguların literatürle paralellik göstermemesi; hastaların çoğunluğunun sosyo-ekonomik durumunun orta ve üzeri olması (%87.8) veya örneklem büyüklüğünün sınırlı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ayrıca çalışmamızda yeterli düzeyde yakın desteği alan hastaların öğrenilmiş güçlülük puanı anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Hastaya yakın çevresi tarafından sunulan her türlü maddi ve manevi yardım olarak adlandırılan sosyal desteğin (114) kronik rahatsızlığı olan bireylerde öz denetimi geliştirdiği ve genel olarak bireysel etkinliği arttırdığı ifade edilmektedir (134). Hastalar tarafından alınan sosyal destek, sağladığı kontrol duygusu, öngörülebilirlik ve düzen sayesinde hastalarda benlik saygısının artışına katkıda bulunabilir. Sosyal desteğin bireye ait olma duygusu yaşatarak benlik saygısını artıracak ve bireylerin karşılaştıkları stresli olaylarla başa çıkma konusunda kendilerine bir güç sağlayabileceği tahmin edilmektedir (135). Bu güç bireylerin problem çözme becerilerini pozitif yönde etkileyerek öğrenilmiş güçlülük düzeylerini artırmış olabilir.

5.3. Atriyal Fibrilasyonu Olan Hastalarda Öğrenilmiş Güçlülük ile Anksiyete ve Depresyon İlişkisi

Kronik hastalıklarda anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olan birçok faktör arasında hastanın stresli olaylarla baş etme yeteneğini geliştiren, bireyde kişisel benlik saygısının artmasına ve hastalığın olumsuz belirtilerinin azalmasına yol açan öğrenilmiş güçlülük

düzeyinin yüksek olması yer alır (21,22,136). Yapılan çalışmalarda öğrenilmiş güçlülük düzeyi yüksek olan bireylerin olumsuz durumların üstesinden daha kolay gelebildiği, stres yaratan durumlardan daha az etkilendiği ve daha az psikolojik sorunlar yaşadığı bildirilmiştir (53,71,77). Lai (137) öğrenilmiş güçlülüğün depresif bireylerin uyum fonksiyonlarını direkt etkilediğini bildirmiştir. Huang et al.'ın (23) aktardığına göre Vealadee'nın çalışmasında, öğrenilmiş güçlülük ve depresif algılamalar arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olan hastaların öğrenilmiş güçlülük seviyelerinin anlamlı ölçüde düşük olduğu belirtilmiştir (77). Çalışmamızda hastaların öğrenilmiş güçlülük puan ortalaması 124.92 ± 15.21 olarak tespit edilmiş olup (Tablo 4.3), öğrenilmiş güçlülük, anksiyete ve depresyon değerleri arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 4.4). Benzer şekilde Huang et al. (21) tarafından meme kanserli hastalarda depresif belirtiler ve öğrenilmiş güçlülük arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada öğrenilmiş güçlülük düzeyleri yüksek olan meme kanserli hastaların depresif belirtilerinin düşük olduğu saptanmıştır. Ruff (24) tarafından yapılan bir araştırmada ise öğrenilmiş güçlülük düzeyi yüksek olan meme kanserli hastaların öz saygı ve iyilik hallerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Baydoğan ve ark. (22) tarafından hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmada da öğrenilmiş güçlülük düzeyi yüksek olan diyaliz hastalarında hastalıkla başa etme becerisi ile depresyon düzeyi arasında negatif yönde bir ilişkili olduğu ve depresyon düzeyleri yüksek olan hastaların öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Siva (79) tarafından interfilite tanısı almış ve tedavisine devam edilen 90 evli çiftle yapılan araştırmada, infertilite tanısı almış bireylerde seçilen baş etme yolları, öğrenilmiş güçlülüğün derecesi ve depresyon ilişkisi incelenmiş ve çalışma sonucunda depresyon derecesi ile öğrenilmiş güçlülük arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Huang et al. (23) tarafından yapılan araştırmada öğrenilmiş güçlülük seviyesi yüksek olan diyabetli hastaların depresif belirtilerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Zauszniewski et al. (128) tarafından 82 diyabetli hasta ile yapılan çalışma sonucuna göre öğrenilmiş güçlülük ve depresif semptomlar arasında ters yönde ilişkili olduğu bildirilmektedir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi çalışmamızda da öğrenilmiş güçlülük ile anksiyete ve depresyon arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunduğundan, AF hastalarında anksiyete ve depresyon gelişiminde öğrenilmiş güçlülüğün önemli rol oynadığı sonucu çıkarılabilir.

Bu araştırmanın sonucunda;

Atriyal fibrilasyonu olan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, öğrenilmiş güçlülük ile anksiyete ve depresyon arasında negatif yönde bir ilişki bulunduğu saptanmıştır.

Çalışma Sonucunda;

- AF'li hastalarda fiziksel semptomlar kadar psikolojik semptomlara da odaklanılmalı, bu bağlamda AF'li hastalarda uygun ölçek kullanılarak periyodik aralıklarla anksiyete ve depresyon risk düzeylerinin belirlenmesi, riskli gruptaki hastalara konsültasyon istenmesi ve aritmi polikliniklerinde hemşirelerin yer alması,
- AF'li hastaların multidisipliner bir ekip tarafından biyopsikososyal yönden değerlendirilmesi,
- Kardiyoloji ve psikiyatri bölümü arasında sürekli ve dinamik bir ilişkinin kurulması ve konsültasyon-liyezoon psikiyatrisi hizmetlerinden yararlanılması,
- Hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin cinsiyet, eğitim düzeyi, AF atak sıklığı ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu gibi hastaya ait özelliklerden etkilendiğinin farkında olması ve hasta bakımı planlarken bu verilerden yararlanması,
- AF'li hastaların anksiyete ve depresyon ile baş etmelerinde uygun baş etme mekanizmaları geliştirmelerine ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerini artırmalarına yönelik eğitimlere yer verilmesi,
- Çalışmanın farklı kültürdeki hasta grubunda tekrarlanması,
- Öğrenilmiş güçlülük model alma yoluyla ve zamanla öğrenilebildiği için, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aileler ve bireyin gelişiminde önemli rol oynayan öğretmenlerin konun önemi hakkında bilgilendirilmesi ve bu bireylerin öğrenilmiş güçlülüğü artırıcı davranışlar sergilemesi,
- Öğrenilmiş güçlülüğü geliştirmeyi hedefleyen deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri. http://www.tkd-online.org/uksp/tkd_Ulusalkalpsagligipolitikasi_Taslak.Pdf. (Erişim Tarihi: 21.01.2014).
2. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. World Health Organization, Geneva, 2011: pp. 2-4.
3. Thompson TS, Barksdale DJ, Sears SF, et al. The effect of anxiety and depression on symptoms attributed to atrial fibrillation. *Pacing Clin Electrophysiol* 2014; 37: 439-446.
4. Bilal IM, Taneja AK, Lip GY, et al. Recent developments in atrial fibrillation. *BMJ* 2005; 330: 238-243.
5. Atrial Fibrillation; National Clinical Guidelines for Management in Primary and Secondary. www.nice.org.uk/Nicemedia/Live/10982/30055/30055.Pdf. (Erişim Tarihi: 20.01.2014).
6. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, et al. ESC committee for practice guidelines. guidelines for the management of atrial fibrillation: The task force for the management of atrial fibrillation of the european society of cardiology. *Europace* 2010; 31: 2369-2469.
7. Özın B. Atrial fibrilasyonda tedavi yaklaşımları. *Türkiye Tıp Dergisi* 2004; 11: 34-41.
8. Uyarel H, Onat A, Yüksel H, et al. Incidence, prevalence, and mortality estimates for chronic atrial fibrillation in Turkish adults. *Arch Turk Soc Cardiol* 2008; 36: 214-222.
9. Yazıcı K, Yazıcı A. Kardiyovasküler hastalıklarda psikososyal risk etkenleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 106-112.

10. Thrall G, Lip GY, Carroll D, Lane D. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest* 2007; 132: 1259-1264.
11. Dabrowski R, Smolis-Bak E, Kowalik I, et al. Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation. *Kardiol Pol* 2010; 68: 1133-1139.
12. Gehi AK, Sears S, Goli N, et al. Psychopathology and symptoms of atrial fibrillation: implications for therapy. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2012; 23: 473-478.
13. Kupper N, Van den Broek KC, Widdershoven J, et al. Subjectively reported symptoms in patients with persistent atrial fibrillation and emotional distress. *Front Psychol* 2013; 4: 1-9.
14. Patel D, Mc Conkey DN, Sohaney R, et al. A systematic review of depression and anxiety in patients with atrial fibrillation: The mind-heart link. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology* 2013: 1-11.
15. Özlü MF, Yıldırım O, Erdem A, et al. Anxiety levels and quality of life assessment in patients that underwent an electrophysiologic study due to unexplained palpitations. *Arch Turk Soc Cardiol* 2013; 41: 136-140.
16. Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı, İstanbul Kitabevi, İstanbul, 2014: ss. 605-607.
17. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L, et al. Management of patients with palpitations: A position paper from the european heart rhythm association. *Europace* 2011; 13: 920-934.
18. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar (2. Baskı), Mattek Matbaacılık, Ankara, 2010: ss. 13-43.
19. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, ve ark. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9: 209-216.
20. Rosenbaum M. The role of learned resourcefulness in the self-control of health behavior. In: Rosenbaum M. (Edt), *Learned Resourcefulness: On Coping Skills, Self-Control and Adaptive*, Springer, New York, 1990: pp. 3-30.
21. Huang CY, Guo SE, Hung CM, et al. Learned resourcefulness, quality of life, and depressive symptoms for patients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2010; 37: 280-287.

22. Baydoğan M, Dağ İ. Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmişlik güçlülük ve sosyotropi-otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19: 19-28.
23. Huang CY, Perng SJ, Chen HF, et al. The impact of learned resourcefulness on quality of life in type II diabetic patients: A cross-sectional correlational study. *J Nurs Res* 2008; 16: 264-274.
24. Ruff S. Predicting well- being among breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32: 937-943.
25. Zauszniewski JA, Chung C, Chang HJ, et al. Predictors of resourcefulness in school-aged children. *Issues in Mental Health Nursing* 2002; 23: 385-40.
26. Köşgeroğlu N, İlhan H. Çocuk, cerrahi ve aile. *Hemşirelik Forumu* 2000; 3: 35-38.
27. Turan KN, Acaroğlu R. Cerrahi girişim uygulanan adölesanlar ile anne/babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri* 2012; 32: 308-315.
28. Ceyhan AA. The prediction of learned resourcefulness, anxiety, and psychological symptoms from early separation anxiety. *Educational Sciences: Theory & Practice* 2006; 6: 72-79.
29. Podrid JP, Kowey RP. Cardiac Arrhythmia Mechanisms, Diagnosis and Management. Williams and Wilkins, Baltimore, 1995: pp. 803-827.
30. Califf MR, Prystowsky NE, Thomas DJ, Thompson DP. Cardiovascular Medicine (Üçüncü Baskı), Kozan Ö. (Edt), Öncü Basımevi, Ankara, 2008: ss. 1050-1065.
31. Julian GD, Cowan CJ, Mclenachan MJ. Kardiyoloji, Yavuz B, Aytemir K. (Edt), Öncü Basımevi, Ankara, 2008: ss 159-202.
32. Cheitlin DM, Sokolow M, Mcllroy BM. Clinical Cardiology (6 th ed), Appleton and Lange, 1993; pp 527-534.
33. Hilavin İ, Kuntalp M. Paroksizmal atriyal fibrilasyon hastalarının SD1,SD2 ve KKÖ öznitelikleri ile sınıflandırılması. *IEEE 22nd Signal Processing and Communications Applications Conference* 2014: pp 297-300.
34. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, et. al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: The framingham heart study. *Circulation* 2004; 110: 1042.
35. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillati on Executive Summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the

- European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation). J Am Coll Cardiol 2006; 48: 854-906.
36. Feinberg WM, Blackshear JL, Laupacis A, et al. Prevelence, age distribution and gender of patients atrial fibrillation. Arch Int Med 1995; 155: 469-473.
 37. Kannel WB, Benjamin EJ. Final draft status of the epidemiology of atrial fibrillation. Med Clin North Am 2008; 92: 17-42.
 38. Le Heuzey JY, Pazioud O, Piot O, et al. Cost of care distribution in atrial fibrillation patients: The COCAF study. Am Heart J 2004;147:121-126.
 39. Runge SM, Ohman M. Netter'in Kardiyolojisi, Buğdacı SM. (Edt), Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2008: ss 185-195.
 40. Wang TJ, Massoro JM, Levy D, et al. Obesity and the risk of new-onset atrial fibrillation. Jama 2004; 292: 2471-2477.
 41. Bharti S, Lev M. Histology of The Normal and Diseased Atrium. In: Falk RH, Podrid PJ. (edt). Atrial Fibrillation: Mechanism and Management, Raven Press New York, 1992: pp 15-39.
 42. Umana E, Solares CA, Alpert MA. Tachycardia-induced cardiomyopathy. Am J Med 2003; 114: 51-55.
 43. Wood MA, Brown-Mahoney C, Kay GN, et al. Clinical outcomes after ablation and pacing therapy for atrial fibrillation: A Meta-analysis. Circulation 2000; 101: 1138-1144.
 44. Cox JL, Boineau JP, Schuessler RB, et al. Modification of the maze procedure for atrial flutter and atrial fibrillation. I. Rationale and Surgical Results. J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 110: 473-484.
 45. Köknel Ö. Genel ve Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1989: 229-231.
 46. Üstün B, Akgün E, Partlak N. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi, Okullar Yayınevi, İzmir, 2005: ss 111-116.
 47. Videbeck SL. Psychiatric Mental Health Nursing (2 nd ed), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2004: pp 268-290.
 48. Rawlins PR, Heacock EP. Clinical Manual of Psychiatric Nursing, The C. V. Mosby Company, 1998: pp 56-70.
 49. Olcay Y. Depresif bozukluklarda eş tanı (komorbidite), İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Psikiyatri Dünyası, 2001; 5: 89-96.

50. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmiş 11. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008: ss 337-427.
51. Savrun MB. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 1999; ss 11-17.
52. Gelder GM, Andreasen CN, Lopez Ibor JJ, Geddes RJ. New Oxford Textbook of Psychiatry (2 nd Ed), Oxford University Pres, New York, 2009: pp 729-737.
53. Varcolis ME. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing (3 ed), WB Saunders Company, USA, 1998: pp 343-360.
54. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, HYB Yayıncılık, Ankara, 2014: ss 92-94.
55. Gureje O, Maj M. WPA Educational Programme on Depressive Disorders. The World Psychiatric Association 2008: pp 253-277.
56. Yüksel N. Ruhsal Hastalıkları (3. baskı), Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2006: ss 183-206.
57. Köknel Ö. Ruhsal Çöküntü, Depresyon, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 2005: ss 58-70.
58. Whang W, Davidson WK. Is It Time to Treat Depression in Patients With Cardiovascular Disease Circulation. 2009; 120: 99-100.
59. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation. 1995; 91: 999-1005.
60. Smolderen GK, Spertus AJ, Reid JK, et al. The association of cognitive and somatic depressive symptoms with depression recognition and outcomes after myocardial infarction. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2009; 2: 328-337.
61. Guedon-Moreau L, Capucci A, Denjoy I, et al. Impact of the control of symptomatic paroxysmal atrial fibrillation on health-related quality of life. Europace 2010; 12: 634-642.
62. Sang CH, Chen K, Pang XF, et al. Depression, anxiety, and quality of life after catheter ablation in patients with paroxysmalatrial fibrillation. Clin Cardiol 2012; 36: 40-44.
63. Baldwin CM, Griffith KA, Nieto FJ, et al. The association of sleepdisordered breathing and sleep symptoms with quality of life in the Sleep Heart Health Study. Sleep 2001; 24: 96-105.

64. Gami AS, Pressman G, Caples SM, et al. Association of atrial fibrillation and obstructive sleep apnea. *Circulation* 2004;110: 364-367.
65. Neckelmann D, Mykletun A, Dahl AA. Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep* 2007; 30: 873-880.
66. Paudel ML, Taylor BC, Diem SJ, et al. Association between depressive symptoms and sleep disturbances in community dwelling older men. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56: 1228-1235.
67. Ariansen I, Dammen T, Abdelnoor M, et al. Mental health and sleep in permanent atrial fibrillation patients from the general population. *Clin Cardiol* 2011; 34: 327-331.
68. Lane AD, Langman MC, Lip HYG, Nouwen A. Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 66: 203-210.
69. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M, et al. Elevated depression symptoms predict long-term cardiovascular mortality in patients with atrial fibrillation and heart failure. *Circulation* 2009; 120: 134-140.
70. Schnabel BR, Michal M, Wilde S, et al. Depression in Atrial Fibrillation in the General Population. *PLOS One* 2013; 8: 1-6.
71. Lange WH, Lingen-Herrmann C. Depressive symptoms predict recurrence of atrial fibrillation after cardioversion. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 63: 509-513.
72. Steed L, Newman SP, Hardman SM. An Examination of the self-regulation model in atrial fibrillation. *Br J Health Psychol* 1999; 4: 337-347.
73. Coşkun Y. Ortaöğretim öğrencilerinin öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ve aile içi ilişkileri. *Ç. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2009; 18: 104-108.
74. Güloğlu B, Aydın G. İlköğretim 5. sınıf öğrencilerinin öğrenilmiş güçlülük ve otomatik düşünce biçimi arasındaki ilişki. *HÜ Eğitim Fakültesi Dergisi* 2007; 33: 157-168.
75. Dağ İ. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği'nin üniversite öğrencileri için güvenliliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2: 269-274.
76. Rosenbaum M, Ben-Ari K. Learned helplessness and learned resourcefulness: Effects of noncontingent success and failure on individuals differing in self-control skills. *Journal of Personality and Social Psychology* 1985; 48: 198-215.

77. Rosenbaum M, Palmon N. Helplessness and resourcefulness in coping with epilepsy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984; 52: 244-253.
78. Zauszniewski AJ. Teaching resourcefulness skills to older adults. *J Gerontol Nurs.* 1997; 23: 14-20.
79. Siva A. İnfertile’de Stresle Baş Etme, Öğrenilmiş Güçlülük ve Depresyonun İncelenmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Nörolojik ve Psikiyatrik Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1991.
80. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
81. Otong-Antai D. *Psychiatric Nursing: Biological&Behavioral Concept*. Delmar Learning, Texas 2003: pp 217-295.
82. Kum N. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, 1996: ss 114-123.
83. Pınar EŞ, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3: 86-91.
84. Erdemir F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005: ss 48-53.
85. Rosenbaum MA. Shedule for assessing self-control behaviors. Preliminary findings. *Behavior Therapy* 1980; 11: 109-121.
86. Savaşır İ, Şahin NH. *Bilişsel Davranışçı Terapiler de Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 1997: ss 55.
87. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52: 69-77.
88. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler* (6. baskı), HYB Yayınevi, 2012: ss 221-229.
89. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8: 280-287.
90. Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L, Kültür S. Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon. *Hematoloji-Onkoloji* 1999;10: 268-274.

91. Çelik CH, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2007; 12: 23-27.
92. Demirbilek H, Ciğerli Ö, Yakupoğlu Ü, ve ark. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete ve depresyona psikosoyal bakış açısı. Göztepe Tıp Dergisi 2010; 25: 177-180.
93. Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biol Psychiatry 2005; 58: 175-189.
94. Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. J Diabetes Complicat 2005; 19: 113-122.
95. Bahar A. Diabetes mellituslu olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1: 3-16.
96. Turner-Stokes L, Hassan N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1. Diagnosis, frequency and impact. Clin Rehabil 2002; 16: 231-247.
97. Perret-Guillaume C, Briancon S, Wahl D, et al. Quality of Life in elderly inpatients with atrial fibrillation as compared with controlled subjects. Journal of Nutrition, Health and Aging 2010; 14: 161–166.
98. Eaker ED, Sullivan LM, Kelly-Hayes M, et al. Tension and anxiety and the prediction of the 10-year incidence of coronary heart disease, atrial fibrillation, and total mortality: the Framingham Offspring Study. Psychosom Med 2005; 67: 692-696.
99. Hamer ME, Blumenthal JA, McCarthy EA, et al. Quality-of-life assessment in patients with paroxysmal atrial fibrillation or paroxysmal supraventricular tachycardia. Am J Cardiol. 1994; 74: 826-829.
100. Kang Y. Effect of uncertainty on depression in patients with newly diagnosed atrial fibrillation. Prog Cardiovasc Nurs. 2006; 21: 83-88.
101. Stordal E, Bjartveit Krüger M, Dahl NH, et al. Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). Acta Psychiatr Scand. 2001;104: 210-216.
102. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, et al. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. Psychol Med. 1997; 27: 363-370.

103. Groenvold M, Fayers PM, Sprangers MA, et al. Anxiety and Depression in Breast cancer patients at low risk of recurrence compared with the General population: A valid Comparison. *J Clin Epidemiol* 1999; 52: 523-530.
104. Ong L, Irvine J, Nolan R, et al. Gender differences and quality of life in atrial fibrillation: the mediating role of depression. *J Psychosom Res.* 2006; 61: 769-774.
105. Aghakhani N, Sharif F, Khademvatan K, et al. The reduction in anxiety and depression by education of patients with myocardial infarction. *Iran Cardiovasc Res J* 2011; 5: 66-68.
106. Frasure-Smith N, Lespérance, Talajic M. Anxiety sensitivity moderates prognostic importance of rhythm-control versus rate-control strategies in patients with atrial fibrillation and congestive heart failure. *Circulation* 2012; 5: 322-330.
107. Yu S, Zhao Q, Wu P, et al. Effect of anxiety and depression on the recurrence of paroxysmal atrial fibrillation after circumferential pulmonary vein ablation. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2012; 23: 17-23.
108. Yıldırım KN, Okanlı A, Karabulutlu YE, ve ark. Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon semptomlarına hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2013; 14 : 252-259.
109. Wu LR, Parkerson RG, Doraiswamy MP. Health perception, pain and disability as correlates of anxiety and depression symptoms in primary care patients. *JABFM* 2002; 15: 183-190.
110. Lett SH, Blumenthal AJ, Babyak AM, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: Evidence, mechanisms, treatment. *Psychosom Med.* 2004; 66: 305-315.
111. Steca P, Greco a, Monzani D, et al. How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology & Health* 2013; 28: 765-783.
112. Grace LS, Krepostman S, Brooks D, et al. Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research* 2005; 59: 153-160.
113. McCabe PJ, Barnason SA, Houfek J. Illness beliefs in patients with recurrent symptomatic atrial fibrillation. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2011; 34: 810-820.

- 114.Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 79-86.
- 115.Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011; 8: 31-46.
- 116.Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1003-1009.
- 117.Özer CZ, Şenuzun F, Tokem Y. Miyokard enfarktüsü hastalarda anksiyete ve depresyon incelemesi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009; 37: 557-562.
- 118.Friedmann E, Thomas AS, Liu F, et al. Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal* 2006; 152: 940-948.
- 119.Barut Y, Özkamalı E, Tıngır S. Çalışan kadınlarla çalışmayan kadınların stresle başa çıkma yolları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2010; 14: 120-130.
- 120.Potter LM, Zauszniewski AJ. Spirituality, resourcefulness and arthritis impact on health perception of elders with rheumatoid arthritis. *J Holist Nurs* 2000; 18: 311-331.
- 121.Zauszniewski AJ, Eggenschwiler K, Preechawong S, et al. Effects of teaching resourcefulness skills to elders. *Aging & Mental Health* 2006; 10: 404-412.
- 122.Huang MC, Hung CH. Quality of life and its predictors for middle-aged and elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing Research* 2007; 15: 193-201.
- 123.Keleş NH. A Research on perceived learned resourcefulness' levels of Turkish academic staff. *Social and Behavioral Sciences* 2012; 62: 258-262.
- 124.Çakır Ö. Çalışma Yaşamında Öğrenilmiş Güçlülük ve İş Stresi ile Başa Çıkma Rolünü Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. 17. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Eskişehir 2009; ss 21-23.
- 125.Özgür G, Dülgerler Ş, Arpa N. Hemşire Eğitimcilerinin Stresle Baş Etme Düzeylerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 23: 51-68.

- 126.Maraşlı M. Lise Öğretmenlerinin Bazı Özelliklerine ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine göre Tükenmişlik Düzeyleri. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2005; 23: 27-33.
- 127.Yürür S, Keser A. Öğrenilmiş güçlülüğün demografik değişkenlere bağlı olarak incelenmesi: Öğretmenler üzerine bir uygulama. Çalışma İlişkileri Dergisi 2010; 1: 59-70.
- 128.Zauszniewski AJ, McDonald EP, Krafcik K, et al. Acceptance, cognitions, and resourcefulness in women with diabetes. Western Journal of Nursing Research 2002; 24: 728-750.
- 129.Akgün S, Ciarroccı J. Learned resourcefulness moderates the relationship between academic stress and academic performance. Educational Psychology 2003; 23: 287-294.
- 130.Sürük N. Üniversite Öğrencilerinin Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1994.
- 131.Sobacı F, Polatçı S. Öğrenilmiş Güçlülük: Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2014; 28: 17-38.
- 132.Sarıcı S. Üniversite Öğrencilerinin Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri, Ben Durumları ve Sosyo-Ekonomik Düzeyleri Aralarındaki İlişkiler. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum: 1999.
- 133.Edwards D, Riordan S. Learned resourcefulness in black and white South african university students. The Journal Of Social Psychology 2001; 134: 665-675.
- 134.Bonsaksen T, Parker-Haukeland S, Lerdal A, et al. A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of COPD 2014; 9: 41-50.
- 135.Marino P, Sirey AJ, Raue P, Alexopoulos SG. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of COPD 2008; 3: 713-718.
- 136.Özkürkçügil ÇA, Doğan O. Tip II diabet mellitus'lu hastalarda depresyon ve anksiyete bozuklukları. Düşünen Adam 1998; 11: 42-45.

- 137.Lai C. Learned resourcefulness, cognitive processes, and adaptive functioning in depressed adults. <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/159044>. (Erişim Tarihi:19.11.2014)

EKLER

EK-I

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Gönüllü; Bu araştırma, kronik atriyal fibrilasyon tanısı sonucu gelişen anksiyete (iç sıkıntısı, kaygı) eğitimle ve eğitim dışı (aile, arkadaş, toplum vb.) kaynaklardan edinmiş olduğunuz baş etme becerilerinden yani öğrenilmiş güçlülük seviyenizden nasıl etkilendiğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya kaynak taraması yapılarak oluşturulmuş anket formunun doldurulmasıyla başlanacaktır. Anket formunda sosyo-demografik özelliklerinizin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu) ilişkin sorular bulunmaktadır. Daha sonra Anksiyete Envanteri ve Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği doldurulacaktır. Anksiyete Envanteri ile hastalığa bağlı yaşamış olduğunuz anksiyete (iç sıkıntısı, kaygı) düzeyiniz ve öğrenilmiş güçlülük ölçeği ile anksiyeteye bireysel baş etme beceri düzeyiniz belirlenecektir. Bu çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Başlangıçta kabul edip daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Sizden toplanan veriler kesinlikle gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler bilimsel amaç için toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Bilgilendirmeyi yapan

Adı-Soyadı: Araş. Gör. Mahmut EVLİ

Tel: 0545 455 24 14

Erciyes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş gönüllü formundaki bilgileri okudum. Bana, yukarıda belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve istediğimde herhangi bir neden belirtmeksizin araştırmadan ayrılabileceğim hususunda gerekli açıklamalar yapıldı. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirmeyi Yapan Kişinin Adı Soyadı/ İmzası/ Tarih:

Gönüllünün Adı Soyadı/ İmzası/ Tarih:

Tanık Olan Kişinin Adı Soyadı/ İmzası/ Tarih:

EK-II

**ATRİAL FİBRİLASYONU OLAN HASTALAR DA ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK
ve ANKSİYETE DÜZEYLERİ ANKET FORMU**

Dosya No:

Tarih:

1. Cinsiyetiniz nedir?:

1. Kadın

2. Erkek

2. Kaç Yaşındasınız?:.....

3. En son hangi okuldan mezun oldunuz?

1.İlkokul

2.Ortaokul

3.Lise ve üzeri

4. Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Evli değil

5. Çocuk sayısı: 1. Yok 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 ve üzeri

6. Çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

7. Mesleğiniz nedir? :1. Ev hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Emekli 5.

Çiftçi 6. Esnaf 7. Diğer(ise belirtiniz).....

8. Çevre ile kıyasladığınızda gelir durumunuz nasıldır? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

9. Aile tipiniz nedir? 1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Parçalanmış Aile

10. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet (ise ne kadar?.....) 2. Hayır 3. Bıraktım

11. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet (ise ne kadar?.....) 2. Hayır 3. Bıraktım

12. AF tanısını ne zaman aldınız?

1. 1-2 yıl önce

2. 3-4 yıl önce

3. 5 yıl ve üzeri

13. Başka kronik rahatsızlığınız var mı?

1. Evet (ise 14. Soruya geçiniz) 2. Hayır (ise 15. Soruya geçiniz)

14. Diğer kronik rahatsızlığınız hangisidir?

1. Hipertansiyon
2. Kalp yetmezliği
3. Diabetes mellitus
4. Kronik arter hastalığı
5. Diğer (ise belirtiniz.....)

15. Hastalığınız ile ilgili bilginiz var mı?

1. Evet 2. Hayır

16. Hastalığınız ile ilgili bilgi düzeyinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Yeterli 2. Yetersiz

17. Ne sıklıkla atriyal fibrilasyon atağı geçirirsiniz?

18. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

1. Kötü
2. Orta
3. İyi

19. Bu yaptıklarınız sıkıntınızı gidermede etkili oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

20. Sizce çevrenizden yakın desteği alabiliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

21. Aldığınız desteğin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

EK-III

ROSENBAUM'UN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK ÖLÇEĞİ (RÖGÖ)

Aşağıda kötü bir durum veya olayla karşılaşıldığında kişilerin neler yapabileceğini anlatan 36 ifade vardır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanı daire içine alınız.

	1. Hiç tanımlamıyor.	2. Biraz tanımlıyor	3. Oldukça iyi tanımlıyor.	4. İyi tanımlıyor.	5. Çok iyi tanımlıyor.
1. Sıkıcı bir iş yaparken, işin en az sıkıcı olan yanını ve bitirdiğimde elde edeceğim kazancı düşünürüm					
2. Beni bunaltan bir iş yapmak zorunda olduğumda, bunaltımı nasıl yenebileceğimi hayal eder, düşünürüm					
3. Duygularımı düşüncelerime göre değiştirebilirim					
4. Sinirlilik ve gerginliğimi yardım almadan yenmek bana güç gelir					
5. Kendimi bedbin (üzüntülü) hissettiğimde hoş olayları düşünmeye çalışırım					
6. Geçmişte yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam					
7. Güç bir sorunla karşılaştığımda düzenli bir biçimde çözüm yolları ararım					
8. Birisi beni zorlarsa işimi daha çabuk yaparım					
9. Zor bir karar vereceksem bütün bilgiler elimde olsa bile bu kararı ertelerim					
10. Okuduğum şeye kendimi veremediğimi farkettiğim zaman, dikkatimi toplamak için yollar ararım					
11. Çalışmayı planladığımda, işimle ilgili olmayan herşeyi ortadan kaldırırım					

12.Kötü bir huyumdan vazgeçmek istediğimde, bu huyumu devam ettiren nedir diye araştırırım					
13.Beni sıkan bir düşünce karşısında güzel şeyler düşünmeye çalışırım					
14.Günde iki paket sigara içiyor olsam, sigarayı bırakmak için muhtemelen başkasının yardımına ihtiyaç duyarım					
15.Kendimi kötü hissettiğimde neşeli görünmeye çalışarak ruh halimi değiştiririm					
16.Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde, sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım					
17.Bedbin (üzüntülü) olduğumda kendimi hoşlandığım şeylerle uğraşmaya zorlarım					
18.Hemen yapabilecek durumda bile olsam hoşlanmadığım işleri geciktiririm					
19.Bazı kötü huylarımdan vazgeçebilmem için başkasının yardımına ihtiyaç duyarım					
20.Oturup belli bir işi yapmam güç geldiğinde, başlayabilmek için değişik yollar ararım					
21.Beni kötümser yapsa da, gelecekte olabilecek bütün felaketleri düşünmekten kendimi alamam					
22.Önce yapmam gereken işi bitirip, daha sonra gerçekten hoşlandığım işlere başlamayı tercih ederim					
23.Bedenimin herhangi bir yerinde ağrı hissettiğimde, bunu dert etmemeye çalışırım					
24.Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar					
25.Başarısızlıkla birlikte gelen kötü duyguları yenmek için, sık sık kendime bunun bir felaket olmadığını ve bir şeyler yapabileceğimi telkin ederim					
26.Kendimi patlayacakmış gibi hissettiğimde, "Dur, bir şey yapmadan önce düşün" derim					

27.Birine çok öfkelensem bile davranışlarımı kontrol ederim					
28.Genellikle bir karar vereceğim zaman, ani kararlar yerine bütün ihtimalleri göz önüne alarak sonuca varmaya çalışırım					
29.Acilen yapılması gereken şeyler olsa bile, önce yapmaktan hoşlandığım şeyleri yaparım					
30.Önemli bir işi elimde olmayan nedenlerle geciktirdiğimde kendi kendime sakin olmayı telkin ederim					
31.Bedenimde bir ağrı hissettiğim zaman, ağrıdan başka şeyler düşünmeye çalışırım					
32.Yapılacak çok şey olduğunda genellikle bir plan yaparım					
33.Kısıtlı param olduğunda, kendime bir bütçe yaparım					
34.Bir iş yaparken dikkatim dağılırsa, işi küçük bölümlere ayırırım					
35.Sık sık beni rahatsız eden nahoş düşünceleri yenemediğim olur					
36.Aç olduğum halde yemek yeme imkanım yok sa, ya açlığımı unutmaya ya da tok olduğumu düşünmeye çalışırım					

EK-IV

HAD ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden cevabın yanındaki kutuyu işaretleyin. Cevabınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen cevap en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, bazen

Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

Aynı eskisi kadar

Pek eskisi kadar değil

Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

Evet, ama çok da şiddetli değil

Biraz, ama beni endişelendiriyor

Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Şimdi pek o kadar değil

Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil.

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, ama çok sık değil

Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

Her zamanki kadar ilgi gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek

EK-V

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ETİK KURULUN ADI		ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
AÇIK ADRES		Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Melikgazi/KAYSERİ			
TELEFON		0 352 437 49 10 - 11			
FAXS		0 352 437 62 66			
E-POSTA		byancar@erciyes.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Atrial Fibrilasyonu Olan Hastalarda Öğrenilmiş Güçlülük ve Anksiyete Düzeyleri		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Yard.Doç.Dr. Gülsüm Nihal Güleser		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI		Yard.Doç.Dr. Gülsüm Nihal Güleser		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Kayseri		
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMA FAZİ		FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ		Yeni Bir Endikasyon ☐ Yüksek Doz Araştırması ☐ Diğer İse Belirtiniz ☒ Yüksek Lisans Tezi		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEKMERKEZ ☒ ÇOKMERKEZ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐			
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarhi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐			
	SIGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU	☐			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐			
	ILAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
SONUÇ RAPORU	☐				

Bahri YANCAR

Fakülte Şefi

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	


Bahri YANCAR
 Fakülte Şefi

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2014/142	Karar Tarihi : 07.03.2014
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı / Adı Soyadı Ek Üyelik	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Prof. Dr. Karamehmet YILDIZ	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Prof. Dr. Salih KUK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Doç. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Doç. Dr. Hüseyin ARINÇ	Kardiyoloji	Kayseri Eğitim Hastanesi	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Doç. Dr. Erdem KILIÇ	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Afra YILDIRIM	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Av. Zafer Tuğrul SARIASLAN	Avukat	Hukuk Müşaviri	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	
Serkan KARACA	Sivil Üye	Öğretmen	E ☒ X ☐ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ X ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanı
 Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
 İmza:

EK-VI

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/03/2014-18411



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğü



Sayı :96009413-302.14.01/
Konu :Tez Çalışması.

SAGLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 10.03.2014 tarih ve 17382 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Mahmet EVLİ'nin tez çalışmasını Yılmaz-Mehmet ÖZTAŞKIN Kalp Hastanesinde yapması uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Kudret DOĞRU
Başhekim
Merkez Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Mahmut EVLİ

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 01.10.1979/Develi

Medeni Durumu: Evli

Tel: +90 352 207 66 66/28560

email: mahmutevli38@gmail.com

Yazışma Adresi: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Melikgazi KAYSERİ

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Y.Y.Ü. Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu	2004
Lise	Develi Lisesi	1997

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2014- Halen	ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Araştırma Görevlisi
2012-2013	Ahi Evran Üniversitesi Hemşirelik Bölümü	Araştırma Görevlisi
2006-2012	Nevşehir Devlet Hastanesi	Sağlık Memuru
2003-2006	Van Devlet Hastanesi	Sağlık Memuru

YABANCI DİL

İngilizce