



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği)

ATRİAL FİBRİLASYONLU HASTALARA UYGULANAN
AKUPRES'İN BAZI VİTAL BULGULAR VE OKSİJEN
SATURASYONUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ayşe SOYLU

DANIŞMAN
Doç. Dr. Medet KORKMAZ

2018

GAZİANTEP

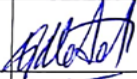

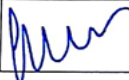
KABUL VE ONAY SAYFASI

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Ayşe SOYLU	Tez Savunma Tarihi	18.12.2018
Tez Adı	ATRİAL FİBRİLASYONLU HASTALARA UYGULANAN AKUPRES'İN BAZI VİTAL BULGULAR VE OKSİJEN SATURASYONUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ		

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (İç Hastalıkları Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Doç. Dr. Medet KORKMAZ	İnönü Ü./Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik AD. İç Hast. Hem. Öğ. Üy.	
Üye	Prof. Dr. Arzu TUNA	SANKO Ü./SBF Hemşirelik AD. Cerrahi Hastalıkları Hem. Öğ. Üy.	
Üye	Doç. Dr. Serap PARLAR	İnönü Ü./Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik AD. İç Hast. Hem. Öğ. Üy.	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- ✓ Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- ✓ Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- ✓ Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- ✓ Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- ✓ Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ayşe SOYLU

08.09.2018

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yolumu aydınlatan, desteğini esirgemeyen, mesleğime olan bağlılığında çok büyük emeği olan, değerli bilgi ve deneyimlerini her zaman paylaşan, anlayışı, sabrı, içtenliği ve insana olan yaklaşımıyla biz öğrencilerine daima rol model olan çok kıymetli danışmanım, Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a, SANKO Üniversitesinin bana en güzel kazancı olan çok değerli hocam Prof. Dr. Arzu TUNA'ya,

Yüksek lisans eğitimimiz boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, en iyi eğitimi almamızı sağlayan SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU'na ve değerli öğretim üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ, Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM ve Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÜNEL KARADENİZ'e, Gülen yüzü ve yardımseverliği ile öğrenci dos olan SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sekreteri Duygu ALANGİL'e,

Tez çalışmam süresince desteğini esirmeyen Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Gülizar SÖKMEN, Prof. Dr. Sami ÖZGÜL, Prof. Dr. Mahmut Tuna KATIRCIBAŞI, Doç. Dr. Ahmet Çağrı AYKAN, Doç. Dr. Akif Serhat BALCIOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Hakan GÜNEŞ, Dr. Öğr. Üyesi Ekrem AKSU'ya, Araştırma görevlileri Dr. Murat KERKÜTLÜOĞLU, Dr. Bayram ÖZTÜRK ve Dr. Enes ÇELİK'e,

Anjio ünitesinde çalışan ekibimin değerli üyeleri hemşire arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım ve çalışma hayatım süresince desteğini her zaman hissettiğim Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi sorumlusu çok değerli meslektaşım Hemşire Zehra CİHAN'a ve yoğun bakımda birlikte çalıştığım çok değerli hemşire arkadaşlarıma,

Doğduğum andan beri yüreğimdeki sevginin sonsuz sahibi, CAN'ım ANNEM'e,

Ve tabiki de bu hayattaki en kıymetli yoldaşlarım CAN'ım KARDEŞLERİM, Dilek, Derya ve Murat SOYLU'ya en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe SOYLU

ÖZET

ATRİAL FİBRİLASYONLU HASTALARA UYGULANAN AKUPRES'İN BAZI VİTAL BULGULAR VE OKSİJEN SATÜRASYONUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Atrial Fibrilasyon (AF) toplumun %1-2'sini etkilemektedir. Bu çalışma AF'si olan hastalara uygulanan akupres'in bazı vital bulgular ve oksijen satürasyonuna etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma, plasebo-kontrollü deneysel çalışma olarak dizayn edildi. Araştırma, etik kurul onayı alındıktan sonra koroner yoğun bakım ünitesinde araştırma sınırlılıklarına uyan bireylerden sözel olarak bilgilendirilmiş onam alınarak, 23 kontrol, 23 plasebo ve 23 deney grubu olmak üzere 69 bireyle tamamlandı. Araştırmada veriler yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplandı. Araştırma kapsamına alınan kontrol grubuna hiçbir işlem yapıldı, Plasebo grubundaki hastalara bilekliğin Shenmen (HT7) noktasına basınç yapmak üzere ve akupres uygulaması için takıldığı belirtilmiş olmakla beraber bileklik Shenmen(HT7) noktası gözetilmeksizin doğrudan bileğe, üstelik gevşek ve ters olarak bağlanmış ayrıca herhangi bir şekilde basınç da uygulanmadı. Deney grubuna ise Shenmen (HT7) noktasına akupres bilekliği doğru ve yeterli basıncı sağlayacak şekilde bağlandıktan sonra aynı gün içinde iki kez akupres uygulandı. Tüm hastaların işlem öncesi ve sonrasında kan basıncı, kalp hızı, solunum ve satürasyon değerleri monitörden kaydedildi. Verilerin tümü cihazların yardımı ile alınmış olup hiçbir manuel ölçüm yapılmadı. Verilerin dağılımı nonparametrik test varsayımlarına uygun olduğu için verilerin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis Varyans Analizi, Fisher Ki-Kare Testi, Al Pairwise Karşılaştırmaları (Post Hoc) Ve Wilcoxon testleri kullanıldı. Deney grubunun kalp hızında azalma ve satürasyon değerinde yükselme anlamlı bulundu ($p<0.05$). Çalışma gruplarındaki tüm hastalarda akupresin kan basıncı ve solunum üzerine etkisi olmadı. AF'si olan hastalara uygulanan akupres'in kalp hızını azalttığı ve oksijen stürasyonunu arttırdığı görüldü. Bu sonuca göre, AF'de kalp hızının düşürülmesinde ve oksijen satürasyonunun artırılmasında tekrarlı akupresin, farmakolojik tedaviye ek olarak yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Akupres; Kan Basıncı; Nabız; Solunum; Oksijen Satürasyon

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF ACUPRESSURE APPLIED TO PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION ON SOME VITAL FINDINGS AND OXYGEN SATURATION

Atrial Fibrillation (AF) affects 1-2% of the population. This study was carried out to determine the effect of acupressure on some vital signs and oxygen saturation in patients with AF. The study was designed as a placebo-controlled experimental study. After the approval of ethics committee, verbally informed consent was obtained from the individuals complying with research limitations in coronary intensive care unit and the research was completed with 69 individuals consisted of 23 in control, 23 in placebo and 23 in experimental group. The data were collected by the researcher using face to face interview method. The control group included in the study did not undergo any procedure, while the patients in the placebo group had been indicated to wear the wristband for pressure on the Shenmen (HT7) point and for the acupressure treatment; however, the wristband was worn directly on the wrist without observing the Shenmen (HT7) point, also loosely and inversely, and no pressure was applied. In the experimental group, after the acupressure wristband was worn in a way to ensure correct and sufficient pressure on the Shenmen (HT7) point, acupressure performed twice in the same day. Blood pressure, heart rate, respiration and saturation values of all patients were recorded before and after the procedure via the monitor. All data were obtained with the help of devices and no manual measurement was made. Kruskal Wallis Analysis Of Variance, Fisher Chi-Square Test, All Pairwise Comparisons (Post Hoc) and Wilcoxon Tests were used to evaluate the data. The decrease in heart rate and saturation value of experimental group were found significant ($p < 0.05$). Acupressure did not have any effect on blood pressure and respiration in all study groups. Acupressure applied to patients with AF decreased heart rate and increased oxygen saturation. According to this result, repeated acupressure may be recommended in addition to pharmacological treatment to reduce heart rate and increase oxygen saturation in AF.

Keywords: Acupressure; Blood Pressure; Pulse; Respiration; Oxygen Saturation.

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Atrial Fibrilasyon.....	4
2.2. Atrial Fibrilasyon Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Türkiye’de Prevalans ve İnsidans.....	6
2.4. Atrial Fibrilasyonun Patofizyolojisi.....	6
2.5. Atrial Fibrilasyonun Sınıflandırılması.....	8
2.6. Atrial Fibrilasyonda Etiyolojik Faktörler.....	9
2.7. Atrial Fibrilasyon Semptomları ve Tanı.....	10
2.8. Atrial Fibrilasyonda Tedavi.....	11
2.8.1. Hız kontrolü.....	11
2.8.2. Uzun Dönem antiaritmik tedavi ve elektrokardiyoversiyon.....	12
2.8.3. AF için antiaritmik ilaç tedavisi.....	12
2.8.4. Kimyasal kardiyoversiyon.....	13
2.8.5. Elektiriksel kardiyoversiyon.....	14

	Sayfa No
2.8.6. Antikoagulan tedavi.....	14
2.8.7. Farmakolojik olmayan tedaviler	15
2.8.8. Akupres	15
2.9. Akupresin Tarihçesi ve Gelişimi	16
2.10. Akupreste Organ ve Meridyenler	17
2.11. Akupres Uygulama Noktalarının Belirlenmesi.....	17
2.12. Atrial Fibrilasyonda Etkili Akupres Noktaları.....	18
2.13. Akupres Etki Mekanizması.....	18
2.14. Akupres uygulanan hastalıklar	19
2.14.1. Etkili bir şekilde tedavi edilebilen hastalıklar.....	20
2.14.2. Tedavi edici etkisi olan ancak daha fazla çalışmalara ihtiyaç olan hastalıklar.....	20
2.14.3. Geleneksel ve diğer bazı tedavilerle tedavisi güç olan ve akupunkturla tedaviden bazen yarar görebilen hastalıklar.....	20
2.14.4. Monitörize edilmiş ve modern medikal ekipman altında olan ve akupunktur uygulanabilecek hastalıklar.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Türü	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
- Örneklem kabul edilme kriterleri.....	21
- Örneklem kabul edilmeme kriterleri.....	22
3.4. Verilerin Toplanması.....	23

	Sayfa No
3.4.1. Veri toplama araçları	23
-Hasta tanıtım formu.....	23
-Veri Kayıt Formu.....	23
-Akupres Uygulama Basamakları.....	23
-Akupres Uygulanan Noktanın Belirlenmesi.....	24
-Çalışmanın uygulama planı.....	25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
- Bağımlı Değişken	29
- Bağımsız Değişken	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	29
3.8. Araştırmada Etik Kurallar	29
3.9. Araştırma Akış Planı	30
4. BULGULAR	31
4.1. Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler	31
4.2. Deneysel Araştırma Sonuçları.....	38
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
7. KAYNAKLAR.....	45
8. EKLER.....	50
EK-1 Hasta Tanıtım Formu	
EK-2 Veri Bulgular ve Oksijen Saturasyonu Kayıt Formu	
EK-3 Etik Kurul Karar Formu	

EK-3 Etik Kurul Karar Formu Devamı

**EK-4 Kurum Çalışma İzin Talep Yazısı (Kahramanmaraş Sütçü İmam
Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi)**

**EK-5 Kurum Çalışma İzni (Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık
Uygulama ve Araştırma Hastanesi)**

EK-6 Tez İntihal Raporu

EK-7 Akupres Sertifikası

EK- 8 Temel EKG Kursu Katılım Belgesi

EK- 9 Özgeçmiş



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TEKHARF	: Türk erişkinlerde koroner arter hastalığı risk faktörleri
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
AF	: Atrial fibrilasyon
EKG	: Elektrokardiyografi
BKİ	: Beden kütle indeksi
AHA	: Amerikan kalp derneği
ATRIA	: Antikogulation and risk factors in atrial fibrillation
HT7	: Heart-7 kalp noktası
AV	: Atrioventriküler nod
SA	: Sinoatrial nod
RAAS	: Renin anjiyotensin aldosteron sistemi
YOAK	: Yeni antikoagulan ilaçlar
MI	: Miyokart infarktüsü
LVH	: Sol ventrikül hipertrofisi
INR	: Uluslararası normalize edilmiş oran
M.Ö	: Milattan önce
PAG	: Ventrolateral periqueductal gray
IFN-I	: İnsan tipi I interferonlar
TNF	: Tümör nekroz faktörü
IL-1	: İnter lökin 1 reseptör tipi

Tablo 3.8.1. Araştırma Akış Planı.....	30
Tablo 4.1.1. AF'li Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.1.2. AF'li Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 4.1.3. AF'ye İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.1.4. Grupların İşlem Öncesi Değerlerinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.1.5. Grupların İşlem Sonrası Değerlerinin Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.1.6. Grupların Sabah Yapılan İşlem Öncesi Değerleri İle İşlem Sonrası Değerlerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.1.7. Grupların Öğleden Sonra Yapılan İşlem Öncesi Değerleri İle İşlem Sonrası Değerlerinin Karşılaştırılması.....	41

Şekil 1. AF ritim örneği.....	4
Şekil 2. ATRIA (Antikogulation and risk factors in atrial fibrillation) ve Minnesota/Olmsted çalışmalarına, Amerika Birleşik Devletlerinde 2050 yılına kadar atriyum fibrilasyonlu hasta sayılarına ilişkin tahmini veriler.....	5
Şekil 3. AF Patofizyolojisi.....	8
Şekil 4. AF’de klinik sınıflama.....	9
Şekil 5. Rekürren proksimal ya da kalıcı atriyal fibrilasyonu olan hastalar da sinüs ritmini korumaya yönelik antiaritmik ilaç tedavisi.....	13
Şekil 6. Sol Atriyal Apendiks Eksizyonu.....	15
Şekil 7. Bireysel Cun saptamasında kıstas alınan eldeki anatomik ölçüler.....	18
Şekil 8. Örneklem.....	22
Şekil 9. Çalışmada kullanılan Shenmen (HT7) noktası.....	24
Şekil 10. Psibands Bileklik.....	25
Şekil 11. Plasebo grubunun akupres bilekliğinin ters ve gevşek bağlantısı.....	26
Şekil 12. Deney grubunun HT7 noktasına akupres bilekliğinin doğru bağlantısı.....	27
Şekil 13. Deneysel Çalışma Planı Akış Şeması.....	28

1. GİRİŞ

Atrial fibrilasyon (AF) yaygın rastlanan bir kardiyak aritmidir (ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu, 2007; Atrial Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu, 2010). AF toplumun %1-2'sini etkilemekte ve bu oranın gelecek 50 yıl içinde artacağı tahmin edilmektedir (Stewart et al., 2001; Go et al., 2001). Halen devam etmekte olan ve 1949 yılında başlatılan Framingham çalışması, prevalansın yaşla birlikte artacağını belirterek ön görülen bu artışı desteklemektedir (Renate et al., 2009).

Gelişmiş ülkelerde atriyal fibrilasyona sahip hastaların ortalama yaşı giderek artmaktadır, günümüzde ise yaş aralığının 75-85 olduğu bildirilmektedir (Atriyal Fibrilasyon Tedavisi ESC Kılavuzunu, 2013). AF, 25-35 yaş arasında %0.5 oranında görülürken, prevalans 60 yaş üzerindeki gruplarda %5 ile %20'lere çıkabilmektedir. Hastalık erkeklerde kadınlardan iki kat daha sık görülmektedir (ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu, 2007; Alves, 2009). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, kadınlarda yaş aralığına göre AF insidansı ve prevalansı daha düşük iken AF'li kadınlarda ölüm, erkeklerle benzer veya ondan daha yüksektir (Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu, 2017). Ülkemizde 1990 yılında elektrokardiyografi ile yapılan 40 yaş üstü erişkin taramasında AF prevalansı binde 8,3, aynı grupta sekiz yıl sonra tekrarlanan taramada ise prevalans binde 9,3 olarak belirlenmiştir (Ceyhan, 2012).

Yapılan araştırmalar sonucu günümüzde Avrupa'da 6 milyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2.2 milyon kişi de AF olduğu, ülkemizde ise kesin veriler olmamakla birlikte en az 60.000 AF hastası bulunduğu tahmin edilmektedir (Atriyal Fibrilasyon Derneği, 2018).

Atrial fibrilasyon, uzun dönemde bireyde göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik, yorgunluk, uykusuzluk ve aktivite intoleransı gibi semptomlara neden olduğundan, bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (Atriyal Fibrilasyon Tedavisi ESC Kılavuzu, 2013; Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu, 2010).

AF'lilerin yaklaşık %30'unda eşlik eden kalp kapak hastalıkları bulunmaktadır. Erken evrede mitral yetmezlik ve/veya darlık, ileri evrede ise AORT kapağı sorunları görülebilmektedir. AF popülasyonunun %25'inde obezite, %20'sinde Diabetes Mellitus, %10-15'inde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, %10-15'inde ise kronik böbrek yetmezliği bulunmaktadır (Atriyal fibrilasyon tedavi kılavuzu, 2010).

AF tedavisinde üç temel konu önemlidir. Bunlar; kalp hızının kontrolü, emboli riski ve

aritmî tedavisidir. Bu üç temel amaçtan birisi göz ardî edilemez (ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu, 2007). AF'ye bağlı tromboembolinin önlenmesinde antitrombosit tedavi 2017 kılavuzunda tamamen kaldırılmış, koagülasyon yeni oral antikoagülanlar ile sağlanmaya devam edilmiştir, bu kılavuzda mekanik kapağa sahip olanlar veya orta-ciddi derecede mitral darlığı olanlara K vitamini antagonistleri önerilmiştir (Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu, 2017) Tedavinin amacı sinüs ritminin sağlanması, hemodinaminin düzenlenmesi, semptomların kontrol altına alınması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu, 2007; Ceyhan, 2012).

AF' tedavisi güvenilir ve düşük maliyetli olmalıdır. AF'ye yönelik yapılan çalışmalar maliyet açısından düşük, yan etkisi olmayan ve uygulanması kolay olan destekleyici tedavilerin olduğunu göstermektedir (Güleç, 2009; Stafford et al., 1996; Alessie et al., 1994; Hetms, 1989). Bu destekleyici tedavilerden biri de akuprestir. Akupres, vücuttaki enerji kanalları aracılığıyla bozulmuş enerji dengesini ve enerji iç akışını sağlamak için vücut yüzeyindeki farklı noktalar üzerine fiziksel olarak basınç uygulanarak vücudun belli noktalarına parmaklar, el, avuç içi, el bileği ile basınç yapılarak veya akustimülasyon cihazları kullanılarak gerçekleştirilen tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir. Akupres'in endorfin, asetilkolin, dopamin, enkefalin salınımını uyararak kasları gevşetmede ve kan dolaşımını düzenlemede etkili olduğu literatür tarafından vurgulanmaktadır. Akupres invaziv değildir, uygulaması kolaydır. İyi bir danışmanlıkla hastalar güvenle kendilerine uygulayabilir. Akupres hemşirelik bakımı kapsamında da rahatlıkla uygulanabilir (Sungur ve ark., 2009; Sungur ve ark., 2010; Ceyhan, 2012; Hakverdioğlu ve ark., 2006).

AF'nin çeşitli tedavi seçenekleri arasında tamamlayıcı ve alternatif yöntem olarak kullanılan akupunktur son zamanlarda popüler hale gelmiştir. Özellikle aritmiler ve AF'de hız kontrolünü sağlamada akupunktur'un etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Wormer et al., 2007; Hetms, 1989; Celentano 2003; Valaskatgis, 2008). Akupres gerçekte bir non-invaziv akupunktur yöntemidir. Akupres uygulamasının hastalarda sırt ve baş ağrısı, osteoartrite bağlı ağrı, kas iskelet sistemi ağrıları ve boyun ağrıları, ameliyat öncesi ve sonrası ağrıları azalttığı, akupresin refleksif etkisinden (Biçer, 2014) dolayı ekstraprimidal yol olan hipotalamusun etkinliğini artırarak bulantı ve kusmayı azalttığı, kalp hızını dengelediği ve ek olarak da uyku bozukluğunu azalttığı belirtilmiştir (Shyang-Yun et al., 2006; Yip et al., 2004; Hakverdioğlu ve ark., 2006).

Yapılan literatür taramaları sonucunda ülkemizde Ceyhan'ın (Ceyhan, 2012) AF'li hasta popülasyonunda kalp hızı, kalp ritmi ve yorgunluk üzerine etkisini incelediği çalışmanın

haricinde AF tanılı hastalarda uygulanan akupresin vital bulgular ve oksijen saturasyonuna etkisini gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırma, AF'si olan bireylerde Shenmen(HT7) noktasına uygulanan akupresin, kan basıncı, kalp hızı, solunum ve oksijen satürasyonuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Arastırmanın Hipotezleri;

H01: Shenmen(HT7) akupunktur noktasına uygulanan akupres, AF'si olan bireylerde sistolik kan basıncında etkili degildir.

H02: Shenmen(HT7) akupunktur noktasına uygulanan akupres, AF'si olan bireylerde diastolik kan basıncında etkili degildir.

H03: Shenmen(HT7) akupunktur noktasına uygulanan akupres, AF'si olan bireylerde kalp hızında etkili değildir.

H04: Shenmen(HT7) akupunktur noktasına uygulanan akupres, AF'si olan bireylerde normal sayıda solunumun sürdürülmesinde etkili değildir.

H05: Shenmen(HT7) akupunktur noktasına uygulanan akupres, AF'si olan bireylerde oksijen satürasyonu üzerinde etkili değildir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Atrial Fibrilasyon

AF, kaotik atrial aktivasyon ve buna bağlı mekanik işlev bozukluğu ile karakterize bir supraventriküler taşiaritmidir (Görenek, 2010) Elektrokardiyografide (EKG) tutarlı P dalgaları, amplitüd, biçim ve zamanlama açısından değişken osilasyonlar ya da fibrilatuar dalgalarla yer değiştirir ve ventrikül yanıtı düzensizleşir. Düzensiz, uzun süreli, geniş QRS kompleksli taşikardi, aksesuar yoldan iletim ya da dal bloğunun eşlik ettiği durum, AF'yi düşündürür (ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu, 2007).

Ayırıcı tanıda güçlük çıkaran en önemli sorun kısa aralıklarla düzensiz atrial taşikardi ataklarıdır. Ayrıca değişken atrioventriküler (AV) geçişli atrial flutter da atrial fibrilasyonla karıştırılabilir. Nadiren de olsa atrial fibrilasyonmuş gibi kendini gösteren diğer bir aritmi de hızlı ve yavaş AV yolakları ile dual AV nodal ileti fizyolojisine sahip aritmilerdir (Scheinman, 2017).



Şekil 1. AF ritim örneği.

(Kaynak: lifeinthefastlane.com - ECG library, Erişim: 10.10.2018).

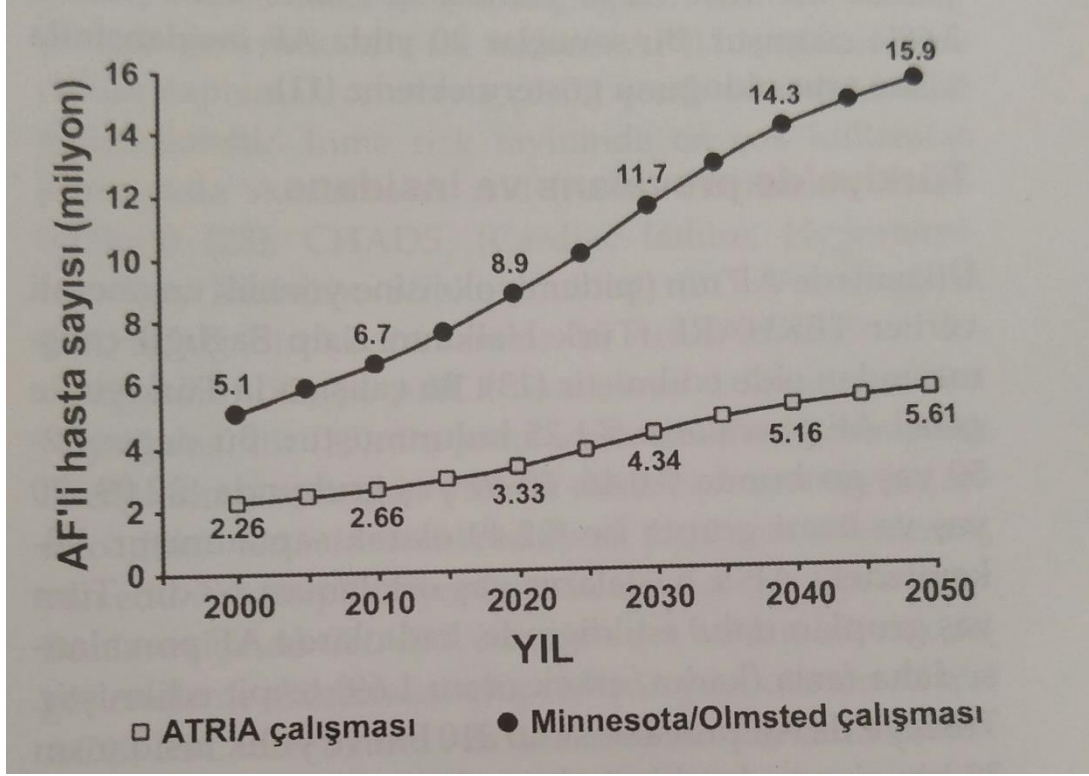
2.2. Atrial Fibrilasyon Epidemiyolojisi

Atrial fibrilasyon insidansı her yüzyılda yaklaşık iki kat artış göstermektedir. Genel popülasyonda %0.4-1.0 olan AF sıklığı, 80 yaş ve üzerinde %10'u bulmaktadır. Dünya genelinde beş milyon kişinin AF'si olduğu ön görülmektedir (Ceyhan, 2012; Feinberg et al., 1995).

Kesitsel çalışmalar, 55 yaş altında %0.1 olan prevalansın 60 yaş üstünde %4 ve 80 yaş üstünde %9' a kadar çıktığını göstermektedir. AF'li hastalar da ortalama yaş 75 olup, hastaların ortalama %70'inin 65-85 yaş aralığında olduğu vurgulanmıştır. Verilerden 60 yaş üstü her 25 kişiden, 80 yaş üstü her 10 kişiden birinin AF'den etkilendiğini, 40 yaş üzerindeki her 4 bireyden birinin ölmeden önce AF'ye gireceği tespit edilmiştir (Görenek,

2010).

AF prevalansı erkeklerde tüm yaş aralıklarında kadınlardan daha yüksektir, fakat AF'li kadın sayısı erkeklerden fazladır. Nedeni ise 75 yaş kadın nüfusunun erkek nüfusundan fazla olmasıdır. Beyazlarda AF prevalansı siyah ırktan iki kat daha fazladır (Görenek, 2010).



Şekil 2. ATRIA (Antikogulation and risk factors in atrial fibrillation) ve Minnesota/Olmsted çalışmalarına, Amerika Birleşik Devletlerinde 2050 yılına kadar atriyum fibrilasyonlu hasta sayılarına ilişkin tahmini veriler.

(Kaynak: Görenek, B. (2010). Aritmiler Nedenleri, Güncel Tanı Ve Tedavi Yöntemleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 227-287.

Antikoagülasyon ve Kardiyovasküler Sağlık Riski Çalışmasında (n: 5.201) 65 yaş ve üzeri AF prevalansı kadınlarda %5, erkeklerde %6 olarak bulunmuş ve yaş ortalaması 80 olan 1563 kişide yapılan başka bir çalışmada, kronik AF prevalansı %9, Kardiyovasküler Sağlık Çalışmasında ise, AF insidansı yılda binde 19.2 olarak bulunmuştur (Ceyhan, 2012).

Diğer bir çalışmada, 65-74 ve 75-84 yaşında, erkekler için insidans, sırasıyla binde 17.6 ve 42.7, kadınlarda ise binde 10.1 ve 21.6 olarak bulunmuştur. Diüretik kullanımı, valvüler kalp hastalığı öyküsü, koroner arter hastalığı, ilerleyen yaş, yüksek düzeyde sistolik kan basıncı, boy, glikoz ve sol atriyum büyüklüğü, AF riski ile ilişkili bulunmuş, yüksek düzeyde alkol kullanımı ve kolesterol yüksekliği arasındaki ilişki ise düşük risk olarak

saptanmıştır (Bruce et al., 1997).

2.3. Türkiye’de Prevalans ve İnsidans

Ülkemizde AF’nin epidemiyolojisine yönelik en önemli veriler TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasından elde edilmektedir. TEKHARF çalışmasıyla AF prevalansı %1,25 olarak tespit edilmiştir. Bu oran 32-59 yaş aralığında %0,46, 60-69 yaş aralığında %2,09, 70 yaş ve üzeri hastalarda bu oran ise %2,49 olarak tespit edilmiştir. Ülkemiz de AF tanılı hastaların yaş ortalaması 67’dir. Tüm yaş gruplarına bakıldığında kadınlarda AF prevalansı daha yüksektir. Türkiye de AF prevalansının 310 bin ve yıllık insidansın 35 bin civarında olduğu bulunmuştur. TEKHARF çalışmasıyla elde edilen verilerde ülkemizdeki ortalama yaş daha düşüktür ve 75 yaş üstü bireylerin sayısı ve oranı azdır, bu nedenle Amerika Birleşik Devleti ve Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarla farklılık göstermektedir (Görenek, 2010).

2.4. Atrial Fibrilasyonun Patofizyolojisi

AF kaotik atrial aktivasyondan dolayı karmaşık bir patofizyolojiye sahiptir. Atriumlarda elektriksel ve yapısal değişiklikler AF gelişimindeki tetikleyici unsurlardır. Otonom sinir sistemi, yaşlanma, atriumların dilatasyonu, renin anjiyotensin aldosteron sistemi ve inflamasyon gibi değişiklikler AF gelişiminde etkili olabilmektedir (Görenek, 2010).

Atriyum fibrilasyonunda atriyumlarda en sık görülenler fibrozis ve yapısal değişikliklerdir. Fakat tespit edilen histopatolojik anormallikler AF’ye özgü değildir. Bu değişiklikler yaşlanma ve atrial dilatasyonda da görülebilmektedir. Hayvan modellerinde uzun süreli AF sonrası her iki atriyumda dilatasyon, atriyal fibriller arasında organizasyon bozukluğu, miyoliz, mitokondri sayısı ve büyüklüğünde artış, nükleusta genişleme, glikojen birikimi, kromatin değişiklikleri, sarkoplazmik ve endoplazmik retikulum anormallikleri ve konneksinlerin dağılımında azalma ve heterojenite saptanmıştır (Görenek, 2010).

Miyositlerdeki yapısal değişiklikler AF gelişikten 1-4 hafta sonra gözlemlenmekte ve dört ay sonra bağ dokudaki değişimler belirginleşmektedir. AF’li hastalarda miyosit dışında, ekstraselüler alanda kollajen tip I artışı, matriks metaloproteinaz aktivite artışı, kollajen dışındaki bağ dokusu proteinleri olan fibronektin I ve fibrilin I artışı, dönüştürücü büyüme faktörü beta 1 artışı, anjiyotensin II tip I reseptör artışı ve fibrozis gelişimi görülmüştür. Fibrozis miktarıyla AF’nin kronikleşmesi ve ilerlemesi arasında ilişki bulunmaktadır. Bu yapısal değişikliklerin aritmi gelişiminden önce ya da sonra geliştiği açık değildir

(Görenek, 2010).

Son dönemlerde AF'ye neden olan ve kesin olarak tanımlanmış ikinci mekanizma ise, pulmoner venlerin AF'nin tetiklenmesinde ve/veya devam etmesindeki rolüne olan görüş artmaktadır. Moe ve arkadaşları tarafından 1962'de öne sürülen eski modelde, AF' nin devam etmesinde atrial doku içerisinde çok sayıda reetran dalgacıkların olduğu belirtilmiştir. Son verilerde özellikle sol atriyum pulmoner venlerin çevresinde olan, artmış otomatisite ve çok sayıda reetran dalgacıkların yer aldığı fokal mekanizmayı desteklemektedir (Griffin, 2014). Otomatisite ve reetran teoriler kısaca şu şekildedir:

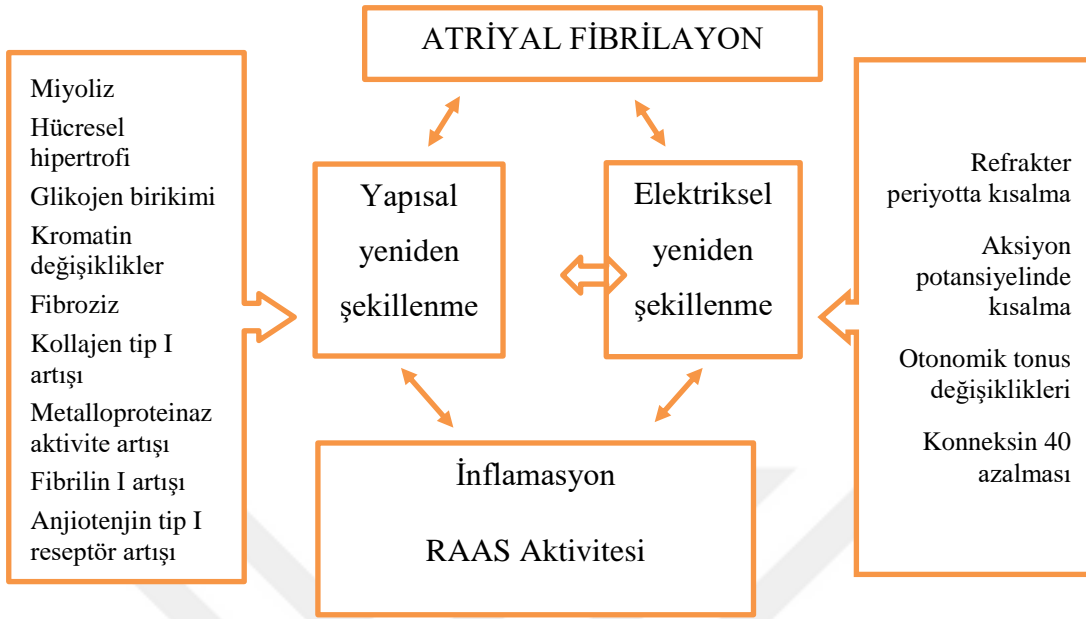
Sağ ve sol atriyumun apendiksine topikal olarak akonitin uygulanmasıyla AF'ye benzer aritmiler ortaya çıkarılmıştır. Uygulama bölgesi diğer atriyumdan ayrılacak şekilde klemplendiğinde aritmi bu bölge de devam etmiş ancak atriyumun diğer tarafında kaybolmuştur. Akonitin ile yapılan bu deneylerle AF'nin tek bir odağa bağlı olduğu düşünülmüştür. Otomatik odak teorisi çok sayıda reetran dalgacıkların varlığı saptandıktan sonra zayıflamıştır.

AF mekanizmasının anlaşılmasındaki en önemli teoridir. Moe ve ark tarafından öne sürülmüştür. Bu araştırmacılar “tamamen düzensiz dalga cephesi refrakter doku adacıkları veya kıyıları etrafında bölündükçe parçalanmış duruma gelir ve oluşan her dalga bağımsız kardeş dalgacıklar olarak kabul edilebilir. Böyle bir dalgacık daha çok veya daha az ilerlemiş bir toparlanma durumunda olan doku ile karşılaştıkça hızlanabilir veya yavaşlayabilir” demişlerdir. Bu nedenle dalgacık sayısı arttıkça aritminin devam etme olasılığı artmaktadır. “Oluşan dalgacıkların sayısı atrial kitle ve refrakterlik ve atriyumların çeşitli bölgelerindeki ileti hızına bağlıdır” şeklinde özetlenmiştir (Topol, 2008).

Normal sinüs ritmindeki olgularla AF'li olgularla karşılaştırıldığında hıza bağlı refrakterlik değişikliklerinin azaldığı, atriyumların refrakter periyotlarının kısaldığı, aksiyon potansiyelindeki platonun kaybolduğu tespit edilmiştir. Ancak bu değişiklikler genişlemiş atriyumlarda da izlenmektedir. Genişlemiş atriyum hücrelerinde hem dışa doğru hem de L tipi kalsiyum akımlarında azalma saptanmış bu durumun aksiyon potansiyelinin kılmasına ve platonun kaybolmasına neden olduğu belirtilmiştir (Görenek, 2010).

AF'nin gelişmesinde Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi (RAAS) ve enflamasyonun önemi giderek artmaktadır. Atriyumların dilatasyonu RAAS'ın da aralarında bulunduğu bazı moleküler yolları aktive etmektedir. RAAS'ın inhibisyonunun, AF'nin başlamasını ya da başlamış AF'nin devam etmesini, atriyal basınç ve duvar geriliminin azalması, sol atriyumda yeniden yapısal şekillenmenin önlenmesi, nörohümorale aktivasyonun

inhibisyonu, kan basıncının düşürülmesi ve kalp yetersizliğinin önlenmesi gibi birkaç mekanizma ile önlüyor olabileceği düşünülmektedir (Görenek, 2010).



Şekil 3. AF Patofizyolojisi

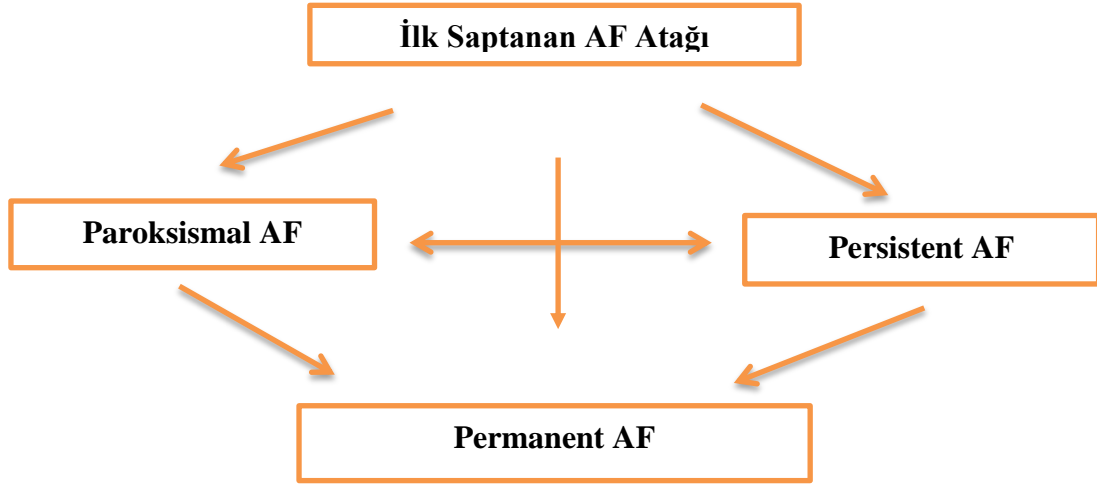
(Kaynak: Görenek, B. (2010). Aritmiler Nedenleri, Güncel Tanı Ve Tedavi Yöntemleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 227-287).

2.5. Atrial Fibrilasyonun Sınıflandırılması

Klinik intrakardiyak kayıtlar, aritmi süresi, ventrikül hızı ve altta yatan kalp hastalığı gibi farklı özellikleri ele alan çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Ancak henüz hiçbir sınıflama AF'nin tüm özelliklerini karşılayamamaktadır. AF sınıflandırılması aşağıdaki gibidir:

1. Paroksizmal AF: Genellikle yedi gün ya da daha kısa süren ve kendiliğinden sonlanan ataklardır.
2. Persistent AF: Yedi günden daha uzun sürer ve sinüs ritminin sağlanabilmesi için farmakolojik ya da elektro kardiyoversiyon gereklidir.
3. Permanent AF: sonlanması için çaba gösterilmeyen ya da kardiyoversiyon başarısız olduğunda ve sinüs ritmi sürdürülemediğinde, kalıcı AF'ye dönüşen uzun süre devam eden AF şeklindedir.
4. Lone Af: Klinik veya ekokardiyografik olarak kardiyopulmoner hastalığı olmadan AF'si olan olgulardır.

5. İdiyopatik AF: Altta yatan kardiyovasküler patolojiyi veya yaşı göz önünde bulundurmadan AF'nin kaynağının bilinmemesidir (Griffin, 2014; Görenek, 2010).



Şekil 4. AF'de klinik sınıflama.

(Kaynak: Görenek, B. (2010). Aritmiler Nedenleri, Güncel Tanı Ve Tedavi Yöntemleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 227-287).

2.6. Atrial Fibrilasyonda Etiyolojik Faktörler

AF çoğunlukla ileri yaşlar da hipertansiyon, kapak hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığıyla ilişkili olup erkekler de inme, kalpte yetersizlik, romatizmal kalp hastalığı ve yüksek tansiyon, kadınlarda ise kalp yetmezliği ve romatizmal kalp hastalığı AF'nin önemli nedenlerindedir (Griffin, 2014; Ceyhan, 2012).

Hipertansiyon kardiyak yapı ve fizyolojide yaptığı değişiklikler sonucunda AF gelişimini tetiklemektedir. Her 5mm sol atriyum çap artışı AF gelişimini %39, her 4mm sol ventrikül duvar kalınlığı artışı da %28 oranında arttırmaktadır (Görenek, 2010; Vaziri ve ark., 1994; Kannel ve ark., 1998).

AF, kalp yetmezliğini alevlendirmekte olup, kalp yetmezliği de AF gelişimine neden olmaktadır. Kalp yetmezliği, AF gelişimi için tek başına bağımsız bir öngörücüdür. Yetmezliklerin %10-50'sinde AF bulunmaktadır, Framingham çalışmasında kalp yetersizliklerinin %27'sinde AF geliştiği belirtilerek bu oran desteklenmektedir (Renate et al., 2009).

Atriyum fibrilasyonu, hem akut hem de stabil koroner arter hastalığı geçiren hastalarda daha sık olup tek başına bağımsız risk faktörleri arasında yerini almıştır. (Görenek, 2010).

Atrial fibrilasyonun akut dönem tetikleyicileri olarak ise; tatil kalp sendromu "holiday

heart syndrome", akut MI, akut olarak gelişen perikardit, miyokardit, pulmoner emboli, hipertiroidi ve akut olarak gelişen pulmoner hastalık ilk sıralarda yer almaktadır. Kardiyak cerrahi sonrasında %30-40 oranında AF görülebilmektedir (Pehlivanoğlu ve ark., 2001).

Türkiyede yapılan bir çalışma da romatizmal kapak hastalığına sahip hastalarda %39 oranında da persistent ya da permanent AF olduğu saptanmıştır. Romatizmal kapak hastalıklarında yaş, semptomların süresi, fonksiyonel kapasite yüksekliği, mitral kapak skor yüksekliği, organik triküspit kapak hastalığı ve sol ventrikül çap genişliği AF gelişimi risk faktörlerindedir (Görenek, 2010).

Obezite ve AF arasındaki ilişki sol atriyum çapındaki artış ile açıklanmıştır. Normal vücut kütle indeksine sahip bireylerde ortalama sol atriyum çapı 38mm, fazla kilolular da 41mm ve obezler de 44mm olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla ile obezitede sol atriyum dilatasyonunun AF'ye zemin hazırladığı düşünülmektedir (Görenek, 2010).

Atrial fibrilasyonun başlamasında otonom etkilerin de rolü önemlidir. Yapısal açıdan kalbi normal olan bazı hastalarda AF başlangıcından önceki dakikalarda vagal tonüsün, diğer bazı hastalarda ise sempatik tonüsün ağır bastığı gözlemlenmiştir (Görenek, 2010; Ceyhan, 2012).

Yaşlılıkta, yaşa bağlı atriyal miyokart kaybı-izolasyonu ve yapı değişikliği sonucu iletim sorunları nedeniyle, AF gelişim riski artmaktadır. Tıbbi tedavi gerektiren DM, AF hastalarının %20 'sinde bulunmaktadır ve atriyal hasara neden olabilmektedir (Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu, 2010).

2.7. Atrial Fibrilasyon Semptomları ve Tanı

AF ritminde P dalgaları bulunmaz, atrial aktivite kaotiktir ve fibrilatuvar dalgalar görülür. EKG bazalı sıklıkla dalgalı seyir gösterir ve kaba dalgalarla atriyal flutteri taklit eder, düzensiz aktivite gösterir fakat atriyal flutter gibi stereotipik değildir. 12 derivasyonlu EKG ile PR, QRS ve QT aralığının ölçümü ve takibi yapılır (Griffin, 2014).

AF tanısı koymak için yapılacak değerlendirmeler, semptomların varlığı, süresi, sıklığı, semptomlara neden olan faktörler (alkol, stres, kahve gibi), kullanılan ilaçlar (özellikle antiaritmik ilaçlar), yapılan girişimler (kardiyoversiyon ve ablasyon gibi), tedavi planını etkileyecek faktörler (antikoagülasyon tedavisi kontrendikasyonları), komplikasyonlar ve eşlik eden diğer hastalıklardır. Tüm bu nedenler ayırıcı tanıda kullanılmalıdır (Görenek, 2010).

Kalp pili takılmış ya da defibrilatör implante edilmiş hastalarda, takılan cihazlarda

kalibrasyon sorunu yoksa bu cihazların veri kayıtları doğrultusunda doğru tanılama yapılabilir. Göğüs grafisi ise pulmoner patolojiyi tanılama da ayrıca pulmoner damarlanmayı değerlendirmede özgün ve yararlıdır. Tanı sürecinde en az bir kez tiroid, böbrek ve karaciğer işlevini değerlendirmek, serum elektrolitlerini ölçmek ve hemogram analizi yapmak önemlidir. Tüm AF tanılarında iki boyutlu doppler ekokardiyografiyle sol atriyum ve sol ventrikül çapı, sol ventrikülün duvar kalınlığı ve işlevi değerlendirilerek, valvüler ya da perikardiyal nedene bağlı hastalıklar ve hipertrofik kardiyomiyopati ekarte edilmelidir (Zabalgoitia ve ark., 1998; Pehlivanoğlu ve ark., 2001; ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu, 2007).

AF çeşitli semptomlara yol açmaktadır, en sık görülen semptom çarpıntıdır. Presenkop, dispne ve halsizlik ise diğer sık görülen semptomlar arasındadır (Topol, 2008). Hastaların çoğu huzursuzluk hissi, atipik göğüs ağrısı, eforla nefes darlığı, halsizlik, keyifsizlik, dengesizlik hissi, baş dönmesi ya da bayılmadan şikayet etmektedirler. Özellikle AF atakları başlarken ya da biterken atriyal natriüretik peptid salınımına bağlı poliüri gelişebilir. Koroner arter hastalığında hızlı ventrikül yanıtı AF ile tipik anjina ortaya çıkabilmektedir. AF'nin ilk başlangıcı embolik bir neden ya da kalp yetmezliği başlangıcı olabilir. Hemodinamik olarak anlamlı mitral darlığı ya da aort darlığı olanlarda hızlı ventrikül yanıtı AF akut akciğer ödemeine neden olabilmektedir (Görenek, 2010).

2.8. Atrial Fibrilasyonda Tedavi

AF tedavisindeki amaç hız kontrolü, sinüs ritminin sağlanması ve tromboembolinin önlenmesidir.

2.8.1. Hız kontrolü

AF' de kalp hızını düşüren ilaçlar dijital preparatlar, kalsiyum kanal blokerleri ve beta blokerleridir. Kalp hızını kontrolünü çabuk sağlamak istiyorsak kalsiyum kanal blokerleri ve beta blokerleri tercih edilebilir. Uzun dönem sinüs ritminin sağlanmasında dijitaler endikedir. Dijitaler ve intravenöz kalsiyum kanal blokerleri, Wolf Parkinson White sendromu ile AF'si olan hastalar da kontrendikedir. AF ve hafif düzey kalp yetmezliği olan hastalar da diltiazem oldukça yararlı olup, konjestif kalp yetmezliği olanlar da ise intravenöz beta blokeri ve kalsiyum kanal blokeri kullanımı kalp yetmezliği tablosunu ağırlaştırmaktadır. Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiotensin reseptör blokerleri, sol atriyal basıncı ve atriyal prematür atımların sayısını azaltarak AF insidansını

düşürür (Bennett, 2008; Crawford, 2017; Griffin, 2014).

2.8.2. Uzun dönem antiaritmik tedavi ve elektrokardiyoversiyon

Hemodinamik problemi olmayanlar ve ilk kez AF atağı geçirenler için spesifik tedaviye gerek yoktur. Ancak sık tekrarlanan ataklarda, kronikleşen tablolarda antiaritmik tedavi önemlidir (Crawford, 2017).

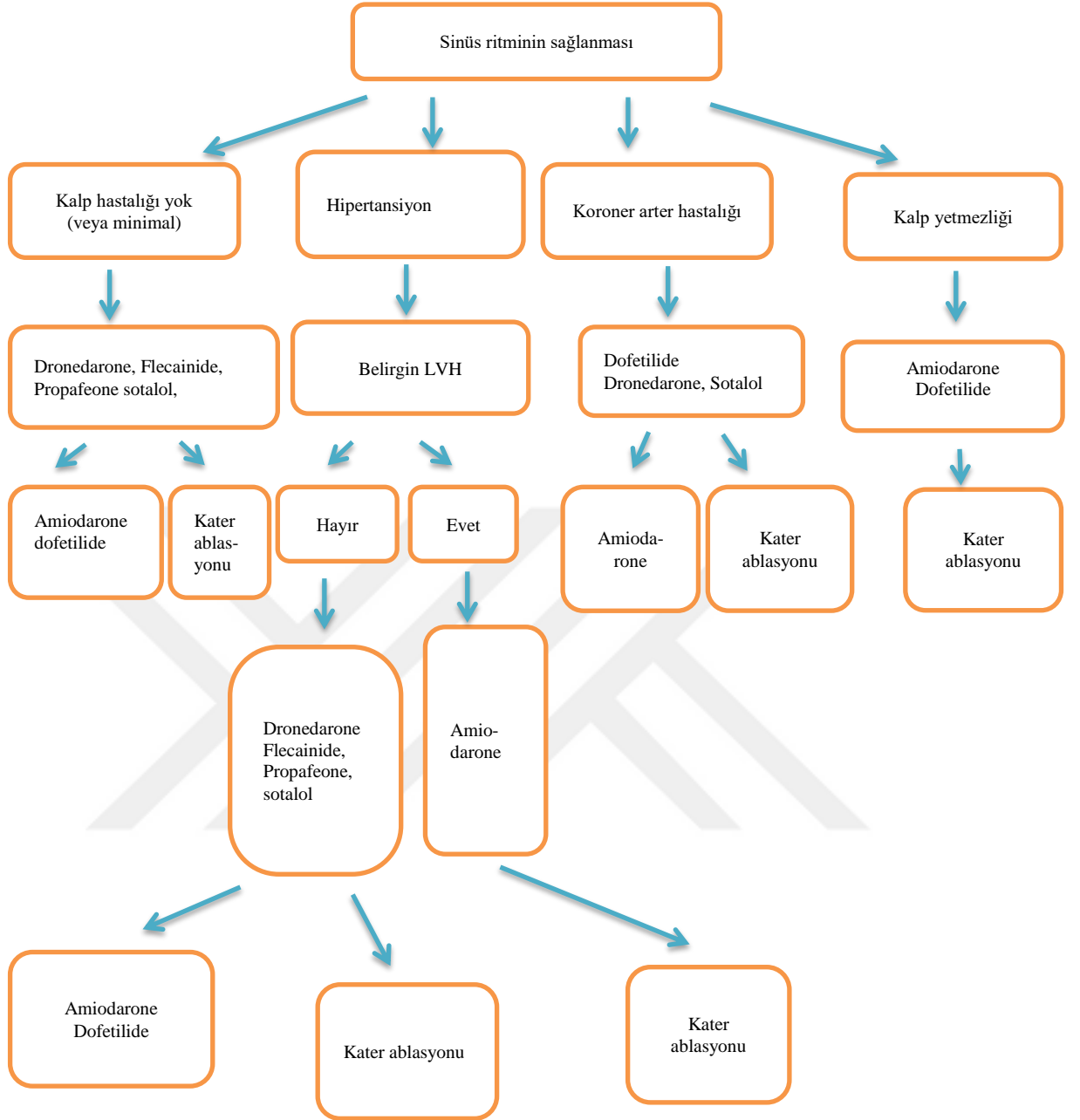
2.8.3. AF için antiaritmik ilaç tedavisi

Yeni başlamış AF' de intravenöz flekainid, propafenon, sotalol ve amiodaron sinüs ritmine çevirme de etkilidir. Konjestif kalp yetmezliği olanlarda dofetilid ve amiodaronun güvenilirliği kanıtlanmıştır. Koroner arter hastalığı ile ilişkili AF'si olanlarda sotalolun kullanımı tavsiye edilmekte, ayrıca sotalolun belirgin yapısal kalp hastalığı, iskemik kalp hastalığı, sol ventrikül hipertrofisi olmadan hipertansiyonu olan AF'li hastalarda kullanımı etkilidir. Ekstrakardiyak etkenler antiaritmik ajan seçiminde önemlidir. Örneğin; böbrek yetmezliğinde sotalol ve dofetilid doz ayarı önemlidir (Bennett, 2008; Crawford, 2017).

AF tedavisinde klinikte en çok amiodarone kullanılmaktadır. Amiodaron bir benzofuran türevidir. İlk sentez edildiği yıllarda antianginal bir ilaç olarak kullanılmış, 1970'li yıllardan sonra antiaritmik özelliği belirlenerek aritmi tedavisinde kullanılmaya başlamıştır (Karaoğuz ve ark., 1997).

Amiodaron ciddi yan etkileri nedeniyle genellikle diğer antiaritmik ilaçların etkisiz olduğu ya da kullanılamadığı durumlarda tercih edilmektedir. Ancak aritmi ile birlikte organik kalp hastalığı, hele sol ventrikül disfonksiyonu bulunan hastalarda çoğu kez ilk tercih ilacı olarak kullanılabilir (Oto, 2003).

Hipertroidi, alkol gibi altta yatan nedenler olduğunda farmakolojik ya da elektriksel kardiyoversiyon hipertiroid hastalarda sıklıkla başarısız olduğundan ötiroid durum sağlanana kadar mecbur kalınmadıkça kardiyoversiyon yapılmaması önerilmektedir. Hipertiroid hastalar da, AF sırasında ventrikül hızının yavaşlatılmasında yüksek dozda beta blokerler oldukça etkilidir. Beta blokerlerin kullanılamadığı durumlarda kalsiyum kanal antagonistleri kullanılabilir. Bir kontrendikasyon olmadığı sürece tromboemboli profilaksisi için oral antikoagülan verilmelidir (Oto, 2003).



Şekil 5. Rekürren proksimal ya da kalıcı atriyal fibrilasyonu olan hastalar da sinüs ritmini korumaya yönelik antiaritmik ilaç tedavisi.

(Kaynak: Wann, S.L., et al. J Am Coll Cardiol 2011; 57[2]:223-42).

2.8.4. Kimyasal kardiyoversiyon

Yeni çalışmalar AF'nin akut konversiyonunda ilaç kullanımı önemi vurgulamaktadır. İntravenöz ibutilid veya dofetilidin yeni başlangıçlı atriyal fibrilasyonlu hastaların %50'sinin sinüs ritmine dönmesinde etkilidirler. İbutilid şiddetli kalp yetmezliği, bradikardisi ve uzamış QT aralığı olan bireylerde kullanılmamalıdır (Crawford, 2017).

2.8.5. Elektiriksel kardiyoversiyon

Kardiyak debiyi artırmak, emboli riskini düşürmek ve sinüs ritmini sağlamak için en az bir kez uygulanmalıdır. Elektriksel kardiyoversiyon önlem alınarak yapılmalıdır. Eğer hastanın rekürren AF'si varsa, şok tedavisinin ardından AF gelişme oranı yüksekliği nedeniyle bu hastalarda kardiyoversiyon öncesi antiaritmik ajan verilmelidir. Başlangıç epizodunda iyi tolere edilen AF mevcutsa doğru akım şokundan önce antiaritmik ajan kullanılmamalıdır. 48 saatten az süren AF'si olan hastalar da doğru akım şoku uygulamak güvenlidir. Fakat 48 saat üzeri AF ritim bozukluğunda emboli riski arttığı için ablasyon ve ablasyon öncesinde antikogülasyon önerilir (Crawford, 2017).

Kardiyoversiyon yapılan hastaların üçte biri 12-24 ay sinüs ritmini sürdürdüğü rapor edilmiştir. Bu nedenle, kardiyoversiyon AF süresi 12 aydan kısa ve aritminin devamına neden olacak ek bir riski olmayan hastalarda yapılmalıdır (Bennett, 2008).

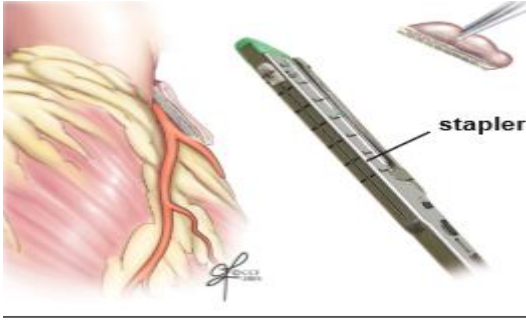
2.8.6. Antikoagölan tedavi

Romatizmal olmayan AF hastalarında serebro vasküler olay riski yılda %4-7'dir. Özellikle yüksek risk grubları olan 75 yaş üstü kadınlar, hipertansiyonu olanlar, kalp yetmezliği, diyabeti ve önceden geçirilmiş, serebro vasküler olay geçirenlerde sinüs ritmi sağlansa bile warfarin kullanımına devam edilmelidir. Lone AF'si olan genç hastalarda emboli riski düşüktür bu sebeple aspirin yeterlidir.

Yeni antikoagölan ilaçlar (YOAK) olan dabigatran, rivaroksaban ve apiksaban grubu ilaçlar yan etki ve güvenli kullanım açısından warfarine eşdeğer hatta üstündür. Bu ajanların warfarine göre avantajı INR takibi gerektirmemesidir (Bennett, 2008; Crawford, 2017).

Son yayınlanan kılavuzda AF'ye bağlı tromboembolinin önlenmesinde antitrombosit tedavi tamamen ortadan kaldırılmış koagülasyon yeni oral antikoagölanlar ile sağlanmaya devam edilmiştir, mekanik kapağı olanlar veya orta-ciddi derecede mitral kapakta darlılığı olanlara ise Vitamin K antagonistleri önerilmiştir (Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu, 2017).

AF'de sol atriymdaki kulak seklindeki dukunun adı apendiksttir. Önemli bir tromboemboli kaynağı olarak belirtilmiştir. Bu riski önlemek için sol atriyum apendiksi stapler kullanılarak cerrahi bir operasyonla kapatılır. (Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu, 2017).



Şekil 6. Sol Atriyal Apendiks Eksizyonu. Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu

(Kaynak: https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/ghs/Turkish%20Guides/129407-Atrial%20Fibrillation-WEB%20GUIDE%20GPS_TR.pdf, Erişim Tarihi: 20.04.18).

2.8.7. Farmakolojik olmayan tedaviler

Kalıcı AF'si olanlarda ventrikül yanıtı kontrol etmek için ilaç tedavisi etkili olmadığı durumlarda AV noda transvenöz radyofrekans ablasyonu (kateter ablasyonu) yapılır. Bu tekniğin sakıncası hastalara pacemaker implantasyonu ve oral antikoagülan tedavi gerektirmesidir (Bennett, 2008; Topol, 2008).

Güncel kılavuzda ablasyon için önerilen enerji türlerinden bir diğeri kriyo enerjidir. Dikkat çekici değişikliklerden bir diğeri ise AF'nin cerrahi ablasyondur. Cerrahi ablasyonu;

1. Açık kalp cerrahisi gereken vakalardaki cerrahi ablasyon: Açık kalp cerrahisi sırasında iki tür AF ablasyonu yapılabiliyor. Birincisi nöbetli AF için cerrahi pulmoner ven izolasyonudur, ikincisi ise sürekli veya uzun süreli olgular da Biatriyal Cox maze işlemidir.
2. Tek başına AF için uygulanan cerrahi ablasyon içinde iki yöntem önerilmiş olup. İlki Torakoskopik pulmoner ven izolasyonu diğeri ise Mini-torakotomi vasıtasıyla yapılan Cox Maze işlemidir. (Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu, 2017).

2.8.8. Akupres

Akupres (Shiatsu), shi=parmak ve atsu=basınç kelimelerinden oluşan, geleneksel Çin tıbbından köken alan akupunktur noktalarına parmak ve avuç içleriyle basınç uygulanarak yapılan bir masaj tekniğidir. Akustimülasyon cihazları kullanılarak enerjinin iç akısını sağlamak ve enerji blokajlarını önlemek için gerçekleştirilen bir uyarma yöntemidir. Akupres'in endorfin, asetilkolin, dopamin, enkefalin gibi hormonların salınımını uyararak kasları gevşetmede ve kan dolaşımını düzenlemede etkisi olduğu belirtilmektedir. Akupres

ile tedavi noninvazif, yöntem olarak kolay uygulanır ve güvenlidir. İyi bir danışmanlıkla hastalar kendilerine güvenle uygulayabilir. Akupres hemşirelik bakımlarında da rahatlıkla tercih edilebilir. (Sungur ve ark., 2009; Sungur ve ark., 2010; Ceyhan, 2012; Hakverdioğlu ve ark., 2006; Başer ve ark., 2015).

Akupresin felsefesi, tüm evrende canlı, cansız her yerde var olan enerji akışları arasındaki birlik, denge ve uyum esasına dayanır. Hastalıkların vücutta enerji meridyeni adı verilen kanallarda dolaşan yaşam enerjisi (Kİ)'nin akımındaki bozukluklar nedeniyle oluştuğu varsayılmaktadır. Akupres ile vücuttaki meridyenler üzerindeki belli noktalar fiziksel basınç yapılarak uyarılır, burda ki amaç bozulan enerji akımının düzeltilmesidir. Vücut bölümlerine göre akupunktur çeşitleri;

- ✓ Vücut akupunkturu
- ✓ Kulak akupunkturu
- ✓ Kafatası akupunkturu
- ✓ El ve ayak akupunkturu şeklindedir.

Noninvaziv akupunktur yöntemleri ise akupres, transkütanöz elektrik stimülasyonu, lazer, moksibüsyon ve çeşitli bilye, tohum ve ped uygulamalarıdır (Başer ve ark., 2015).

2.9. Akupresin Tarihçesi ve Gelişimi

Akupres iğnesiz akupunktur olarak bilinir. Çin' de 500 yıl öncesine ait taş iğnelerle akupunktur uygulandığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Milattan önce (MÖ) 1000 yıllarında Shang hanedanı zamanında arkeolojik bulgular arasında akupunktur iğnelerine rastlanılmıştır. Son zamanlar da yapılan kazılarda elde edilen kanıtlar, bu iğneleri ilk kullananlar arasında Uygur Türklerinin de olduğunu göstermektedir. Akupunkturla ilgili en eski yazılı kaynak, M.Ö 200 yılında Çince olan Sarı İmparator Huang Di Nei Jing ve onun veziri arasında geçen konuşmalar tarzında ele alınan iç hastalıkları kitabıdır. İbn-i Sina 1100 yılların da akupunktur enerji kanalları veya meridyenlerden bahsetmiş, nabız muayenesi yapmış bu yöntem ile hastalıkların teferruatlı bir şekilde teşhis edilmelerini anlatmıştır.

Akupunkturun Avrupa'da kullanılması ise 17. Yüzyılda Pekin'e gönderilen "Cizvit misyonerleri" aracılığıyla'dır. Bu dönemde Çince olan klasik akupunktur kitapları Avrupa dillerine çevrilmiş ve uygulanmıştır. Çin'de 1822'de akupunktur sarayda yasaklanmış, ancak halk arasında yaşamaya devam etmiştir. Mao'nun 1944'de geçmeyen baş ağrıları

akupunkturla şifa bulmuş ve sonrasında yeniden akupunktur gözde olmuştur. Akupunkturun Amerika'ya girmesi ise eski Amerika başkanı Nixon'un 1972'de Çin'e yaptığı gezide Çinli hekimlerin akupunktur tedavisi ve anestezi etkisi hakkında bilgi verip akupunktur uygulamasını göstermesiyle başlamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1979 yılında akupunktur tedavisini bilimsel bir yöntem olarak kabul etmiş ve bugün 80'den fazla hastalıkta akupunktur tedavisinin etkinliğini onaylamıştır. En son 2002 yılında DSÖ deneysel-kontrollü klinik çalışmaları değerlendirerek akupunkturla tedavi edilebilecek hastalıklar listesini güncel hale getirmiştir. Akupunktur bugün 120 ülke de resmi olarak uygulanmaktadır. Başta Fransa, İngiltere, Almanya ve Avusturya olmak üzere birçok batı ülkesinde tıp fakültelerinde akupunktur eğitimi verilmekte olup Avusturya ve Almanya gibi bazı ülkelerde ise akupunktur tedavi masrafları sağlık sigortaları tarafından karşılanmaktadır.

Ülkemizde ise akupunktur yönetmeliği 1999 yılında 20.885 sayılı Resmi Gazete de yayımlanmasıyla birlikte yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik 2002 yılında yeniden düzenlenmiş ve Akupunktur Bilim Kurulu oluşturulmuştur. Bu kurul kimlerin bu tedaviyi uygulayacağı, eğitiminin nasıl olacağı konularını düzenlemiş ve akupunktur eğitimi için çeşitli fakülte ve eğitim hastanelerine yetki verilmiştir (Başer ve ark., 2015).

2.10. Akupreste Organ ve Meridyenler

İnsan vücudunda tanımlanan ve organlara karşılık gelen 12 çift simetrik ana meridyenin olduğu ve bunların dışında ise sekiz ekstra meridyenin de varlığından söz edilmektedir. Oniki ana meridyeni oluşturan organlar; akciğer, perikard, kalp, ince bağırsak, üçlü ısıtıcı (endokrin sistem/enerji dağıtan sistem), kalın bağırsak, dalak, karaciğer, böbrek, mide, safra kesesi ve idrar kesesidir. Ki adı verilen yaşam enerjisi 12 çift meridyen üzerinden düzenli olarak akmaktadır (Ceyhan, 2012; Başer ve ark., 2015).

Tanımlanan organ ve meridyenlerin tümü birbirleriyle aşağıdaki kuralara göre doğrudan veya dolaylı bağlantılı ve ilişkilidir;

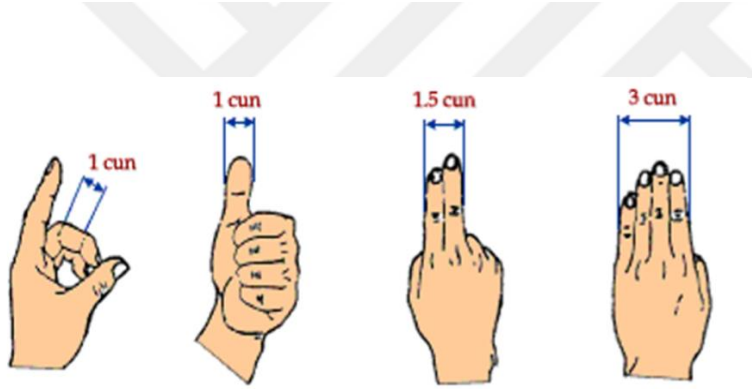
- ✓ Her organ üzerinde akupunktur noktaları bulunan meridyene sahiptir.
- ✓ Vücut yüzeyinde ve vücut içinde seyreden meridyenler birbirleriyle ve organlarla bağlantılıdır.
- ✓ Meridyenlerin fonksiyonu, uygun organ veya ilgili organ gruplarını düzenlemektir (Chernyak ve ark., 2005).

2.11. Akupres Uygulama Noktalarının Belirlenmesi

Meridyenler boyunca 365 klasik nokta yer alır. Akupres noktasının yanlış belirlenmesi istenen etkiyi sağlamaz, bu nedenle dikkatli olunmalıdır. Akupres noktalarını belirlemede üç teknik kullanılmaktadır. Bunlar;

1. Yüzeysel anatomik nirengi noktaları aracılığıyla ölçme,
2. Kemik oranlarının ölçülmesi,
3. Parmak ölçümüdür.

En yaygın kullanılan yöntem parmak ölçümüdür. Parmak ölçümünde bir noktanın diğer bir yere uzaklığı Cun (Sun) denilen ölçü birimi ile yapılmaktadır. Bu birim yaklaşık 2,5 cm karşılığı olup başparmak eni, orta parmak içe doğru kıvrıldığında orta falanks uzunluğu bir Cun olarak kabul edilmekte, elin 4 parmağı ise 3 sundur. Bu ölçüler bireyin kendi parmak ölçüleriyle belirlenir. Çünkü her bireyin parmak kalınlığı farklıdır (Başer ve ark., 2015).



Şekil 7. Bireysel Cun saptamasında kıstas alınan eldeki anatomik ölçüler.

(Kaynak: Biçer, S. (2014). Hemodiyalizde Hipotansiyon Gelişen Bireylere Uygulanan Akupres'in Kan Basıncı Ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri).

2.12. Atrial Fibrilasyonda Etkili Akupres Noktaları

Atrial fibrilasyonu olan hastalarda yapılan çalışmalarda hız ve ritim kontrolünde Neiguan (PC6), Shenmen (HT7) ve Danzhong (CV17) akupunktur noktalarının uyarılmasının etkili olduğu belirtilmiştir (Ceyhan, 2012; Xu et al., 2007).

2.13. Akupres Etki Mekanizması

Akupunkturun etki mekanizmaları hakkında 1960'lardan sonra teoriler üretilmiş, çeşitli çalışmalarla yeni yollar, reseptörler keşfedilmiş ve sonuçta akupunkturun etkileri şu

şekilde sıralanmıştır;

- ✓ Analjezik etki,
- ✓ Homeostatik,
- ✓ Otoimmün etki,
- ✓ Sedatif etki,
- ✓ Psikolojik etki,
- ✓ Motor fonksiyonları iyileştirici etki.

Akupunktur etki mekanizmalarından bazılarını bakıldığında; merkezi sinir sistemindeki depolardan endojen opioid salınımını uyarma, hipotalamik-limbik sistemi modüle ederek ağrıyı önleme, bununla birlikte nörohormonlar ve nörotransmitterlerin salınımında artma (homeostazis, sedasyon ve psikolojik etki) ve kan akımının santral ve periferik regülasyonunda değişmeyi içeren oldukça geniş ölçüde sistemik cevaplar oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca mast hücrelerinden salınan histamin, proinflamatuar sitokinler (IL-1, IL-6, TNF-İ) ve diğer vazoaaktif aminler aracılığıyla hipotalamo-hipofizer- adrenal aksı aktive ederek adrenal korteksten endojen steroidlerin ve IL-10, IFN-İ gibi antiinflamatuar sitokinlerin (lenfosit) salgılanmasını artırır. Bunun yanı sıra lökosit sayısını da artırmaktadır (Ceyhan, 2012; Başer ve ark., 2015).

Yapılan çalışmalarda yüzeysel somatik sinirler üzerinde yer alan akupunktur noktalarının akupres ile uyarılmasının arcuat nükleus'u aktive ettiği belirlenmiştir. Arcuat nükleus'ta opioid, glutamat veya her ikisini de içeren nöronların uyardığı ve bu sayede bu nükleustan köken alan ve ventrolateral periaqueductal gray (PAG) adı verilen beyin bölgesine uzanıp sempatik sistemin kardiyovasküler uyarıcı refleksi düzenlediği belirtilmiştir (Başer ve ark., 2015).

2.14. Akupres Uygulanan Hastalıklar

Akupunkturun tedavi etkisi üç ana başlık altında toplanır. Bunlar;

1. Birçok hastalığın tedavisi
2. Analjezi-anestezi
3. Alışkanlıkların tedavisi'dir.

Akupunktur DSÖ'nün belirlediği tedavi edilebilen hastalıklar listesine göre bazı durumlarda primer tedavi yöntemi bazılarında ise destekleyici tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır (Ceyhan, 2012).

DSÖ'nün belirlediği listeye göre akupunkturla tedavi edilebilen hastalıklar dört gruba ayrılmıştır:

2.14.1. Etkili bir şekilde tedavi edilebilen hastalıklar

Kemoterapi veya radyoterapiye bağlı gelişen yan etkileride, alerjik rinit, minor depresyon, primer dismenore, fasiyal ağrılar, başağrısı, esansiyel hipertansiyon, primer hipotansiyon, diz ağrıları, sırt ve bel ağrıları, kusma ve bulantı, boyun ağrıları, postoperatif ağrılar, diş ağrıları, siyatik, tenisçi dirseği, burkulma ve stroke (inme) (Ceyhan, 2012; Başer ve ark., 2015).

2.14.2. Tedavi edici etkisi olan ancak daha fazla çalışmalara ihtiyaç olan hastalıklar

Abdominal ağrılar, bronşiyal astım, kanser ağrıları, kardiyak nöroz, insüline bağımlı olmayan diyabet, kulak ağrıları, organik olmayan infertilite, fasityal spazm, fibromiyalji ve miyofasiyal enflamasyon, gastrokinetik bozukluk, insomia, doğum sancıları, organik kökenli olmayan erkek seksüel işlev bozukluğu, meniyere hastalığı, nörodermatitis, obezite, polikistik over sendromu, premenstrual sendrom, kronik prostatit, piruritis, radiküler veya pseudodiküler ağrılar, primer raynaud sendromu, refleks sempatik distrofi, travmatik üriner retansiyon, akut omurga ağrıları, boyun tutulması, sigara alışkanlığı (Ceyhan, 2012; Başer ve ark., 2015).

2.14.3. Geleneksel ve diğer bazı tedavilerle tedavisi güç olan ve akupunkturla tedaviden bazen yarar görebilen hastalıklar

Kloazma, renk körlüğü, sağırlık, irritabil kolon sendromu (Ceyhan, 2012; Başer ve ark., 2015).

2.14.4. Monitörize edilmiş ve modern medikal ekipman altında olan ve akupunktur uygulanabilecek hastalıklar

Koma, koroner kalp hastalığı, çocuklarda viral ensefalit, paraliziler vb. (Ceyhan, 2012; Başer ve ark., 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, atriyal fibrilasyonlu hastalara uygulanan akupres'in bazı vital bulgular ve oksijen saturasyonuna etkisini incelemek amacıyla Plasebo-Kontrollü Deneysel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitelerinde 20.02.2018-15.05.2018 tarihleri arasında yapıldı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi üç yoğun bakım, 4 izole oda olmak üzere toplam 27 yataktan oluşmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 20.02.2018-15.05.2018 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitelerine tedavi için başvuran ve yoğun bakıma yatışı yapılarak tedavi edilen atrial fibrilasyonlu hastalar, Araştırmanın örneklem sayısı ise evreni belli gruplarda örneklem belirleme formülü kullanılarak hesaplandı. Bu analize göre, (evren= 110) güvenilirliği % 95 alınarak örneklem sayısı 79 olarak saptandı. Çalışmada her gruba 30 olmak üzere 90 hastaya ulaşılmaya çalışıldı. Araştırmaya katılma kriterlerine uygun 81 hasta ile görüşüldü. Çalışma sırasında yaşanan kayıplar nedeni ile çalışma 69 hasta ile tamamlandı. Evren büyüklüğü 110 ve örneklem büyüklüğü 69 hasta olarak alındığında yapılan güç analizi sonucunda hata payı %6,07 olarak hesaplandı.

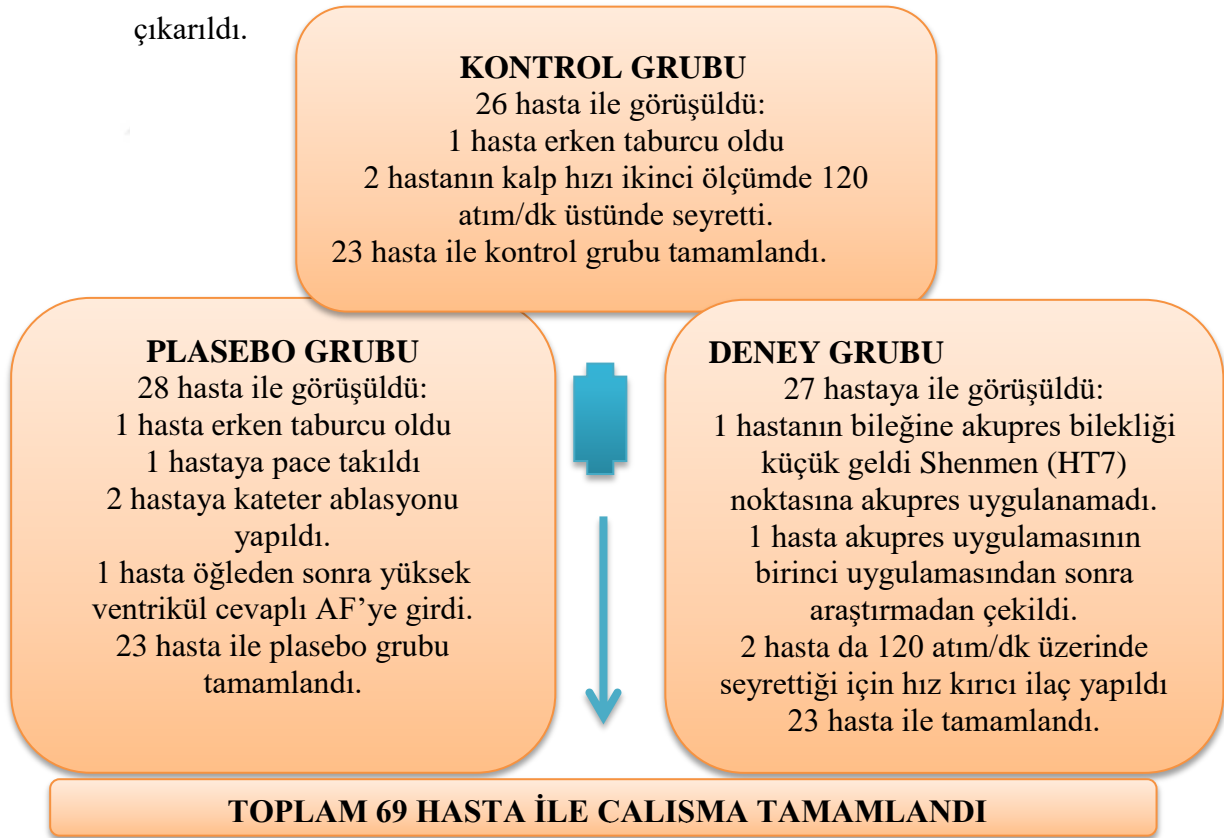
Örnekleme kabul edilme kriterleri;

1. Kronik AF'si olan,
2. Daha önce nörolojik bir hastalık tanısı almamış,
3. Bilinci açık, oryante, koopere,
4. Ritmi 120 atım/dk üstünde ve 70 atım/dk altında olmayan,
5. Çalışmaya katılmayı kabul eden,
6. 18 yaş üstü,

7. İletişim problemi olmayan,
8. Yakın zamanda açık kalp cerrahisi geçirmeyen bireyler alındı.

Örnekleme kabul edilmeme kriterleri;

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
2. İşlemden herhangi bir nedenle ayrılmak isteyen,
3. İşlem esnasında vital bulgularında ciddi veya tehlikeli değişiklik gösteren,
4. Günde iki kez yapılacak olan akupres uygulamasını tamamlayamayıp erken taburcu edilen,
5. Gün içinde iki kez yapılacak olan akupres uygulaması sürecinde herhangi bir tıbbi müdahale (kardiyoversiyon, ablasyon ve hızı kırmaya yönelik ek ilaç tedavisi) yapılmak zorunla kalınan hastalar,
6. Böbrek yetmezliği olan,
7. Karaciğer yetmezliği olan,
8. Hipertroidi olan,
9. Daha önce herhangi bir nörolojik hastalık tanısı alan hastalar örneklemden çıkarıldı.



Şekil 8. Örneklem.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmacı, akupres konusunda uzmanlaşmak üzere 09-10 Şubat 2018 tarihleri arasında Antalya Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği tarafından düzenlenen 16 saatlik teorik ve uygulama dersleri içeren Akupres kursu'na katılarak akupres sertifikası ve 8 saatlik temel EKG kursuna katılarak temel EKG kursu katılım belgesi aldı (EK-7 ve EK-8). Araştırmanın verileri Hasta Tanıtım Formu ve Veri Kayıt Formu kullanılarak toplandı

3.4.1. Veri toplama araçları

- Hasta tanıtım formu

Çalışmaya alınan hastaların cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, kullandığı ilaçlar ve sosyal güvencesi gibi bazı sosyo-demografik özelliklerin kaydedildiği ve araştırmacılar tarafından geliştirilen bir formdur (EK-1).

- Veri Kayıt Formu

Hastaların işlem öncesi ve sonrasında kan basıncı, nabız, solunum sayısı ve oksijen saturasyonu değerlerinin kaydedildiği ve kaydedildiği ve araştırmacılar tarafından geliştirilen bir formdur (EK-2).

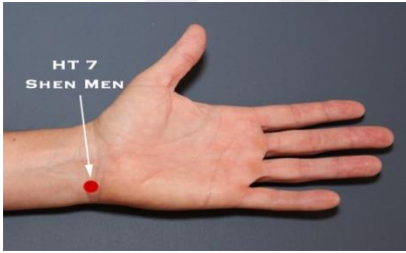
- Akupres Uygulama Basamakları

Aşağıdaki akupres uygulama basamakları uzman görüşü ve literatür (Ceyhan, 2012; Akça, 2011) taraması sonucu oluşturulmuştur.

- ✓ Hastaya araştırma hakkında bilgi verilerek ve çalışma için onam alındı.
- ✓ Akupres uygulama zamanları arasında 6 saat zaman farkı olmasına dikkat edildi.
- ✓ Hastaya aynı gün içinde sabah 09.00 ve öğleden sonra 15.00 olmak üzere iki kez akupres uygulamasının yapılacağı söylendi.
- ✓ Hastaya akupres bilekliği ile basınç uygulanırken hafif ağrı ve basınç hissedeceği ve yapılan akupresten rahatsız olursa işlemi istediği anda sonlandırabileceği söylendi.
- ✓ Akupunktur noktaları her hastanın kendi parmakları kullanılarak belirlendi.

- ✓ Tok mide ile uygulama yapmaktan kaçınmak için yemekten en az 1 saat sonra ya da yemek öncesi uygulama yapıldı.
- ✓ İşlem süresince hastayla iletişim sürdürüldü.
- ✓ Uygulama ortamı uygun ısıda olacak, gürültü olmayacak ve ortam yeterince havalandırılacak.
- ✓ İşlem öncesi eller ılık su ile yıkandı.
- ✓ Uygulama yapılacak bölgenin temiz ve kuru olması sağlandı.
- ✓ Hastaların mahremiyeti korunarak supine pozisyonu verildi.
- ✓ Uygulama öncesinde hastaların akupres bölgelerine 1-2 dakika gevşetme (efloraj) masajı yapıldı.
- ✓ Gevşetme masajından sonra akupres bilekliği Shenmen (HT7) noktasına takılacak, kronometre çalıştırılacak ve 5 dakika sonunda akupres bilekliği çıkarıldı.
- ✓ İşlem sonrası hastaya semifowler ya da hastanın hemodinamik olarak rahat ettiği/edeceği pozisyon verildi.

- Akupres Uygulanan Noktanın Belirlenmesi



Şekil 9. Çalışmada kullanılan Shenmen (HT7) noktası.

(Kaynak: [https://tr.pinterest.com/pin/342203271671618414/.](https://tr.pinterest.com/pin/342203271671618414/))

Shenmen (HT7) noktası, avuç içi yukarı doğru bakarken, flexor carpi ulnaris kas tendonunun radial bölge üzerindeki çukurda yer alır (Başer ve Taşçı, 2015; Çevik, 2001).



Şekil 10. Psibands Bileklik

Kaynak: www.psibands.com, Erişim: 14.10.2018).

Beyaz bombeli kısmı akupunktur noktasına denk gelecek şekilde takılmakta ve o noktaya bası uygulanmaktadır.

- **Çalışmanın uygulama planı**

✓ **Kontrol grubu**

Çalışmaya kontrol grubunun verilerinin toplanması ile başlandı, kontrol grubunu oluşturan 23 hasta tamamlanana kadar veri toplamaya devam edildi. Kontrol grubundaki hastalar ile yüz yüze görüşülerek hasta tanıtım ve veri kayıt formu uygulandı, ardından saat 09:00 da vital bulgu ölçümleri monitörden kayıt edildi. Hiçbir işlem yapılmayan hastaların vital bulguları ve saturasyonu değeri beş dakika sonra tekrar kaydedilerek aynı işlem gün içinde beş dakika aralıklı olmak üzere öğleden sonra saat 15:00 de tekrarlandı. Kontrol grubundaki hastalara akupres ile ilgili herhangi bir bilgilendirme yapılmaksızın sadece vital bulgularının bir araştırma kapsamında ölçüldüğü söylendi.

✓ **Plasebo grubu**

Plasebo grubunun verilerinin toplanmasına kontrol grubunun veri toplama işlemi bittikten sonra başlanmış ve bu grup tamamlanana kadar gelen tüm hastalar plasebo grubunu oluşturmuştur. Plasebo grubuna akupresin ne olduğuna ve neden yapıldığına dair bilgi verilerek akupres uygulamasının etkilerinin vital bulgular ve oksijen saturasyonuna olan etkisinin incelendiği bir çalışma içinde buldukları belirtilmiş ancak uygulamada akupres bilekliği her iki kola ters ve gevşek takılarak Shenmen (HT7) basınç noktasına herhangi bir basınç uygulaması yapılmadan işlem tamamlandı. İlk olarak hasta tanıtım ve veri kayıt formu ile veriler alındı, ardından saat 09:00 da ilk vital bulgular ve saturasyon değerleri

monitörden yazıldı. Akupres bileklikleri her iki kola, herhangi bir basınç uygulamadan Shenmen (HT7) noktasına gevşek ve ters olarak bağlanıp 5 dakika bekledi, değerler yeniden okunarak kaydedildi. Bu işlemler aynı gün içinde öğleden sonra 15:00 de bir kez daha tekrarlandı ve toplamda hastalara iki kez akupres uygulandı.



Şekil 11. Plasebo grubunun akupres bilekliğinin ters ve gevşek bağlanması.

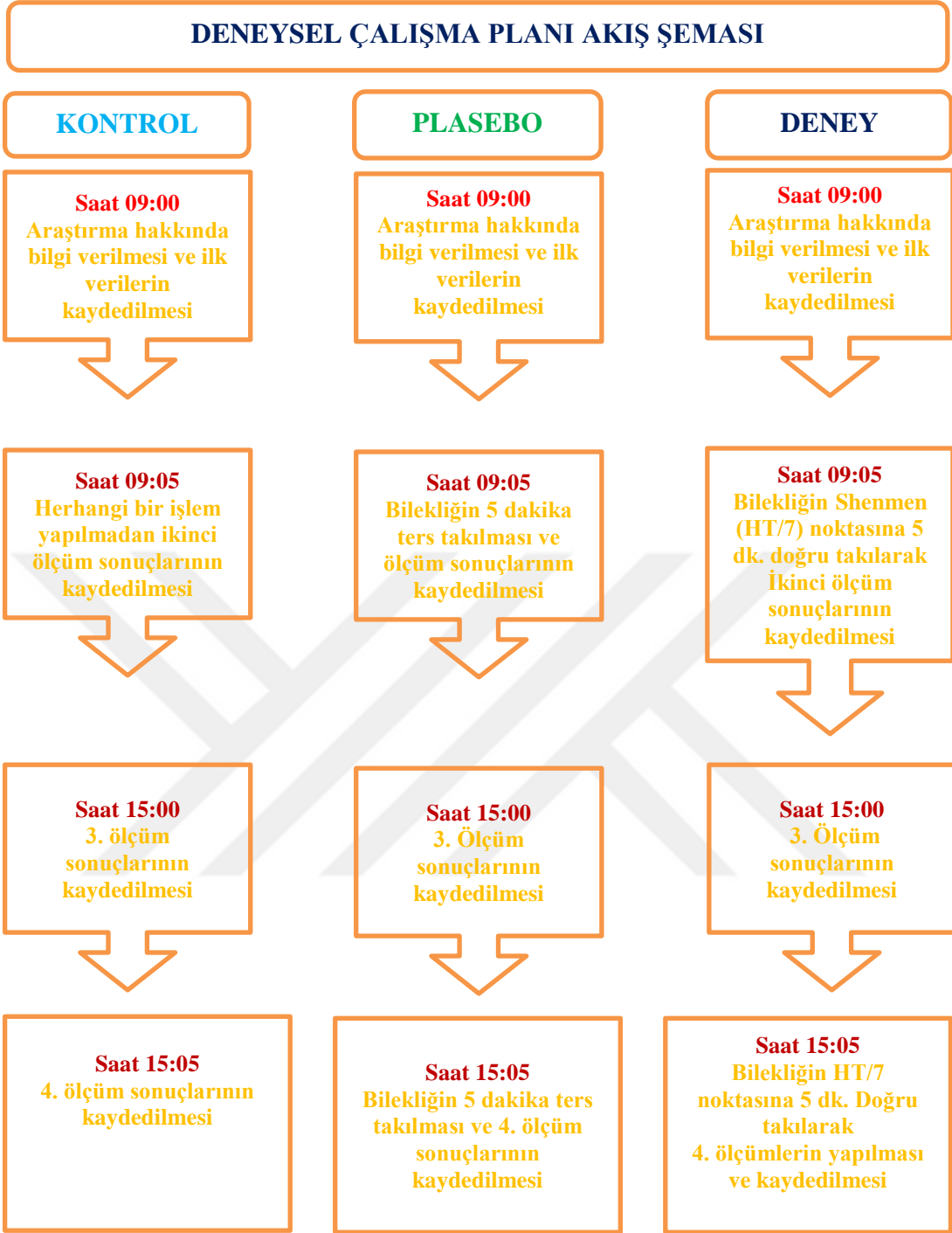
✓ **Deney grubu**

Deney grubunun verilerinin toplanmasına kontrol ve plasebo grubunun verilerinin toplanmasından sonra başlandı. Bu gruba akupresin ne olduğuna ve neden yapıldığına dair bilgi verilerek akupres uygulamasının etkilerinin incelendiği bir çalışma içinde buldukları belirtildi, akupres uygulamasının vital bulgulara ve oksijen saturasyonuna etkisinin incelendiği çalışma ile ilgili bilgiler verildikten sonra Hasta Tanıtım ve Veri Kayıt Formu uygulandı. İlk gün saat 09:00 da monitörden ilk vital bulgular ve oksijen saturasyonu değerleri okundu ve forma kaydedildi. Akupres bileklikleri, her iki kolun basınç noktalarının (Shenmen HT7) belirlenmesinden sonra ayarlanarak doğru bir şekilde her iki kola bağlanarak 5 dakika bekledi. Beş dakikanın sonun da ikinci veriler okundu, veri formuna kaydedildi ve bu işlem aynı gün içinde öğleden sonra saat 15:00 de tekrarlandı. Hastalara toplamda gün içinde iki kez akupres uygulandı. Uygulama seanslarına ve sayısına literatür (Ceyhan, 2012; Cabioğlu ve ark., 2003; Taşpınar, 2006) doğrultusunda karar verildi



Şekil 12. Deney grubunun HT7 noktasına akupres bilekliğinin doğru bağlanması.





Şekil 13. Deneysel Çalışma Planı Akış Şeması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, Kan Basıncı, Nabız, Solunum Sayısı ve Oksijen Saturasyonudur.

- Bağımsız Değişken

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, bazı sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerin yanı sıra akupres uygulamasıdır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 paket programı kullanıldı. Güven aralığı olarak %95 kabul edildi. Alfa 0,05 den küçük değerler anlamlı olarak değerlendirildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama±standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Fisher Ki-Kare Testi, Al Pairwise Karşılaştırmaları (Post Hoc) Ve Wilcoxon testleri kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma yüksek lisans tezi olduğu için verilerin toplanmasındaki sürenin az olması nedeniyle kontrol grubu 23, plasebo 23 ve deney grubu 23 olmak üzere 69 hasta ile çalışılmıştır. Bu araştırmanın sonuçları sadece Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesinde yapıldığı için tüm AF'si olan hastalara genellenemez.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Araştırmanın yürütülebilmesi için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 31 Ocak 2018 tarihinde 18 nolu karar ile etik kurul onayı (EK-3) ve aynı üniversitenin rektörlüğünden gerekli çalışma izni ise 20 Şubat 2018 tarihinde 2451 (EK-4) sayılı kararla alındı. Araştırma uygulamasında hastalara araştırma hakkında açıklamalarda bulunularak onam alındı.

3.9. Araştırma Akış Planı

Tablo 3.8.1. Araştırma Akış Planı.

FAALİYETLER	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	Temmuz 2018	Ağustos 2018	Eylül 2018	Ekim 2018	Kasım 2018	Aralık 2018
Literatür tarama												
Kaynakları tarama ve not alma												
Tez konusunun netleştirilmesi ve geçici plan												
Evren belirleme ve örneklem seçimi												
Derinlemesine görüşmeler ve analizi (seçilen konuya bağlı)												
Deneysel çalışmanın planlanması ve uygulama (seçilen konuya bağlı)												
Anket hazırlama												
Ön uygulama (anket)												
Anketin son şekli												
Araştırma verilerinin toplanması / anket uygulama												
Veri girişi ve analizi												
Tez yazımı												
Tezin SBE'ne teslimi												

4. BULGULAR

4.1. Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

Bu bölümde hastaların cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, meslekleri, gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. AF'li bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n= 69).

Sosyodemografik özellikler		Kontrol		Plasebo		Deney		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	13	37,1	8	22,9	14	40,0	35	50,7	
	Erkek	10	29,4	15	44,1	9	26,5	34	49,3	
Yaş	≤ 40	0	0	0	0	1	4,3	1	1,4	0,185
	41-50	0	0	2	8,7	1	4,3	3	4,3	
	51-60	2	8,7	4	17,4	1	4,3	7	10,1	
	61-70	12	52,2	4	17,4	7	30,4	23	33,3	
	70 ≤	9	39,1	13	56,5	13	56,5	35	50,7	
Medeni durumu	Evli	23	100	23	100	18	78,3	64	92,8	0,009*
	Bekâr/Dul /Boşanmış	0	0	0	0	5	21,7	5	7,2	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	18	78,3	6	26,1	12	52,2	7	10,1	0,002*
	Okuryazar	0	0	2	8,7	5	21,7	36	52,2	
	İlköğretim	4	17,4	6	26,1	3	13,0	13	18,8	
	Ortaöğretim	1	4,3	9	39,1	3	13,0	13	18,8	
Beden kütle indeksi	Normal	9	39,1	2	8,7	9	39,1	20	29,0	0,146
	Fazla Kilolu	5	21,7	8	34,8	6	26,1	19	27,5	
Sağlık güvencesi	Obez	9	39,1	13	56,5	8	34,8	30	43,5	
	Var	23	100	23	100	23	100	69	100	
Meslek	Yok	0	0	0	0	0	0	0	0	0,308
	Ev hanımı	13	56,5	7	30,4	14	60,9	34	49,3	
	İşçi	0	0	1	4,3	0	0	1	1,4	
	Emekli	6	26,1	11	47,8	7	30,4	24	34,8	
	Memur	0	0	1	4,3	0	0	1	1,4	
Çalışma durumu	Serbest	0	0	1	4,3	1	4,3	2	2,9	1,000
	Diğer	4	17,4	2	8,7	1	4,3	7	10,1	
	Çalışıyor	1	4,3	1	4,3	2	8,7	4	5,8	
Kiminle yaşıyor	Çalışmıyor	22	95,7	22	95,7	21	91,3	65	94,2	0,429
	Evde yalnız	4	17,4	4	17,4	5	21,7	13	18,8	
	Eş ve çocuklar	17	73,9	18	78,3	13	56,5	48	69,6	
	Diğer aile üyelerle	2	8,7	1	4,3	5	21,7	8	11,6	

*: p<0,01 düzeyinde anlamlı.

Tablo 4.1.1'de AF'li bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Kontrol grubunun %29,4'ünü erkekler, %37,1'ini kadınlar oluşturmuştur. Hastaların %8,7'si 51-60 yaş arası, %52,2'si 61-70 yaş arası ve %39,1'i ise 70 yaş ve üzeri

yaş grubundadır. Kontrol grubundaki hastaların tümü evli olup, %78,3'ünün okuma yazması yok, %17,4'ü ilköğretim %4,3'ü ise ortaöğretim/lise mezunu, %39,1'i normal kilolu, %21,7'si fazla kilolu iken %39,1'i ise obez olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların tümünün sağlık güvencesi vardır. Bu gruptaki hastaların %56,5'i ev hanımı %26,1'i emekli ve %17,4'ü ise diğer çalışma grubuna mensuptur. Kontrol grubundaki hastaların %4,3'ü aktif olarak çalışırken %95,7'si çalışmamaktadır. Bu grubun %17,4'ü evde yalnız, %73,9'u eş ve çocuklarla, %8,7' si ise diğer aile üyeleri ile birlikte yaşamaktadır.

Plasebo grubunun %44,1'i erkeklerden, %22,9'u kadınlar oluşmuştur. Hastaların %8,7'si 41-60 yaş arası, %17,4'ü 51-60 yaş arası, %17,4'ü 61-70 yaş arası ve %56,5 ise 70 yaş ve üzeridir. Bu grubunda tümü evlidir. Plasebo grubunda yer alan hastaların %26,1'inin okuma yazması yok, %8,7'si okuma yazma bilmekte olup %26,1'i ilköğretim %39,1'i ise ortaöğretim/lise mezunudur. Bu grubun %8,7'si normal kilolu, %34,8'si fazla kilolu iken %56,5'i ise obezdir. Bu gruptaki hastaların da tümü sağlık güvencesine sahiptir. Plasebo grubundaki hastaların %30,4'ü evhanımı, %4,3'ü işçi, %47,8'i emekli, %4,3'ü memur, %4,3 serbet ve %8,7'si ise diğer çalışma grubuna mensuptur. Hastaların %4,3'ü aktif olarak çalışırken %95,7'si çalışmamaktadır. Bu hasta grubunun %17,4'ü evde yalnız, %78,3'ü eş ve çocuklarla, %4,3'ü ise diğer aile üyeleri ile birlikte yaşamaktadır.

Deney grubunun 26,5'i erkeklerden, %40'ı kadınlardan oluşmuştur. Hastaların %4,3'ü ≤ 40, %4,3'ü 41-60 yaş arası, %4,3'ü 51-60 yaş arası, %30,4'ü 61-70 yaş arası ve %56,5'i ise 70 yaş ve üzeri grubunda yer almıştır. Deney grubunda yer alan hastaların %78,3'ü evli, %21,7'si ise Bekâr/Dul/Boşanmıştır. Deney grubunda yer alan hastaların %52,2'sinin okuma yazması yok, %21,7'si okuma yazma bilmekte olup %13'ü ilköğretim, %13'ü ortaöğretim/lise mezunudur. Bu grubun %39,1'i normal kilolu, %26,1'i fazla kilolu iken %34,8'i ise obezdir. Deney grubunda yer alan hastaların hepsinin diğer iki grupta olduğu gibi sağlık güvencesi vardır. Hastaların %60,9'u evhanımı, %30,4'ü emekli, %4,3'ü serbet ve %4,3'ü ise diğer çalışma grubuna mensuptur. Deney grubunda yer alan hastaların %8,7'si aktif olarak çalışırken %91,3'ü çalışmamaktadır. Bu hasta grubunun %21,7'si evde yalnız, %56,5'i eş ve çocuklarla, %21,7'si ise diğer aile üyeleri ile birlikte yaşamaktadır.

Tüm grup dikkate alındığında hastaların %49,3 'ini erkekler %50,7'ini kadınlar oluşturmuştur. Hastaların %1,4'ü ≤ 40 yaş, %4,3'ü 41-50 yaş, %10,1'i 51-60 yaş, %33,33 61-70 yaş aralığında ve %50,7'si 70 yaş ve üzeridir. Hastaların %92,8'i evli, %7,2'si Bekâr

/Dul /Boşanmıştır. Hastaların %52,2'si okur-yazar, %10,1'i okur-yazar değil , %18,8'si ilköğretim, %18,8 'i ortaöğretim/lise mezunudur. Hastaların %29'u normal kiloluyken , %27,5'i fazla kilolu, %43,5'i obezdir. Hastaların %100'ünün sağlık güvencesi vardır. Hastaların %49,3'ü ev hanımı, %34,8'i emekli, %1,4'ü memur/işçi, %2,9'ı serbest meslek mensubudur. Hastaların %94,2'si çalışmamaktadır. Hastaların %69,6'sı eşi ve çocuklarıyla, %18,8'i yalnız, %11,6'sı diğer aile üyeleri ile birlikte yaşamaktadır.

Başlangıçta grupların dağılımlarının Akupres uygulaması ile ilgili sonuçlarını etkileyebileceği düşünülen herhangi bir özellik bakımından farklı olup olmadıkları Fischer Kesin Ki-Kare analizleri ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasında öğrenim durumu ($p=0,002$) ve medeni durum ($p=0,009$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ancak bu farklılıkların sonuçlar ile ilgisinin bulunmadığı düşünülmektedir.



Tablo 4.1.2. AF'li bireylerin tıbbi özelliklerine göre dağılımı (n:69)

Tıbbi özellikler		Kontrol		Plasebo		Deney		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Eşlik eden kronik hastalığım	Var	15	65,2	16	69,6	15	65,2	46	66,7	1,000
	Yok	8	34,8	7	30,4	8	34,8	23	33,3	
	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	
Eşlik eden kronik hastalıklar	DM	6	37,5	8	50,0	7	43,8	21	43,8	0,583
	Hipertansiyon	4	25,0	6	37,5	6	37,5	16	33,3	
	Diğer	5	37,5	2	12,5	3	18,8	11	22,9	
	Toplam	15	33,3	16	33,3	16	33,3	48	100	
Kullandığımız ilaçlar nelerdir?	Antikoagülan	19	90,5	17	89,5	19	95,0	55	91,7	0,917
	Antiaritmik	1	4,8	1	5,3	1	5,0	3	5,0	
	Diüretik	0	0,0	1	5,3	0	0,0	1	1,7	
	Bronkodilatör	1	4,8	0	0,0	0	0,0	1	1,7	
	Toplam	21	35,0	20	31,7	20	33,3	60	100	
Kontrollerinize düzenli olarak gidermisiniz?	Herzaman	5	21,7	4	17,4	2	8,7	11	15,9	0,023*
	Çoğu zaman	2	8,7	7	30,4	14	60,9	23	33,3	
	Bazen	13	56,5	10	43,5	6	26,1	29	42,0	
	Hiçbir zaman	3	13,0	2	8,7	1	4,3	6	8,7	
	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	
İlaçlarınızı düzenli kullanırmısınız?	Herzaman	12	52,2	7	30,4	8	34,8	27	39,1	0,342
	Çoğu zaman	4	17,4	11	47,8	11	47,8	26	37,7	
	Bazen	6	26,1	4	17,4	4	17,4	14	20,3	
	Hiçbir zaman	1	4,3	1	4,3	0	0,0	2	2,9	
	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	
Diyet programınıza uyuyormusunuz?	Herzaman	4	17,4	0	0,0	0	0,0	4	5,8	0,065
	Çoğu zaman	5	21,7	4	17,4	8	34,8	17	24,6	
	Bazen	9	39,1	12	52,2	12	52,2	33	47,8	
	Hiçbir zaman	5	21,7	7	30,4	3	13,0	15	21,7	
Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	23	100		

*: p<0,05 düzeyinde anlamlı.

Tablo 4.1.2'de AF'li bireylerin tıbbi özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların %65,2'si kronik hastalığa sahipken %34,8'inin herhangi bir kronik hastalığı yoktur. Bu gruptaki hastaların %37,5'inde Diabetes Mellitus, %25'inde Hipertansiyon ve %37,5'inde ise diğer hastalıklar mevcuttur. Kontrol grubundaki hastaların %90,5'i antikoagülan, %4,8'i antiaritmik ve %4,8'i bronkodilatör ilaç kullanmaktadır. Düzenli olarak kontrole gidermisiniz sorusuna hastaların %21,7'si her zaman, %8,7 çoğu zaman, %56,5'i bazen ve %13'ü hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların %52,2'si her zaman, %17,4'ü çoğu zaman, %26,1'i bazen, %4,3'ü hiçbir zaman şeklinde cevap vererek ilaç kullanım düzenlerini belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların %17,4'ü her zaman, %21,7'si çoğu zaman, %39,1'i bazen ve %21,7'si ise hiçbir zaman diyetine uymam demiştir.

Plasebo grubundaki hastaların %69,6'sı kronik hastalığa sahipken %30,4'ünün kronik hastalığı yoktur. Hastaların %50'sinde Diabetes Mellitus, %37,5'inde Hipertansiyon ve %12,5'inde ise diğer hastalıklar mevcuttur. %89,5'i antikoagülan, %5,3'ü antiaritmik ve %5,3'ü diüretik ilaç kullanmaktadır. Düzenli olarak kontrole gidermisiniz sorusuna hastaların %17,4'ü her zaman, %30,4'ü çoğu zaman, %43,5'i bazen ve %8,7'si hiçbir

zaman yanıtını vermişlerdir. Plasebo grubundaki hastaların %30,4'ü her zaman, %47,8'i çoğu zaman, %17,4'ü bazen, %4,3'ü hiçbir zaman şeklinde cevap vererek ilaç kullanım düzenlerini belirtmişlerdir. Bu gruptaki hastaların %17,4'ü çoğu zaman, %52,2'si bazen ve %30,4'ü ise hiçbir zaman diyettime uymam demiştir.

Deney grubundaki hastaların %65,2'si kronik hastalığa sahipken %34,8'inin kronik hastalığı yoktur. Bu gruptaki hastaların %43,8'ünde Diabetes Mellitus, %37,5'inde Hipertansiyon ve %18,8'inde ise diğer hastalıklar mevcuttur. Deney grubundaki hastaların %95'i antikoagülan, %5,0'i antiaritmik ilaç kullanmaktadır. Düzenli olarak kontrole gidermisiniz sorusuna hastaların %8,7'si her zaman, %60,9 çoğu zaman, %26,1'i bazen ve %4,3'ü hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir. Deney grubundaki hastaların %39,1'i her zaman, %47,8'i çoğu zaman, %17,4'i bazen şeklinde cevap vererek ilaç kullanım düzenlerini belirtmişlerdir. Hastaların %34,8'i çoğu zaman, %52,2'si bazen ve %13'ü ise hiçbir zaman diyettime uymam demiştir.

Hastaların tümü dikkate alındığında %66,7'si kronik hastalığa sahipken %33,3'ünün kronik hastalığı yoktur. Hastaların %43,8'ünde Diabetes Mellitus, %33,3'ünde Hipertansiyon ve %22,9'unda ise diğer hastalıklar mevcuttur. Hastaların tümünün %91,7'si antikoagülan, %5,0'i, antiaritmik, %1,7'si diüretik, %1,7'si ise bronkodilatör ilaç kullanmaktadır. Düzenli olarak kontrole gidermisiniz sorusuna hastaların %15,9'u Her zaman, %33,3'ü çoğu zaman, %42'si bazen ve %8,7'si hiçbir zaman yanıtını vermiştir. Hastaların %39,1'i her zaman, %37,7'si çoğu zaman, %20,3'ü bazen ve %2,9 hiçbir zaman şeklinde cevap vererek ilaç kullanım düzenlerini belirtmişlerdir. Hastaların %34,8'i çoğu zaman, %52,2'si bazen ve %13'ü ise hiçbir zaman diyettime uymam demiştir.

Grupların "Kontrollerinize düzenli olarak gidermisiniz?" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,023). Kontrol grubunda yer alan hastaların daha fazla sayıda her zaman yanıtını verdikleri dikkati çekmektedir.

Tablo 4.1.3. AF'ye İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=69)

AF'ye İlişkin Özellikler		Kontrol		Plasebo		Deney		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastaneye geldiğinizde aşağıdaki durumlardan/şikâyetlerden herhangi birisini yaşadınız mı?	Evet	22	95,7	23	100	23	100	68	98,6	1,000
	Hayır	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	1,4	
Çarpıntı	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	0,431
	Evet	13	56,5	13	56,5	9	39,1	35	50,7	
Yorgunluk	Hayır	10	43,5	10	43,5	14	60,9	34	49,3	0,240
	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	
Solunum sıkıntısı	Evet	16	69,6	10	43,5	12	52,2	38	55,1	0,828
	Hayır	7	30,4	13	56,5	11	47,8	31	44,9	
Nefes darlığı	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	0,805
	Evet	18	78,3	18	78,3	16	69,6	52	75,4	
Sık Terleme	Hayır	5	21,7	5	21,7	7	30,4	17	24,6	0,902
	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	23	100	
Göğüs ağrısı	Evet	17	73,9	19	82,6	19	82,6	55	79,7	0,276
	Hayır	6	26,1	4	17,4	4	17,4	14	20,3	
Bayılma hissi	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	23	100	0,902
	Evet	4	17,4	2	8,7	3	13,0	9	13,0	
Uykusuzluk	Hayır	19	82,6	21	91,3	20	87,0	60	87,0	0,040*
	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	
	Evet	9	39,1	9	39,1	14	60,9	32	46,4	
	Hayır	14	60,9	14	60,9	9	39,1	37	53,6	
	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	
	Evet	4	17,4	2	8,7	3	13,0	9	13,0	
	Hayır	19	82,6	21	91,3	20	87,0	60	87,0	
	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	
	Evet	7	30,4	2	8,7	10	43,5	19	27,5	
	Hayır	16	69,6	21	91,3	13	56,5	50	72,5	
	Toplam	23	33,3	23	33,3	23	33,3	69	100	

*: p<0,05 düzeyinde anlamlı. **: Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.1.3'de AF'ye ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların %95,7'si hastaneye geldiğinde tablo 3'te yer alan durumlardan bir ya da birkaçını yaşadığını belirtmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %4,3'ünün ise herhangi şikâyeti olmadığını belirtmiştir. Bu gruptaki hastaların %56,5'i çarpıntı, %69,6'sı yorgunluk, %78,3'ü solunum sıkıntısı, %73,9'u nefes darlığı, %17,4'ü sık terleme, %39,1'i göğüs ağrısı, %17,4'ü bayılma hissi ve %30,4'ü uykusuzluk yaşadığını belirtmiştir.

Plasebo grubundaki hastaların %100'ü hastaneye geldiğinde belirtilen semptomlardan bir ya da birkaçını yaşadığını belirtmiştir. Plasebo grubundaki hastaların %56,5'i çarpıntı, %43,5'i yorgunluk, %78,3'ü solunum sıkıntısı, %82,6'sı nefes darlığı, %8,7'si sık terleme, %39,1'i göğüs ağrısı, %8,7'si bayılma hissi ve 8,7'si uykusuzluk deneyimlediğini ifade etmiştir. .

Deney grubundaki hastaların da tümü (%100) hastaneye geldiğinde tabloda yer alan semptomlardan bir ya da birkaçını yaşadığını belirtmiştir. Deney grubundaki hastaların %39,1'i çarpıntı, %52,2'si yorgunluk, 69,6'sı solunum sıkıntısı, %82,6'sı nefes darlığı, %13'ü sık terleme, %60,9'u göğüs ağrısı, %13'ü bayılma hissi ve %43,5'i uykusuzluk yaşadığını ifade etmiştir.

Tüm grup dikkate alındığında hastaların %98,6'sı hastaneye geldiğinde yukarı bir ya da birkaç semptom yaşadığını, sadece %1,4'ü herhangi bir şikâyeti olmadığını belirtmiştir. Hastaların %50,7'si çarpıntı, 55,1'i yorgunluk, %75,4'ü solunum sıkıntısı, %79,7'si nefes darlığı, %13'ü sık terleme, %46,4'ü göğüs ağrısı, %13'ü bayılma hissi, %27,5'i uykusuzluk yaşadığını belirtmiştir.

Semptom yaşama durumu bakımından gruplar arasında sadece uykusuzluk probleminin dağılımının anlamlı olduğu ($p=0,040$) saptanmıştır. En fazla sayıda uykusuzluk çeken kişinin bulunduğu grup deney grubudur (10 kişi).



4.2. Deneysel araştırma sonuçları

Tablo 4.1.4. Grupların İşlem Öncesi Değerlerinin Karşılaştırılması

GRUBU	Sabah İşlem Öncesi				
	Kan Basıncı		Nabız	Solunum	SPO2
	Sistol	Diastol			
	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$
KONTROL	132,17±28,59	76,96 ±14,86	80,57± 18,00	18,52±3,68	90,52±3,37
PLASEBO	126,26±19,54	75,17 ±12,69	87,74±23,25	22,83±7,58	92,39±3,65
DENEY	123,78±13,24	71,26± 10,97	84,00±18,19	20,57±8,27	93,61±4,18
KW	0,602	0,323	0,588	0,257	0,003*
GRUBU	Öğleden Sonra İşlem Öncesi				
	Kan Basıncı		Nabız	Solunum	SPO2
	Sistol	Diastol			
	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$
KONTROL	122,39±27,28	71,00±14,95	85,13±19,01	17,35±4,83	91,74±2,88
PLASEBO	122,57±15,38	67,26±11,36	80,48±19,78	20,43±6,21	91,91±3,80
DENEY	123,83±17,24	67,43±10,53	85,26±15,76	22,13±7,89	92,30±5,53
KW	0,792	0,543	0,357	0,041**	0,155

*: $p<0,05$ düzeyinde anlamlı, **: $p<0,01$ düzeyinde anlamlı.

Tablo 4.1.4'te grupların işlem öncesi değerlerinin karşılaştırması görülmektedir. Sabah yapılan işlem öncesi değerleri arasında kontrol ve deney grubunun satürasyon değerleri ($p=0,003$) ve öğleden sonra işlem öncesi değerlerden kontrol ve plasebo grupları arasındaki solunum sayısı ($p=0,04$) farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan post hoc analizler sonucunda farkın kontrol grubundan kaynaklandığı, bu grubun solunum sayısı ve satürasyon değerlerinin deney ve plasebo grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Grupların sabah ve öğleden sonraki işlem öncesi değerler bakımından kontrol grubunun sabahki satürasyon değeri ve öğleden sonraki solunum sayısı hariç olmak üzere; homojen bir dağılım gösterdikleri ve birbirleri ile büyük ölçüde benzer oldukları görülmektedir.

Tablo 4.1.5. Grupların İşlem Sonrası Değerlerinin Karşılaştırılması

Sabah İşlem Sonrası					
GRUBU	Kan Basıncı		Nabız	Solunum	SPO ₂
	Sistol	Diastol			
	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$			
KONTROL	131,04±28,79	70,04±19,09	83,83±18,65	16,09±4,11	90,96±3,35
PLASEBO	127,57±18,13	76,74±15,31	83,91±21,18	23,26±7,82	92,00±4,48
DENEY	120,04±16,44	70,91±10,68	81,04±15,17	22,00±10,03	92,00±4,48
KW	0,191	0,291	0,949	0,002*	0,012*
Öğleden Sonra İşlem Sonrası					
GRUBU	Kan Basıncı		Nabız	Solunum	SPO ₂
	Sistol	Diastol			
	$\bar{X}\pm Sd$	$\bar{X}\pm Sd$			
KONTROL	122,26±24,15	72,13±13,21	83,61±17,57	16,96±4,33	91,65±3,39
PLASEBO	122,91±16,60	69,70±13,46	78,91±17,88	21,35±6,75	91,74±4,07
DENEY	122,78±18,35	70,17±12,34	85,39±12,95	21,57±9,66	92,04±5,46
KW	0,962	0,709	0,140	0,027*	0,379

*: p<0,05 düzeyinde anlamlı.

Tablo 4.1.5’de grupların işlem sonrası değerlerinin karşılaştırması görülmektedir. Sabah işlem sonrası değerler arasında kontrol ve plasebo grubu arasındaki solunum sayısı (p=0,002), kontrol ve deney grubu arasındaki satürasyonda (p=0,012), öğleden sonra ise kontrol grubu ve plasebo arasındaki solunum sayısı (p=0,027) farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan post hoc analizler sonucunda farkın kontrol grubundan kaynaklandığı, bu grubun solunum sayısı ve satürasyon değeri ortalamasınının deney ve plasebo grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Grupların sabah ve öğleden sonraki işlem sonrası değerler bakımından kontrol grubunun sabahki solunum sayısı ve satürasyon değeri, öğleden sonraki solunum sayısı ortalaması hariç olmak üzere; homojen bir dağılım gösterdikleri ve birbirleri ile büyük ölçüde benzer oldukları görülmektedir.

Tablo 4.1.6. Grupların Sabah Yapılan İşlem Öncesi Değerleri İle İşlem Sonrası Değerlerinin Karşılaştırılması

SONUÇLAR	GRUPLAR								
	KONTROL GRUBU			PLASEBO GRUBU			DENEY GRUBU		
	ÖNCE $\bar{X}\pm Sd$	SONRA $\bar{X}\pm Sd$	Z/P	ÖNCE $\bar{X}\pm Sd$	SONRA $\bar{X}\pm Sd$	Z/P	ÖNCE $\bar{X}\pm Sd$	SONRA $\bar{X}\pm Sd$	Z/P
Sistolik Kb	132,17±28,59	131,04±28,79	-0,198/0,843	126,26±19,54	127,57±18,13	-0,015/0,988	123,78±13,24	120,04±16,44	-1,628/0,104
Diastolik Kb	76,96±14,86	70,04±19,09	-1,310/0,190	75,17±12,69	76,74±15,31	-0,472/0,637	71,2±10,97	70,91±10,68	-1,206/0,228
Nabız	80,57±18,00	83,83±18,65	-1,797/0,072	87,74±23,25	83,91±21,18	-1,618/0,106	84,00±18,19	81,04±15,17	-2,248/ 0,025*
Solunum	18,52±3,68	16,09±4,11	-2,339/ 0,019*	22,83±7,58	23,26±7,82	-0,619/0,536	20,57±8,27	22,00±10,03	-1,220/0,222
Oksijen Saturasyonu	90,52±3,37	90,96±3,35	-0,460/0,646	92,39±3,65	92,00±4,48	-0,849/0,396	93,61±4,18	93,74±4,59	-,157/0,875

Tablo 4.1.6’da grupların sabah işlem öncesi değerleri ile işlem sonrası değerlerinin karşılaştırılması görülmektedir. Sabah işlem öncesi ve işlem sonrası değerlerini karşılaştırdığımızda kontrol grubununun solunum sayısı ($p=0,019$) ve deney grubunun nabız değerleri arasındaki ($p=0,025$) farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Sabah saatinde yapılan ölçümde elde edilen diğer değerleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.1.7. Grupların Öğleden Sonra Yapılan İşlem Öncesi Değerleri İle İşlem Sonrası Değerlerinin Karşılaştırılması

SONUÇLAR	GRUPLAR								
	KONTROL GRUBU			PLASEBO GRUBU			DENEY GRUBU		
	ÖNCE $\bar{X}\pm Sd$	SONRA $\bar{X}\pm Sd$	Z/P	ÖNCE $\bar{X}\pm Sd$	SONRA $\bar{X}\pm Sd$	Z/P	ÖNCE $\bar{X}\pm Sd$	SONRA $\bar{X}\pm Sd$	Z/P
Sistolik KB	122,39±27,28	122,26±24,15	-0,548/0,584	122,57±15,38	122,91±16,60	-0,358/0,721	123,83±17,24	122,78±18,35	-0,563/0,573
Diastolik KB	71,00±4,95	72,13±13,21	-0,422/0,673	67,26±11,36	69,70±13,46	-1,593/0,111	67,43±10,53	70,17±12,34	-1,084/0,278
Nabız	85,13±19,01	83,61±17,57	-0,578/0,563	80,48±19,78	78,91±17,88	-0,730/0,466	85,26±15,76	85,39±12,95	-0,081/0,936
Solunum	17,35±4,83	16,96±4,33	-0,239/0,811	20,43±6,21	21,35±6,75	-1,120/0,263	22,13±7,89	21,57±9,66	-0,575/0,566
Oksijen Saturasyonu	91,74±2,88	91,65±3,39	-0,095/0,924	91,91±3,80	91,74±4,07	-0,216/0,829	92,30±5,53	92,00±4,48	-1,033/0,302

KB: Kan Basıncı

Tablo 4.1.7’ de grupların öğleden sonra yapılan işlem öncesi değerleri ile işlem sonrası değerlerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde hastaların bazı sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile araştırma dizaynına göre yapılan akupres uygulamasına bağlı olarak sistolik ve diyastolik kan basıncı, nabız, solunum sayısı ve saturasyonu değerlerinin değişimine ilişkin bulgular tartışıldı.

ACC/AHA/ESC kılavuzun da (2007) ve Alves'in (2009) yaptığı çalışmada erkek hastaların sayısının kadın hastalardan daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada erkeklerin sayısı (%49,3) kadınların (%50,7) sayısından daha az bulundu. Yapılan kardiyolojik araştırmada (Atriyal Fibrilasyon Tedavisi ESC Kılavuzu, 2013) hastaların yaş ortalaması 75-85 bulunmuştur. Bu araştırmada hastaların yarısından fazlası (%50,7) 70 yaş ve üzeridir. Yaş bakımından sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Hastaların medikal tedavi planında inme riskinden dolayı antikoagülan kullanımı önerilmektedir (Crawford, 2017; Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu, 2017). Bu çalışmanın bulguları öneriyi desteklemekte olup hastaların antikoagülan kullanım oranları %91,7'dir. AF de hız kontrolü önlemlidir. Ritim kontrolünün prognoza etkisinin az olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle amaç hız kontrolüdür. Tüm gruplar toplam olarak dikkate alındığında hastaların %5'i antiaritmik ilaç kullanmakta ve bu bilgiyi desteklemektedir. Yapılan bir başka araştırmada ise obez hasta grubunda AF yönetiminin zor olduğu ve kilo verilmesi gerekliliği belirtilmiştir (Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu, 2017). Bu çalışmada hastaların %43,5'i obezdir, bu nedenle sağlıklı AF yönetimi için hastaların kilo vermesi gereklidir.

Sistolik kan basıncı ve diastolik kan basıncı değerleri ile ilgili olarak yapılan istatistiksel analizler sonucunda kontrol, deney ve plasebo grubunun işlemden önceki ve sonraki değeri arasında yapılan akupresin bir etkisi olmamıştır ($p>0.05$). H01 ve H02 hipotezi kabul edilmiştir. Biçer (2014) hipotansif hastalar ile yaptığı çalışmasında yapılan akupresin düşük sistolik kan basıncı ve düşük diastolik kan basıncını normale getirdiğini belirtmiştir. Bu farklılık hasta grubu yöntem, uygulama sayısı ve uygulama noktalarından kaynaklanabilir.

Sabah işlem öncesi ve işlem sonrası değerleri karşılaştırdığımızda deney grubunun nabız değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0,025$). Deney grubunda nabız değerlerinde anlamlı bir düşüş saptanmıştır. H03 hipotezi reddedilmiştir. Ceyhan (2012) yaptığı çalışmada deney grubunda ritim yavaşlatmaya yönelik iyileşme tespit etmiştir. Zhao (2014) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada akupresin kalp atış hızını düşürdüğü ve EKG'nin sinüs ritmine döndüğünü, yapılan başka bir çalışmada ise yine

akupresin nabız hızını azalttığı belirtilmiştir (Biçer, 2014).

Solunum sayısında sabah işlem öncesi ve işlem sonrasındaki değerlerde anlamlı değişiklik olduğu görülmüştür. Fakat anlamlı değişiklik görülen değerler kontrol grubuna ait ve araştırma dizaynının gereği olarak bu gruba hiçbir işlem yapılmamış olduğundan bu değişiklik hiçbir anlam ifade etmemektedir. H04 hipotezi kabul edilmiştir. Çınar (2008) yaptığı çalışma akupresin dispne üzerine etkisini bulamamıştır. Bu çalışmada verilerin tamamı cihazlardan alınmış olup herhangi bir sübjektif ölçüme yer verilmemiştir. Sonuçlarımızın farklı olmasının nedeni çalışmalarda akupres sonrasında verilerin ölçümü için kullanılan yöntemler arasındaki farklılıklar olabilir.

Grupların sabah işlem öncesi değerleri incelendiğinde kontrol ve deney grubunun saturasyon değerlerinin ($p=0,003$) anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur fakat bu değerler işlem öncesi değerler olup hastalara henüz hiçbir müdahalede bulunulmadığından mevcut durumu yansıtması dışında herhangi bir anlamı yoktur. Sabah işlem sonrası değerler karşılaştırıldığında ise kontrol ve deney grubu arasındaki saturasyon değeri farkının ($p=0,012$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu, hem solunum sayısı hem de saturasyon değerlerinin deney grubunda yüksek olduğu, bununla birlikte plasebo grubu ile deney gurubu arasında herhangi anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. H05 hipotezi kabul edilmiştir. Farkın nedeninin akupres uygulaması olduğu söylenemez. Solunum sayısının yüksek olması doğal olarak saturasyonu da yükseltecektir. Bu bakımdan saturasyon yüksekliği de muhtemelen akupres uygulamasından değil solunum sayısının yüksek oluşundan kaynaklanmaktadır. Bu çalışmanın aksine Yüzer (2014) akupresin saturasyon değerini arttırdığını belirtmiştir. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Bu çalışma plasebo-kontrollü-deneysel çalışma olarak dizayn edilmiştir. Verilerin tümü insan ölçümlerinin sübjektif yönünden etkilenememesi için elektronik cihazlar yardımı ile alınmıştır. Hastalara ait nabız, solunum, kan basıncı ve saturasyon değerlerinin tümü cihazlardan okunarak yazılmıştır. Bu bakımdan verilerimizin güvenilir ve tarafsız olduğunu söyleyebiliriz. Literatür ile farklı sonuçlar çıkmasının yapılan diğer çalışmalardaki ölçümlerin bir kısmının insan eli ile yapılmış olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda nabız değerindeki ($p=0,025$) düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu ve kan basıncı, nabız ve oksijen saturasyonu değerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmedi ($p>0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Araştırma bulgularının desteklenmesi için daha geniş örneklem grubunda çalışılması,
- ✓ Başka akupres noktalarına, uzun süreli ve sayıca daha fazla akupres uygulamasını, kapsayan araştırmaların yapılması,
- ✓ Tümü cihaz yardımı ile ölçülen veriler elde etmek üzere çalışma dizayn edilmesi önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

Akça, K. (2011). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara uygulanan akupresin kaşıntı durumuna etkisi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Alessie, M. A., Konings, K. T., Kirchhof, C. J. (1994). Mapping of atrial fibrillation. (In: Olsson SB, Alessie MA, Campbell RW, editors.) Atrial Fibrillation: Mechanisms and Therapeutic Strategies. Futura, 37–49.

Alves C. (2009). Atrial Fibrillation. (Ed: Griffin BP, Topol EJ.) Manual of Cardiovascular Medicine. Philadelphia, 347-364.

Atriyal Fibrilasyon Derneği.

https://www.google.com.tr/search?q=atriyal+fibrilasyon+derne%C4%9Fi&rlz=1C1GGRV_trTR751TR751&oq=atriyal+f&aqs=chrome.4.0j69i59j69i57j69i60j35i39j0.12654j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8, (Erişim Tarihi: 23.04. 2018)

Atriyal Fibrilasyon Hasta Bilgileri.

http://www.afd.org.tr/upresimler/atriyal_fibrilasyon%20_hasta_bilgileri.pdf, (Erişim Tarihi: 09.04.2018).

Atriyal Fibrilasyon Hastalarının Tedavisi İçin ACC/AHA/ESC 2006 Kılavuzu.(2007).

Türk Kardiyoloji Derneği Arş 2007; 3: 76-127
(https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_35_70_76_127.pdf), (Erişim Tarihi: 09.10.18).

Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu. (2010).

Türk Kardiyol Dern Arş 2010; 4: 1-65.
https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_38_80_1_65.pdf, (Erişim Tarihi: 09.10.18).

Atriyal Fibrilasyon Tedavi Kılavuzu. (2010).

https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/ghs/Turkish%20Guides/129407-Atrial%20Fibrillation-WEB%20GUIDE%20GPS_TR.pdf, (Erişim Tarihi: 20.04.18).

Atriyal Fibrilasyon Tedavisi ESC Kılavuzunun 2012 Odaklı Güncellemesi. (2013).

Türk Kardiyol Dern Arş 2013; 3: 53-81.

https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_41_70_53_81.pdf, (Erişim Tarihi: 09.10.18).

Atriyal Fibrilasyon. <http://www.sesric.org/imgs/news/image/865-p-atrial-fibrillation.pdf>,
(Erişim Tarihi: 09.04.2018).

Avrupa Kardiyoloji Derneği 2016 Atriyum Fibrilasyonu Kılavuzu: Yeni ne var?.
(2017). Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45(1):1-4.

Başer, M., Taşçı, S. (2015). Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı Ve Destekleyici Uygulamalar. Ankara: Akademisyen Yayınevi, 205-210.

Bennett, D. H. (2008). Kardiyak Aritmiler Tanı Ve Tedavi İçin Pratik Notlar.(M. Kanadaşı. Çev.) Ankara: Nobel Kitabevi, 33-49.

Biçer, S. (2014). Hemodiyalizde Hipotansiyon Gelişen Bireylere Uygulanan Akupres'in Kan Basıncı Ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Bruce, M., Manolio, T., Kuller, L., Kronmal, R., Cushman, M., Fried, L. Et al. (1997). Incidence of and risk factors for atrial fibrillation in older adults. Circulation, 96: 2455-2461.

Cabioglu, T., Ergene, N. (2003). Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. Tıp Dergisi, 13: 35-40.

Celentano, A., Palmieri, V., Zulati, E., Minno G. (2003). Isolated episodes of atrial fibrillation and acupuncture. Nutr Metab Cardiovasc Dis, 13: 183-184.

Ceyhan Ö. (2012). Atrial Fibrilasyonu Olan Hastalarda Uygulanan Akupres'in Kalp Ritmi Ve Hızına Etkisi İle Yorgunluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Chernyak, G. V., Sessler, D. I. (2005). Perioperative acupuncture and related techniques. Anesthesiology, 102: 1031-78.

Crawford, M.H. (2017). "Current Diagnosis And Treatment" Serisi. (Ç. Erol .Çev.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 141-149.

Çevik, C. (2001). Medikal Akupunktur. Ankara: kuban matbaacılık yayıncılık, 168-171.

Çınar, ř. (2008). Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda El Masajı Ve Akupressur Uygulamasının Anksiyete Ve Maliyete Etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir.

- Feinberg, W. M., Blackshear, J. L., Laupacis, A., Kronmal, K., Har, R. G. (1995)** Prevalence, age distribution and gender of patients atrial fibrillation. Arch Int Med, 155: 469–473. 25
- Go, A. S., Hylek, E. M., Phillips, K.A., Chang, Y., Henault, L.E., Selb, J.V., Singer, D.E. (2001).** Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA, 285:2370–2375.
- Görenek, B. (2010).** Aritmiler Nedenleri, Güncel Tanı Ve Tedavi Yöntemleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 227-287.
- Griffin, B.P. (2014).** Kardiyolojik Hastalıklar El Kitabı (Ç. Erol, E. Atalar Çev.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 424-444
- Güleç, S. (2009).** Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. Türk Kardiyoloji Derneği Araş, 37: 1-10.
- Hakverdioğlu, G., Türk, G. (2006).** Acupressure. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 43-47.
- Hetms, M. J. (1989).** Atrial fibrillation: immediate cardioversion using acupuncture. Medical Acupuncture Journal, 1.
- Kannel, W.B., Wolf, P.A., Benjamin, E.J., Levy, D. (1998) .** Prevalence, incidence, prognosis and predisposing conditions for atrial fibrillation: population- based estimates. Am J Cardiol, 82(8A):2-9.
- Karaoğuz R., Güldal M. (1997).** Ventriküler aritmilerin tedavisinde Amiodaron ve Sotalol'ün yeri. Türk Kardiyol Dem Arş, 25: 45-53
- Oto A. (2003).** Türk Kardiyoloji Derneği Atrial Fibrilasyon Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. 31:12
- Pehlivanoglu, S., Güneş, Y., Özkan, A. A., Enar R. (2001) .** Atrial fibrilasyonda güncel medikal tedavi yaklaşımı. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji, 14: 370-382.
- Renate, B. Schnabel, L., Sullivan, M., Levy, D., Pencina, M.P., Massaro, J.M. et al. (2009).** Development of a Risk Score for Atrial Fibrillation in the Community; The Framingham Heart Study. Lancet. Feb 28; 373(9665): 739–745.

- Shyang-Yun, P. K. S., Dune, S. L. (2006).** Metaanalyses of acustimulations: effects on nausea and vomiting in postoperative adult patients. *Explore*, 2: 202-215.
- Stafford, R. S., Singer, D. E. (1996).** National patterns of warfarin use in atrial fibrillation. *Arch Intern Med*, 156: 2537- 2541.
- Stewart, S., Hart, C.L., Hole, D.J., McMurray, J.J. (2001).** Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. *Heart*, 86:516–521.
- Sungur, G., Tekinsoy, P., Ceyhan, Ö., Taşçı, S., Şahin, S., Göriş, S. (2009).** Hemodiyaliz hastaların evde bakım gereksinimleri. *Nefroloji Hemşireliği*, 17-21
- Sungur, G., Kartın, P.T., Taşçı, S., Ceyhan, O., Göriş, S.(2010).** A qualitative study related to problems experienced during chemotherapy and radiotherapy in women with breast cancer. EONS 7 Spring Convention,15-17 April 2010,The Netherlands, *European Journal of Oncology Nursing Proceedings Book*, 27
- Taspınar A. (2006).** Jinekolojik kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmaüzerine akupresürün etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Topol, E.J., (2008).** Text book of cardiovascular medicine. (Ö. Kozan Çev.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 1050-1068.
- Valaskatgis, P., Macklin, E., Schachter, S., Wayne, P. (2008).** Possible effects of acupuncture on atrial fibrillation and post-herpetic neuralgia. *Acupuncture İn Medicine*, 26: 51-56.
- Vaziri SM., Larson MG., Benjamin EJ., Levy D. (1994).** Echocardiographic predictors of nonrheumatic atrial fibrillation. The Framingham Study. *Circulation*, 89:724-730.
- Wann, S.L. (2011).** *J Am Coll Cardiol* , 57[2]:223-42.
- Wormer, V. M., Lindquist, R., Sendelbach, E. S. (2007) .**The effects of acupuncture on cardiac arrhythmias: A literature review. *Heart&Lung* 37: 425-431.
- XU, H. K., Zhang, Y. F. (2007).** Comparison between therapeutic effects of acupuncture and intravenous injection of amiodarone in the treatment of paroxymal atrial fibrillation and atrial flutter. *Zhongguo Zhen Jiu* 27: 96-98.

Yip, Y. B., Tse, S. H. M. (2004). The effectiveness of relaxation acupoint stimulation and acupressure with aromatic lavender essential oil for non-specific low back pain in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 12: 28-37.

Yüzer, S. (2014). Solunum Sıkıntısı Olan Çocuklarda Uygulanan Akupresör Ve Masajın Solunumu Rahatlatmaya Etkisi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Zabalgoitia, M., Halperin, J. L., Pearce, L. A., Zabalgoitia, M., Blackshear, J.L., Asinger, R. W., Hart, R.G. (1998). Transesophageal echocardiographic correlates of clinical risk of thromboembolism in nonvalvular atrial fibrillation. Stroke prevention in atrial fibrillation investigators. *J Am Coll Cardiol*, 31: 1622–1626.



8. EKLER



EK-1 Hasta Tanıtım Formu

Anket No: (□K□P□D).

HASTA TANITIM FORMU

Siz’i “Atrial Fibrilasyonlu Hastalara Uygulanan Akupres’in Bazı Vital Bulgular ve Oksijen Saturasyonuna Etkisinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken ve sadece araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahsa verilmeyecektir.

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

Hem. Ayşe SOYLU

A-Sosyodemografik Özellikler:

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: 1.□ Erkek 2.□ Kadın
3. Eğitim durumu:
1.□ Okuryazar değil 2.□ Okuryazar 3.□ İlköğretim
4.□ Ortaöğretim 5.□ Üniversite ve üstü
4. Medeni Durum:
1.□ Evli 2.□ Bekâr
5. Sosyal güvencesi var mı?
1.□ Evet 2.□ Hayır
6. Mesleğiniz.
1.□ Ev hanımı 2.□ İşçi 3.□ Emekli
4.□ Memur 5.□ Serbest 6.□ Diğer
7. Çalışma durumunuz nedir?
1.□ Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat)
2.□ Yarım gün ya da belli saatlerde çalışıyorum.
3.□ Çalışmıyorum
8. Birlikte yaşadığınız kişiler?
1.□ Evde yalnız 2.□ Eşimle
3.□ Eşim ve Çocuklar 4.□ Diğer aile üyeleri ile birlikte
9. Boy:..... Kilo:..... BKİ;.....

B-Tıbbi Özellikler

10. Eşlik eden başka kronik hastalığınız var mı?
1.□ Yok 2.□ Var ise 1.□ DM 2.□ HT 3.□ DİĞER:
11. Kullandığınız ilaçlar nelerdir?.....

12. Kontrollerinize düzenli olarak gider misiniz?

1. Her Zaman 2. Çoğu Zaman 3. Bazen 4. Hiçbir Zaman

13. İlaçlarınızı düzenli kullanır mısınız?

1. Her Zaman 2. Çoğu Zaman 3. Bazen 4. Hiçbir Zaman

14. Diyet programınıza uyuyor musunuz?

1. Her Zaman 2. Çoğu Zaman 3. Bazen 4. Hiçbir Zaman

15. Hastaneye geldiğinizde aşağıdaki durumlardan/şikâyetlerden hangisi/lerini yaşadınız?*

Şikâyetleriniz	Evet	Hayır
15.a. Çarpıntı		
15.b. Yorgunluk		
15.c. Solunum Sıkıntısı		
15.d. Nefes Darlığı		
15.e. Terleme		
15.f. Göğüs ağrısı		
15.g. Bayılma hissi		
15.h. Uykusuzluk		

*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.

EK-2 Veri Bulgular ve Oksijen Saturasyonu Kayıt Formu

Saat 09:00

İşlem Öncesi					İşlem Sonrası				
Kan Basıncı		Nabız	Solunum	SPO ₂	Kan Basıncı		Nabız	Solunum	SPO ₂
Diastol	Sistol				Diastol	Sistol			

Saat 15:00

İşlem Öncesi					İşlem Sonrası				
Kan Basıncı		Nabız	Solunum	SPO ₂	Kan Basıncı		Nabız	Solunum	SPO ₂
Diastol	Sistol				Diastol	Sistol			



EK-3 Etik Kurul Karar Formu

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Atriyal Fibrilasyonlu Hastalara Uygulanan Akupresin Baz Vital Bulgular Ve Oksijen Saturasyonuna Etkisinin İncelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	37

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	KSÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Adres: Kayseri/Kahramanmaraş Yolu Üzeri Avşar Yerleşkesi 46000/ K.MARAŞ
	TELEFON	(0344)3003424
	FAKS	(0344)3003409
	E-POSTA	tipkaek@ksu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Medet KORKMAZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ	Yok			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Can ACIPAYAM
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-3 Etik Kurul Karar Formu Devamı

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2017	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	OLGU RAPOR FORMU	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	yok		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	İLAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Başvuru Dilekçesi, Başvuru Formu, Özgeçmişler, BİGOF, Anket Formları							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 18	Tarih: 31.01.2018	Oturum: 2018/03						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, 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. Kök Hücre, doku nakli, organ nakli ve yeni bir cerrahi yöntem ile ilgili çalışmalar ve geleneksel tıp uygulamaları ve tıbbi ürünler ile ilgili çalışmalar için ayrıca Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alınması gerekmektedir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç. Dr. Can ACIPAYAM							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili	Katılım *	İmza		
BASKAN Doç. Dr. Dr. Can ACIPAYAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Ahmet Çağrı AYKAN Başkan Yardımcısı Üye	Kardiyoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	ARAŞTIRMACI
Doç. Dr. Sezen KOCARSLAN Üye	Tıbbi Patoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mete GÜLER Üye	Göz Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Güzen ÖKSÜZ Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aysegül ERDOĞAN Üye	Halk Sağlığı	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selma YAMAN Üye	Biyofizik	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nadire ESER Üye	Farmakoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Adem DOĞANER Üye	Biyoistatistik	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nagihan BİLAL Üye	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Ecz. Dilara Algül DOKUMACI Üye	Eczacı	Dilara Eczanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğt.Gör. Ahmet KARATUT Üye	Hukukçu	KSU Pazarlık MYO	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hakan SERBETÇİOĞLU Üye	Mühendis	Mavi-Yeşil Yazılım	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hacı Ömer DOKUMACI Üye	Mühendis	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
SERH(VARSA)									

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Can ACIPAYAM
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**EK-4 Kurum Çalışma İzin Talep Yazısı (Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi)**

13.02.2018

Ksu Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine

Anjio ünitesinde 3283 nolu sicil numarası ile sorumlu hemşire olarak çalışmaktayım. Yüksek lisans öğrencisi olup tez dönemindeyim. **"Atrial Fibrilasyonlu Hastalara Uygulanan Akupres'in Bazı Vital Bulgular ve Oksijen Saturasyonuna Etkisinin İncelenmesi"** adlı çalışmam Kahramanmaraş sütçü imam üniversitesi tıp fakültesi etik kurulundan geçmiştir. Çalışmamı kurumunuz kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde yapmak için izin istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

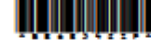
Ayşe SOYLU

Ayşe S.

Dahili No: 3622

EK-5 Kurum Çalışma İzni (Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi)

20/02/2018-E.8233



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 92860489-622.01
Konu : Anket Talebi

Sayın Ayşe SOYLU

İlgi : 13/02/2018 tarihli ve 2451 sayılı yazı,

İlgi yazı ile bildirmiş olduğumuz, Atrial Fibrilasyonlu Hastalara Uygulanan Akupres'in Bazı Vital Bulgular ve Oksijen Saturasyonuna Etkisinin İncelenmesi konulu anket uygulaması talebiniz, çalışma sonucunun bir örneğinin tarafımıza gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzadır
Doç. Dr. İsrail ORHAN
Başhekim

Mevcut Elektronik İmzalar

İSRAFİL ORHAN (Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği - Başhekim) 20/02/2018 15:52

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Avşar Kampüsü, 46100 -
Onikişubat/Kahramanmaraş
Telefon No: +90 (344) 300 40 37 Faks No: +90 (344) 300 40 68
E-Posta: hastane@ksu.edu.tr İnternet Adresi: http://hastane.ksu.edu.tr

Bilgi İçin: Tuba YAĞLICI

Unvan: Memur
Telefon No: 03443004037

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

EK-6 Tez İntihal Raporu

 SANKO ÜNİVERSİTESİ	T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU	TEZ FORM 2b
--	--	--

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Ayşe Anabilim Dalı : Hemşirelik
Soyadı : SOYLU Programı : Hemşirelik Tezli (İç Hast. Hem.)
Öğrenci No : 161101020 Statüsü : Yüksek Lisans Doktora

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Doç. Dr. Medet KORKMAZ

Tez Adı : Atrial Fibrilasyonlu Hastalara Uygulanan Akupres'in Bazı Vital Bulgular ve Oksijen Saturasyonuna Etkisinin İncelenmesi

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	<u>Benzerlik Oranı (%)</u>	<u>Tarih</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	10	11//12/2018
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	10	21//12/2018

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 40 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 10'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR



Duygu ALANGİL
Enstitü Sekreteri
21/12/2018

ACIKLAMA

- *Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.
- *Rapordaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

EK-7 Akupres Sertifikası

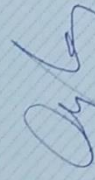





KATILIM BELGESİ

AYŞE SOYLU

5-7 Nisan 2018 tarihleri arasında Gaziantep 'de düzenlenen
"3. ULUSAL DAHİLİ VE CERRAHİ YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ" kapsamındaki
"TEMEL EKG KURSU" na katılmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Kongre Eş Başkanı


Prof. Dr. Nermin OLGUN
Kongre Eş Başkanı

EK- 9 Özgeçmiş



Adı	Ayşe	Soyadı	SOYLU
Doğum yeri	Kahramanmaraş/ Merkez	Doğum tarihi	01.02.1990
E-mail	aysesoyle46@gmail.com		
Üye Olunan Dernekler	Türk Hemşireler Derneği Türk Kardiyoloji Derneği		

Eğitim düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek lisans	Sanko Üniversitesi	2018
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi	2013

İş deneyimi

No	Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
1.	Hemşire	Süleyman demirel üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesi Nöroloji-FTR kliniği	2011-2012
2.	Hemşire	Kahramanmaraş SUAHA Kardiyoloji yoğun bakım ünitesi	2013 -2018
3.	Hemşire (Anjio Ünitesi Birim Sorumlusu)	Kahramanmaraş SUAHA anjio ünitesi	2018..halen

Yabancı Dilleri

No	Girdiği Ulusal Sınav Adı ve Notu	Girdiği Uluslararası Sınav Adı ve Notu
1.	YÖK Dil	60,000

Yayımlar:

- A. Uluslararası/Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

A.1. Soylu D., **Soylu A.**, “Böbrek Nakli Koordinasyonunda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu” 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği kongresi **Sözel Bildiri**, 2-5 Kasım 2017, Antalya

A.2. Soylu D.,**Soylu A.**,Korkmaz M., “ Karaciğer Nakli Bekleyen Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu ”4. Hepato-pankreatobilier cerrahi hemşireliği kongresi **Sözel Bildiri** HS-17, 1 - 4 Kasım 2017, Antalya

A.3. **Soylu A.**, Soylu D, Korkmaz M., “Hipertrofik Obstrüktif Kardiyomiyopati Tedavisinde Yeni Yöntem: Coil Embolizasyonu Ve Hemşirelik Bakımı-Olgu Sunumu” 3. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi **Sözel Bildiri**, s-13, 3. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, 5-7 Nisan 2018, Gaziantep

A.4. Soylu D, **Soylu A.**, Korkmaz M, Güzel H, Boran ÖF, Bingöl N., Yüzbaşıoğlu MF. “Level Of Job Satisfaction Among Organ Transplant Coordinators And Difficulties Experienced By Them”, **Sözel Bildiri**, İnternetional Transplant Network Congres, 17-21 Ekim 2018, Antalya/Kemer

Katıldığı Seminerler:

1. Liderlik seminerleri- Isparta (2012-2013)
2. Farkındalık seminerleri- Isparta (2012-2013)
3. Süleyman Demirel Üniversitesi 5. Kariyer günleri semineri- Isparta (2012)
4. İletişim semineri- Kahramanmaraş (20-10-2015)
5. Kanser tedavisinde immünoterapi semineri- Gaziantep (2017)

Katıldığı Kurslar:

1. Diksiyon eğitimi kursu - Isparta (07.10.2011-09.12.2011)
2. Etkili iletişim kursu- Isparta (Mart 2013)
3. Diksiyon kursu- Isparta (Mart 2013)
4. Hitabet kursu- Isparta (Mart 2013)
5. Pedagojik formasyon eğitimi- Kahramanmaraş (2015-2016 eğitim öğretim yılı)
6. Akupresur kursu - Antalya (10-11 Şubat 2018)
7. Temel Ekg kursu –Gaziantep (5 Nisan 2018)
8. Biyoterapi ve hemşirelik kursu-Antalya (25 Kasım 2018)

Teşekkür ve ödül:

1. Pediatri dersi staj eğitimi süresince gösterilen özveri, Isparta Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi (10.04.2013)
2. Klinik çalışması, hasta yaklaşımı konusunda başarı ve uyum, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Anabilim Dalı Başkanlığı (11.04.2013)
3. Hasta yakını memnuniyeti, hemşirelik mesleğinin kalitesinin artırılmasına verilen katkı, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği (29.11.2016).
4. Hemşirelik haftası, hemşirelik anı yarışması ikincilik ödülü, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü (12.05.2017)

Hobiler: Bisiklete binmek, kitap okumak, yeni yerler ve yeni kültürler keşfetmek, yüzmek, anı ve şiir yazmak.