



T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN

ŞEHİRHASTANESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN, ACİL SERVİSTE
YENİ SAPTANAN ATRİYAL FİBRİLASYON TANILI
HASTALARIN TABURCULUĞUNDA ORAL
ANTİKOAGÜLAN REÇETE ETME KONUSUNDAKİ
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Ercan Koç

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

Nisan, 2022

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR
HASTANESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN, ACİL SERVİSTE
YENİ SAPTANAN ATRİYAL FİBRİLASYON TANILI
HASTALARIN TABURCULUĞUNDA ORAL
ANTİKOAGÜLAN REÇETE ETME KONUSUNDAKİ
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Ercan Koç

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Görkem Alper Solakoğlu

İSTANBUL

Nisan, 2022

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Ercan Koç'un hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN, ACİL SERVİSTE YENİ SAPTANAN ATRİYAL FİBRİLASYON TANILI HASTALARIN TABURCULUĞUNDA ORAL ANTİKOAGÜLAN REÇETE ETME KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

Unvan, Ad, Soyad
Kurumu

Jüri Üyeleri

İMZA

Tez Danışmanı

Dr.Öğr.Üyesi Görkem Alper
Solakoğlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....

Üyeler

.....

.....

.....

Tez Savunma Tarihi: .../.../2022

Yazar Bildirimi

“ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN, ACİL SERVİSTE YENİ SAPTANAN ATRİYAL FİBRİLASYON TANILI HASTALARIN TABURCULUĞUNDA ORAL ANTİKOAGÜLAN REÇETE ETME KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI” isimli uzmanlık tezinde Dr. Ercan KOÇ;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını "Bilgilendirme" bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Nisan, 2022

Dr. Ercan Koç

İmza:

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu tez herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.

Dr. Ercan Koç

4 yıl önce hayatıma girip, her günüme anlam katan, onu tanıdıktan sonra dünyaya farklı gözle bakmama sebep olan, her zorlandığım süreçte sevgisini ve desteğini arkamda hissettiğim sevgili eşim Teslime Koç'a,

Beni büyütüp bugünlere getiren, tüm zorluklarda yanımda olan, sonsuz sevgilerini benden esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim, annem Sabahat Koç ve babam Salim Koç'a

Her başım sıkıştığında soluğu kendisinde aldığım, doğduğum günden bugüne kadar hayatımın her anında yanımda olan ve her zaman yanımda olacağından emin olduğum, sevgili abim Emrah Koç'a,

Çocukluğumdan beri neşeleriyle, ilgileriyle ve sevgileriyle büyüdüğüm abim Mehmet, ablalarım Seda ve Seveda'ya,

İntörnlük dönemimde fakültede tanıyıp eğitiminden faydalandığım, acil tıbbi bana Gaziantep'te sevdiren ve ardından yollarımızın İstanbul'da kesiştiği, saygıdeğer anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Behçet AL'a,

Asistanlık sürecindeki eğitimimde ve sorunlarımın çözümlerinde büyük emeği olan, desteğini ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen hocam Doç. Dr. Kurtuluş AÇIKSARI'ya,

Her hasta visitinde güncel tıbbi gelişmelerden haberdar olmamı sağlayan, hastalara çok farklı açılardan bakmama vesile olan, tez sürecimin her aşamasında başım her sıkıştığında soluğu yanında aldığım ve bıkmadan usanmadan bana yol gösteren sorularımı cevaplayan tez hocam Dr.Öğr.Üyesi Görkem Alper Solakoğlu'na,

Asistanlık eğitim süresinde bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşarak eğitimime katkıda bulunan, tecrübelerinden yararlandığım, hepsi birbirinden kıymetli olan uzmanlarımıza,

Hepsiyle çalışmaktan ayrı ayrı keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire ve yardımcı sağlık personelimize teşekkür ederim.

Dr. Ercan Koç

Teslime'ye, Balım'a ve Müjde'ye...



Özet

ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN, ACİL SERVİSTE YENİ SAPTANAN ATRIYAL FİBRİLASYON TANILI HASTALARIN TABURCULUĞUNDA ORAL ANTİKOAGÜLAN REÇETE ETME KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

AMAÇ: AF ile ilgili güncel kılavuzlar, yüksek riskli AF hastalarına oral antikoagülan ilaç reçete etmeyi önermektedir. Ancak yapılan araştırmalarda acil servis hekimlerinin, yeni saptanan AF hastalarında OAK reçete etme oranları, beklenen seviyelerin oldukça altındadır. Çalışmamızda, acil servis hekimlerinin, yeni saptanan AF tanılı hastaların taburculuğunda oral antikoagülan ilaç reçete etmelerinin önündeki engellerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ortalama yıllık acil başvuru sayısı 250000 olan 3.basamak bir şehir hastanesinde görev yapan 6 acil tıp uzmanını ve 20 acil tıp asistanını içeren toplam 26 katılımcıya, 3 ana bölümden oluşan 26 adet açık uçlu sorunun sorulduğu yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirdik. Bu araştırma nitel bir durum çalışmasıdır. Bu araştırmada durum olarak, acil tıp uzmanı ve asistanlarının, acil serviste yeni saptanan AF hastalarının taburculuğunda oral antikoagülan ilaç başlanmalarına yönelik bakış açıları ele alınmıştır.

BULGULAR: Yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak doktorlarla yapılan görüşmelerden elde edilen metinler tümevarımsal bir yaklaşım izlenerek içerik analizine tabi tutulmuştur. Araştırmamızın tematizasyonu sonrasında 3 ana başlık ortaya çıkmıştır: 1. Acil servisteki AF yönetimi 2. Tromboflaktik yaklaşım 3. Görüş ve tavsiyeler. Kardiyoloji hekimi konsultasyonu, hekimlerin acil servis yönetimindeki en sık başvurdukları yöntem olmuştur. Tromboflakside oral antikoagülan reçete etmeme davranışlarının en sık sebebi olarak, hastaların taburculuk sonrası takip edilmeyeceğine dair endişeler konu edilmiştir. Hekimlerin dile getirdiği en sık görüş ise, sağlık sisteminin revize edilmesiyle, acil servisten taburculuk sonrası erken dönemde kardiyoloji polikliniği, uzun dönemde ise aile hekimliği takibinin, OAK reçete sıklığını artıracağına dair inançtır.

SONUÇ: AF tanılı hastaya yaklaşımda acil servis hekimlerinin rolü daha net çizgilerle belirlenmelidir. Sistem düzeyinde iyileştirmeler yapılmasını, tanı-müdahale-reçete-takip zincirinin oluşturulmasını, doktor eğitiminin artırılmasını içeren kapsamlı bir geliştirmeye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Atrial fibrilasyon, Oral Antikoagülan, Reçete, Acil Servis, Tutum, Davranış

Abstract

ATTITUDES AND BEHAVIORS OF EMERGENCY SERVICE PROVIDERS TO PRESCRIBE ORAL ANTICOAGULANT AT DISCHARGE OF PATIENTS WITH NEW DIAGNOSIS OF ATRIAL FIBRILLATION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

BACKGROUND: Current guidelines on AF recommend prescribing oral anticoagulants to high-risk AF patients. However, in studies conducted, the rate of emergency physicians prescribing OAC in newly diagnosed AF patients is well below the expected levels. In our study, it was aimed to reveal the obstacles preventing emergency physicians from prescribing oral anticoagulant drugs at discharge of newly diagnosed AF patients.

MATERIAL AND METHOD: We conducted semi-structured interviews in which 26 open-ended questions consisting of 3 main sections were asked to a total of 26 participants, including 6 emergency medicine specialists and 20 emergency medicine assistants, working in a tertiary city hospital with an average annual number of emergency admissions of 250000. This research is a qualitative case study. In this study, the perspectives of emergency medicine specialists and their assistants regarding the initiation of oral anticoagulant drugs at the discharge of newly diagnosed AF patients in the emergency department were discussed.

RESULTS: The texts obtained from the interviews with the doctors using a semi-structured interview form were subjected to content analysis by following an inductive approach. After the thematization of our research, 3 main topics emerged: 1. AF management in the emergency department 2. Thromboprophylactic approach 3. Opinions and recommendations. Consultation with a cardiologist has been the most common method used by physicians in the management of the emergency department. Concerns that patients will not be followed up after discharge have been discussed as the most common reason for not prescribing oral anticoagulants in thromboprophylaxis. The most common opinion expressed by physicians is the belief that following the health system, cardiology outpatient clinic in the early period after discharge from the emergency room, and family medicine follow-up in the long term will increase the frequency of OAC prescription.

CONCLUSION: The role of emergency physicians in the approach to patients with AF should be defined with clearer lines. There is a need for a comprehensive development that includes system improvements, establishing the diagnosis-intervention-prescription-follow-up chain, and increasing doctor education.

Keywords: Atrial Fibrillation, Oral Anticoagulant, Prescription, Emergency, Attitude, Behavior

İçindekiler

ŞEKİL LİSTESİ	xii
TABLO LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	3
2.1 ATRİYAL FİBRİLASYON TANIMI	3
2.2 ATRİYAL FİBRİLASYON EPİDEMİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	3
2.3 ATRİYAL FİBRİLASYON MEKANİZMASI VE PATOFİZYOLOJİSİ	4
2.4 ATRİYAL FİBRİLASYON TİPLERİ	5
2.5 ATRİYAL FİBRİLASYONDA TANISAL DEĞERLENDİRME	6
2.6 ATRİYAL FİBRİLASYONDA İNME VE KANAMA RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	7
2.6.1 İNME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	7
2.6.2 KANAMA RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	9
2.7 ATRİYAL FİBRİLASYONDA TROMBOFLAKSİ	12
2.7.1 VİTAMİN K ANTAGONİSTLERİ	12
2.7.2 YENİ NESİL ORAL ANTİKOAGÜLANLAR	12
2.8. ATRİYAL FİBRİLASYONUN ACİL SERVİSTEKİ YÖNETİMİ	14
2.8.1 ATRİYAL FİBRİLASYONDA HIZ KONTROLÜ	15
2.8.2 ATRİYAL FİBRİLASYONDA RİTİM KONTROLÜ	19
GEREÇ VE YÖNTEM	20
VERİLERİN ANALİZİ	23
BULGULAR	26
TARTIŞMA VE SONUÇ	62
5.1 TARTIŞMA.....	62
5.2 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	69
5.3 SONUÇ	70
KAYNAKLAR	71
EKLER	82
EK-1: MÜLAKAT FORMU	82
EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	85
EK-3: ETİK KURUL ONAYI.....	88

Şekil Listesi

ŞEKİL 1: ATRİYAL FİBRİLASYON EKG ÖRNEĞİ.....	31
ŞEKİL 2: NİTEL VERİ ANALİZİNİN DÖNGÜSEL GÖSTERİMİ	31
ŞEKİL 3: NİTEL VERİ ANALİZİNİN MANTIĞI	31



Tablo Listesi

TABLO 1: AF'NİN SINIFLANDIRILMASI	16
TABLO 2: AF İLE İLGİLİ SEMPTOMLARIN SINIFLANDIRILMASI (EHRA SKORU)	18
TABLO 3: CHA2DS2-VASC SKORU	19
TABLO 4: HAS-BLED SKORU	20
TABLO 5: YENİ NESİL ANTİKOAGÜLAN İLAÇLAR	20
TABLO 6: AF HIZ KONTROLÜNDE KULLANILAN İLAÇLAR.....	21
TABLO 7: ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ HEKİMLERİN BAZI DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	21
TABLO 8: ACİL SERVİSTE AF'LI HASTA YÖNETİMİNE İLİŞKİN TUTUMLAR.....	22
TABLO 9: AF'LI HASTALARIN TABURCULUĞUNDA TROMBOFLAKTİK YAKLAŞIM	22
TABLO 10: AF'LI HASTALARIN TEŞHİSİ, TEDAVİSİ VE TAKİBİ KONULARINDA HEKİMLERİN GÖRÜŞ VE TAVSİYELERİ	23

KISALTMALAR

AF	: Atrial Fibrilasyon
OAK	: Oral Antikoagölan
EKG	: Elektrokardiyografi
APS	: Aksiyon Potansiyeli Süresi
ERP	: Efektif Refrakter Periyot
NVAF	: Nonvalvüler AF
VAF	: Valvüler Atrial Fibrilasyon
EHRA	: European Heart Rhythm Association
INR	: International Normalized Ratio
NSAİİ	: Nonsteroid Antiinflatuar İlaç
ASA	: Asetil Salisilik Asit
VKA	: Vitamin K Antagonisti
YOAK	: Yeni Nesil Oral Antikoagölan
EF	: Ejeksiyon Fraksiyonu
SVEF	: Sol Ventrikül Ejeksiyon Fraksiyonu
BNP	: B-tipi natriüretik peptid
DMAH	: Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin
GİA	: Geçici İskemik Atak

GİRİŞ ve AMAÇ

Atriyal fibrilasyon (AF), acil servislerde teşhis edilen en sık kardiyak aritmidir (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılında 1,2 milyon olan AF insidansının, 2030'da 2,6 milyona çıkması, yani iki katından fazla artması beklenmektedir (2). AF, tüm iskemik inmelerin %15 ila %20'sinden sorumludur (3). Amerikan Kalp Derneği, Kalp Ritmi Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından hazırlanan klinik kılavuzların tümü, inmeyi önlemek için oral antikoagülan (OAK) profilaksisini şiddetle tavsiye etmektedir (4,5). CHADS2 skoru ve daha yakın zamanda geliştirilen CHA2DS2-VASc skorları, spesifik risk faktörlerine sahip olan AF'li hastalarda tromboemboli riskini tahmin etmek için geliştirilmiştir (6). Acil servis hekimlerinin, inme riski taşıyan AF hastalarına OAK ilaç başlama sıklığının, kılavuz temelli beklentilerin altında kaldığı iyi bilinmektedir (7). AF hastalarında OAK ilaç başlamak, önemli bir inme önleyici değiştirilebilir faktör olmasına rağmen, acil servis dahil olmak üzere birçok klinik ortamda tromboflaksi yetersiz kalmaktadır (8). Yeni tanımlanmış AF hastalarının %25'i kadarına acil serviste tanı konulmaktadır (9). Ancak bu hastalardan yüksek inme riski taşıyanların sadece %20 ila %60 kadarına oral antikoagülan ilaç reçete edilmektedir (10–12). Ayrıca, yeni saptanmış AF tanısı konulan acil servis hastalarının üçte birinden fazlası 30 gün içinde herhangi bir doktor takibine gitmemekte ve bu da potansiyel hayat kurtarıcı tedaviyi geciktirmektedir (13).

Acil serviste AF yönetimi için oluşturulan kılavuzların, yatan AF hastalarının yönetimi için önerilen kılavuzlara nispeten, validasyonu yeterli değildir (5,14,15). Bu durum, acil serviste AF yönetiminde doktor tutumlarının değişkenliğinin ve potansiyel olarak önlenebilir hastane başvurularının çokluğunun başlıca nedeni olarak gösterilmektedir (16–20). Son yıllarda, acil serviste kapsamlı AF tedavi protokolleri oluşturmak için önemli çabalar harcanmıştır.

Acil serviste saptanan AF tanılı hasta sayısının artışı ve AF'ye bağlı artan mortalite ve morbidite oranları, AF yönetiminde acil servis hekimlerinin, inme proflaksisi konusundaki yaklaşımlarının yakından incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir (21).

Acil serviste yeni saptanan AF tanılı hastalara, kılavuzların önerdiği şekilde oral antikoagülan ilaçların reçete edilmesinin önündeki engellerin belirlenmesinin, ileride gelişebilecek AF ye bağlı inme ve diğer tromboembolik olayların önlenmesinde hayati önem taşıdığı düşüncesindeyiz.

Acil tıp asistanlarının ve uzmanlarının, AF tanısı konulan hastalarda kılavuzları ne derecede kullandıklarını, inme riskini değerlendirme ve bunu önleme konusundaki tutumlarını incelemeye çalıştık. Ayrıca hasta yaklaşımına etki eden faktörleri, oral antikoagülan ilaçları ne sıklıkla kullandıklarını, oral antikoagülan ilaçları reçete etme konusundaki çekincelerini, AF tanılı hastaların ideal yönetiminin nasıl sağlanabileceği konusundaki düşüncelerini öğrenmek istedik.

Bu değerlendirmeyi yaparken, doktorların OAK ilaç yazmak konusunda altta yatan endişelerini, önyargılarını ve buna benzer ölçülemez olan parametreleri incelemekte nicel yöntemlerin yetersiz kalacağını düşündük. Bu sebeple, acil servis hekimlerinin AF tanılı hastaların yönetimindeki tutum ve davranışlarını, nitel bir yaklaşım kullanarak değerlendirmeyi amaçladık.

GENEL BİLGİLER

2.1. ATRİYAL FİBRİLASYON TANIMI

Standart 12 derivasyonlu EKG kaydında veya kalp ritmini gösteren tek derivasyonlu 30 saniyeden uzun EKG kaydında, tekrarlayan P dalgalarının fark edilmemesi ve R-R aralıklarının düzensiz olması, klinik AF için tanı koydurucudur (Şekil 1) (22).



Şekil 1. Atrial Fibrilasyon EKG örneği

2.2 ATRİYAL FİBRİLASYON EPİDEMİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

AF prevalansı ve insidansı dünya genelinde giderek artmaktadır (23). Dünya genelinde yetişkinlerde saptanan en yaygın kardiyak aritmidir (24). Erişkinlerde şu anda tahmini AF prevalansı %2 ile %4 arasındadır ve genel popülasyondaki uzayan ortalama yaşam süresi ve tanı konulmamış AF için yapılan araştırmaların yoğunlaşması nedeniyle prevalansta 2-3 katlık bir artış beklenmektedir (2,23–25). Artan yaş, AF için önemli bir risk faktörüdür, ancak hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, kronik böbrek hastalığı, obezite ve obstrüktif uyku apne sendromu gibi diğer komorbiditelerin artan yükü de AF gelişimine ve ilerlemesine güçlü katkıda bulunur (26–31). Bununla birlikte AF, başka belirti veya semptomlar olmaksızın akut koroner iskeminin nadir görülen bir belirtisi de olabilir. AF, tüm iskemik inmelerin en az %15 ila %20'sinden sorumludur (3).

Atriyal fibrilasyon için 2013 yılında Türkiye’de kapsamlı bir epidemiyolojik araştırma yapılmıştır. AFTER çalışması adı altında yapılan çok merkezli araştırmada, araştırılan hastaların yaş ortalaması $66,8 \pm 12,3$ yıldır. Türk populasyonunda en sık görülen AF tipi, kapak dışı AF (%78) iken, tüm hastaların %81’inde permanent/persistent (inatçı/kalıcı) AF mevcuttur (32). Yine aynı araştırmada AF’li hastaların %60’ı kadındı. Atriyal fibrilasyona en sık eşlik eden hastalık hipertansiyondur (%67). Eşlik eden diğer risk faktörleri ile ilgili olarak hastaların %29’unda kalp yetmezliği, %25’inde damar hastalığı ve %13’ünde sigara kullanımı mevcuttu. Hastaların %15,3’ünde inme, geçici iskemik atak veya sistemik tromboembolizm öyküsü mevcuttu ve hastaların %11,2’sinde kanama bozukluğu öyküsü vardı (32).

2.3 ATRİYAL FİBRİLASYON MEKANİZMASI VE PATOFİZYOLOJİSİ

AF, son derece hızlı olan atriyal hız (350-600 bpm) ve düzensiz ventriküler ritim ile karakterize karmaşık bir aritmidir. Paroksizmal (<7 gün), inatçı (>7 gün), uzun süreli inatçı (>1 yıl ve ritim kontrol stratejisi) veya süresine göre kalıcı olarak sınıflandırılır (5). Sürekli AF, bir tetikleyici ve bir substrat gerektirir. Paroksizmal aritminin başlaması için gereken tetikleyici, çoğunlukla pulmoner damarların kardiyomiyosit kollarında artan elektriksel aktivitenin neden olduğu fokal atriyal ektopidir (33). Pulmoner venden kaynaklanmayan tetikleyiciler, inatçı (persistent) AF’si olan hastalarda daha yaygındır. Hızlı odak aktivitesi veya atriyal yeniden giriş(re-entry), AF’deki birincil sürücü mekanizmalardır. Yeniden giriş mekanizması, özellikle yapısal olarak modifiye olmuş bir atriyumda AF için bir substrat olarak önemlidir (34,35).

Sürekli AF, elektrofizyolojik yeniden şekillenmeye yol açar. Atriyal kardiyomiyosit hücrelerinin zarındaki K^+ ve Ca^{2+} akımlarındaki değişiklikler, aksiyon potansiyeli süresinin (APS) ve efektif refrakter periyodunun (ERP) kısalmasına neden olur (36). Elektrofizyolojik yeniden şekillenme, gecikmiş art depolarizasyonların ve tetiklenen aktivitenin daha yüksek insidansı ile ilişkilidir (37).

Atriyumun özellikle fibrozis ve hipertrofi ile yapısal olarak yeniden şekillenmesi, kalıcı AF gelişmesine zemin hazırlar (38). Yapısal değişim, elektrofizyolojik yeniden şekillenmeden daha uzun sürer. Yaş, hipertansiyon, kardiyak komorbiditeler ve diğer dış stressörler, kulakçıklarda yavaş ama ilerleyici bir yapısal yeniden şekillenmeye neden olur (39). Atriyumdaki bu değişiklikler, fibroblastların aktivasyonu, gelişmiş bağ dokusu birikimi ve fibrozis sebebiyle olur (40).

2.4. ATRİYAL FİBRİLASYON TİPLERİ

Farklı AF sınıflandırmaları önerilmiştir, ancak geleneksel olarak, AF epizodlarının karakterine, süresine ve kendiliğinden sona ermesine bağlı olarak 5 çeşit AF modeli sınıflandırılmıştır (5).

Tablo 1’ de bahsedildiği gibi, AF tipini belirlemek için aritminin başladığı zamanı sorgulamak gerekir.

1.Yeni tanı AF (first diagnosed) 2.Geçici AF (paroxysmal) 3.İnatçı AF (persistent) 4. Uzun süreli persistan AF (long-standing persistent) 5. Kalıcı AF (permanent)

Tablo 1. AF’nin Sınıflandırılması

Persistan (İnatçı) AF	>7 gün fazla devam eden AF veya Kardiyoversiyon gerektiren AF
Uzun süreli Persistan AF	> 12 ay devam eden AF
Permanent (Kalıcı) AF	AF’nin sinüs ritmine döndürülmesine yönelik artık fayda görmediği/görmeyeceğine inanılan, denemelerin sonlandırıldığı AF
Nonvalvüler AF	Mekanik kalp kapağı veya orta-ciddi mitral stenozu olmayan AF’li hastaları tanımlar.

Ayrıca AF, etyolojik faktörlerin var olup olmamasına bakılarak iki farklı grupta tanımlanabilir. Yapısal olarak kalbi normal olan hastalarda, tanımlanabilir bir etiyoloji olmaksızın ortaya çıkabilir. Buna yalnız AF (lone AF) adı verilmektedir. Yalnız AF, toplam AF vakalarının yaklaşık %15'ini oluşturur. AF, akut miyokard enfarktüsü, kalp cerrahisi, perikardit, miyokardit, hipertiroidizm, pulmoner emboli, pnömoni veya diğer akut akciğer hastalığı gibi AF'nin nedeni olabilecek hastalıklar sonucu ortaya çıkarsa, ikincil AF olarak sınıflandırılabilir. AF, romatizmal mitral kapak hastalığı, protez kalp kapağı veya mitral kapak onarımı yokluğunda valvüler olmayan AF (NVAF) olarak adlandırılabilir. Kapak patolojilerinin eşlik ettiği hastalarda ise valvüler AF (VAF) olarak adlandırılır (41).

2.5 ATRİYAL FİBRİLYASYONDA TANISAL DEĞERLENDİRME

AF ile ilgili semptomlar, hiç semptom olmaması durumundan hayat kalitesinin tamamen etkilenmesine kadar geniş bir skalada olduğundan ve ritim kontrolü tedavi kararları (kateter ablasyonu dahil) semptom şiddetinden etkilendiğinden, semptomların şiddeti Avrupa Kalp Ritmi Birliği (EHRA) semptom skalası kullanılarak karakterize edilmelidir (Tablo 2) (42). Ve semptomların (özellikle nefes darlığı, yorgunluk, göğüste rahatsızlık vb. gibi spesifik değilse) AF ile ilişkisi açıklığa kavuşturulmalıdır. Çünkü semptomlar, teşhis edilememiş veya optimal olmayan şekilde yönetilen kardiyovasküler bir hastalığın risk faktörleri veya patolojik durumlarından da kaynaklanmış olabilir (43).

Tablo 2. AF İle İlgili Semptomların Sınıflandırılması (EHRA Skoru)

AF ile ilgili semptomların sınıflandırması (EHRA skoru)	
EHRA sınıfı	Açıklama
EHRA I	"Semptom yok"
EHRA II	"Hafif semptomlar"; normal günlük aktivite etkilenmemektedir.
EHRA III	"Ciddi semptomlar"; normal günlük aktivite etkilenmektedir.
EHRA III	"Özürlülüğe yol açan semptomlar"; normal günlük aktivite gerçekleştirilememektedir.

2.6. ATRİYAL FİBRİLYASYONDA İNME VE KANAMA RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Genel olarak AF, inme riskini beş kat artırır, ancak bu risk, spesifik inme risk faktörlerinin/değişkenlerinin varlığına bağlı olarak homojen değildir. Antitrombotik tedaviye başlarken, potansiyel kanama riskinin değerlendirilmesi gerekir (44).

2.6.1 İnme Riskinin Değerlendirilmesi

Yaygın inme risk faktörleri, klinik risk faktörüne dayalı CHA2DS2-VASc skoru [Konjestif kalp yetmezliği, Hipertansiyon, Yaş>75 olması, Diyabet, İnme, Vasküler hastalık, 65<yaş<74 aralığında olması, Cinsiyet kategorisi (kadın)] içinde özetlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. CHA₂DS₂-VASc Skoru

CHA ₂ DS ₂ -VASc	Skor
Konjestif kalp yetmezliği	1
Hipertansiyon	1
Yaş ≥ 75	2
Diyabetes mellitus	1
İnme/GİA/Tromboemboli	2
Damar hastalığı (geçirilmiş MI, PAH ya da aortik plak)	1
Yaş 65-74	1
Kadın cinsiyet	1

Son ESC kılavuzu da (ESC 2020), 2016 yılında olduğu gibi, AF tanılı hastalarda CHA₂DS₂-VASc skoru 2 ve üzeri olan erkek hastalar ile 3 ve üzeri olan kadın hastalarda oral antikoagülan tedaviyi sınıf 1A düzeyinde önermektedir (24). CHA₂DS₂-VASc skoru 1 olan erkek hastada ve 2 olan kadında ise, sınıf IIaB düzeyinde oral antikoagülan önerisi bulunmakta ve hasta tercihlerinin ve bireysel özelliklerin karar aşamasında göz önünde bulundurulması gerektiği önerilmektedir. Kadın hastalar için 1 ve erkek hastalar için 0 puan alanlara ise antikoagülan tedavi önerilmemektedir (44)

Hasta Merkezli Sonuçlar Araştırma Enstitüsü (PCORI) tarafından yaptırılan, 61 çalışmanın karşılaştırılmasına dayanan, AF hastalarında tromboembolik riski ve kanama riskini öngörmek için mevcut klinik ve görüntüleme araçlarının ve ilişkili risk faktörlerinin tanısal doğruluğu ve klinik karar verme üzerindeki etkisini karşılaştıran sistematik bir incelemede, yazarlar, CHADS₂ (KKY öyküsü, Hipertansiyon öyküsü, Yaş >_75 y, diyabet öyküsü, daha önce inme veya GİA semptomları), CHA₂DS₂-VASc ve ABC risk skorlarının tromboembolik riski öngörmek için en iyi kanıtlara sahip olduğu sonucuna vardılar (45).

Herhangi bir skora dayalı klinik risk faktörü gibi, CHA2DS2-VASc skoru da, tromboembolik olay riski mevcut olan yüksek riskli hastaları belirlemede ve inme önleme tedavisine ihtiyaç duymayan düşük riskli [CHA2DS2-VASc 0 (erkek) veya 1 puan (kadın)] hastaları belirlemede orta düzeyde performans gösterir (44).

Birçok faktör (örneğin yaş,ek hastalık varlığı) için inme riski, düşük, orta veya yüksek risk kategorisinden ziyade bir sürekliliktir. Herhangi bir risk faktörünün varlığı zaman içinde değişebildiğinden, risk faktörleri dinamiktir ve çoklu (sıklıkla değişen) komorbiditeleri olan yaşlı AF popülasyonu göz önüne alındığında, her klinik incelemede inme riskinin yeniden değerlendirilmesi gerekir. Son araştırmalar, risk profilinde değişiklik olan hastaların felç geçirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (46,47).

Kadın cinsiyet, başlı başına bir risk faktörü olmaktan ziyade yaşa bağlı bir inme riski değiştiricisidir (48). Gözlemsel çalışmalar, başka hiçbir risk faktörü olmayan (CHA2DS2-VASc skoru 1) kadınların, CHA2DS2-VASc skoru 0 olan erkeklere benzer şekilde, düşük inme riskine sahip olduğunu göstermiştir (49). Basitleştirilmiş (cinsiyet ihmal edilerek hazırlanmış) CHA2DS2-VASc skoru, AF hastalarında OAK ile ilgili ilk karara rehberlik edebilir, ancak cinsiyet bileşeninin dikkate alınmaması, AF'li olan kadınlarda inme riskini hafife alacaktır (50,51).

2.6.2 Kanama Riskinin Değerlendirilmesi

Atriyal Fibrilasyon için antikoagülan ve antitrombotik tedaviye başlarken, potansiyel kanama riskinin de değerlendirilmesi gerekir. Tromboprolaksi için antikoagülan başlama kararı alınırken, AF'ye bağlı inme riski ile kullanılacak antikoagülan ilaca bağlı majör kanama riskinin arasındaki denge gözetilmelidir. AF hastalarının alınan verilerle oluşturulan risk skorlarından en çok geçerliliği olan skorlamalar; HAS-BLED (Hipertansiyon, Anormal karaciğer/böbrek fonksiyonu, İnme, Kanama eğilimi veya hikayesi, Labil INR, yaşlılık (>65 yaş, zayıflık), İlaç/alkol maruziyeti), HEMORR2HAGES (Karaciğer veya böbrek hastalığı, Alkol

kullanımı, Malignite, yaşlılık (>75 yaş), düşük trombosit sayısı veya fonksiyonu, tekrar eden kanama riski, kontrolsüz hipertansiyon, Anemi, Genetik sebepler, İleri düzeyde inme ve düşme riski) ve ATRIA (Atriyal fibrilasyon ve Antikoagülasyonda Risk faktörleri) (52–54).

Tablo 4’te içeriği tanımlanan HAS-BLED skoru, birçok kohort çalışmasında güvenilirlik açısından test edilmiş ve intrakraniyel kanama gelişme riski ile paralellik göstermiştir. Bu sebeple, oral antikoagülan başlanması planlanan hastada kanama riskinin hesaplanması tüm AF hastaları için önerilir. HASBLED skoru 3 ve 3’ün üzerinde olan hastalarda oral antikoagülan başlanacaksa, hastalar sık aralıklarla takip edilmelidir. Yalnızca HAS-BLED skoruna bakılarak, hastaların OAK tedavisinden vazgeçilmemelidir. HAS-BLED skorunun en önemli yararı, AF takibi yapan hekimlerin, değişken uluslararası normalizasyon oranı (international normalized ratio;INR), NSAİİ/asetilsalisilikasit(ASA) kullanımı, kontrolsüz kan basıncı vb. gibi değiştirilebilir/kontrol altına alınabilir kanama risk faktörleri hakkında düşünmelerini sağlamaktır. Tromboprofilaksi kararı verilen, ciddi kapak patolojisi olmayan olmayan AF’de CHA2DS2- VASc ve HAS-BLED skorlamalarının pratik kullanımı çeşitli büyük çaplı çalışmalarla sık sık test edilmektedir (55).

Tablo 4. HAS-BLED Skoru

HAS-BLED skoru	Puan
Hipertansiyon	1
Böbrek veya karaciğer hastalığı (her biri için 1 puan)	1 veya 2
Inme	1
Kanama öyküsü veya yatkınlık	1
Labil INR	1
Yaş > 65	1
İlaç veya alkol kullanımı (her biri için 1 puan)	1 veya 2

Özellikle, düşme öyküsü OAK kullanımında, kanamanın bağımsız bir öngörücüsü değildir (bir modelleme çalışmasında, bir hastada OAK ile iskemik inmeyi azaltmanın faydalarının ciddi kanama potansiyelinden daha ağır basması için yılda 295 kez düşmesi gerektiğini tahmin etmiştir) (56)

Kanama riski belirleyicileri olarak çeşitli biyobelirteçler önerilmiştir, ancak birçoğu sadece antikoagülan altındaki deneme gruplarında incelenmiştir (ancak kontrol gruplarının hepsinde kanama riski değerlendirmesine ihtiyaç vardır (başlangıçta OAK kullanılmayan, aspirin alan ve OAK kullanılan hastalarda). Ek olarak, biyobelirteçler inme, ölüm, kalp yetmezliği vb. için spesifik olarak öngörüle bulunmazlar (57,58)

Bir çalışmada, biyobelirteç tabanlı ABC kanama risk puanının [Yaş, Biyobelirteçler (GDF-15, cTnT-hs, hemoglobin) ve Klinik öykü (önceki kanama)] , diğer klinik puanlardan daha iyi performans gösterdiği saptanmıştır, ancak başka bir çalışmada ABC kanama skorunun, HAS-BLED skoruna göre uzun vadeli bir avantajı yoktur (59–62). HAS-BLED skoru ise kanama riski düşük olan hastaları daha iyi tanımlamıştır. (HAS-BLED 0-2) (61).

OAK için birkaç mutlak kontrendikasyonlar mevcuttur. Bunlar;

- Aktif ciddi kanama (kaynağın belirlenmesi ve tedavi edilmesi gerektiği durumlarda)
- Kanama ilişkili komorbiditelerin varlığı (örn. şiddetli trombositopeni <50 trombosit/1L, araştırılmakta olan şiddetli anemi, vb.)
- Yakın zamanda yüksek riskli kanama öyküsü (kafa içi kanama, batin içine kanama öyküsü gibi)

İlaç dışı seçenekler bu gibi durumlarda düşünülebilir (63).

2.7. ATRIAL FİBRİLASYONDA TROMBOFLAKSİ

2.7.1. Vitamin K Antagonistleri

1950'lerden beri, bir K vitamini antagonisti (VKA) olan varfarin, NVAF hastalarında temel tromboprofilaktik ajandır (64). Varfarin kullanan hastalarda antikoagülan etkinliği, INR ile takip edilmektedir. Bu ilacın kullanımı dar terapötik aralıkla sınırlıdır ve sık olarak INR izleme ve doz ayarlamaları gerektirir (65). INR değeri 2.00 ile 3.00 aralığında olmalıdır. Bu aralık, inme önleme düzeyi ile hemorajik komplikasyonlar arasındaki yeterli dengeyi oluşturmaktadır (66).

VKA'lar, kontrol grubu veya plasebo ile karşılaştırıldığında, inme riskini %64 oranında, mortaliteyi %26 oranında azaltır. Ve bu ilaçlar, halen dünyanın birçok ülkesinde AF hastalarında kullanılmaktadır. Varfarin, şu anda romatizmal mitral kapak hastalığı ve/veya yapay kalp kapağı olan AF hastalarında güvenliği kanıtlanmış tek tedavidir (67).

Kanama, varfarinin en yaygın yan etkisidir ve varfarin ile tedavi edilen hastaların yaklaşık %40'ında görülür. Klinik pratikte majör kanama oranları yılda yaklaşık %7-8'dir (68). Gözlemsel bir çalışmada, varfarinle ilişkili kanama oranlarının yaşlı yetişkinler arasında %11,8 olduğu ve varfarin tedavisinin ilk 30 günü sırasında en yüksek olduğu saptandı (69). Bu nedenle, varfarin ile tedavi felç riskini %60 ila %70 oranında azaltabilse de, gıda ve ilaç etkileşimleri, kanama, doz ayarlaması ve laboratuvar testleri yoluyla sürekli izleme ihtiyacı nedeniyle kullanımı zahmetli olabilir (64,70).

2.7.2 Yeni Nesil Oral Antikoagülanlar

Son yıllarda, yeni nesil oral antikoagülanlar (YOAK), vitamin k antagonistlerine bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Tablo 5'te özellikleri belirtilen bu ilaçlar iki grupta incelenir. Oral direk trombin inhibitörü olan dabigatran ile oral faktör Xa inhibitörleri olan apiksaban, rivaroksaban ve edoksabandır.

Tablo 5. Yeni Nesil Antikoagölan İlaçlar

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
Mekanizma	Oral direkt trombin inh.	Oral direkt Faktor Xa inh	Oral direkt Faktor Xa inh	Oral direkt Faktor Xa inh
Yarı ömür	12-17 saat	5-13 saat	9-14 saat	10-14 saat
Atılım	%80 renal	%66 KC, %33 renal	%27 renal	%50 renal
Doz	2*150mg	1*20mg	2*5mg	1*60mg
Mekanik kalp kapak veya orta-ciddi mitral stenoz ilk seçenek warfarin (INR 2-3) Dabigatran antagonisti olarak Idarucizumab önerilmektedir (Class1)				

Yapılan faz III klinik denemelerinde bu antikoagölan ilaçlar, non valvüler AF'li hastalarda gözlenen inme/sistemik emboli ve majör kanama oranları açısından varfarine kıyasla en azından eşdeğer etkinlik ve güvenlik göstermiştir (71-74). Örneğin, apiksaban ile varfarini karşılaştıran ARISTOTLE çalışmasında, günde iki kez 5 mg'lık bir dozda apiksaban kullanımı, inmeyi ve sistemik emboliyi önlemede varfarine göre daha üstün bulunmuştur ve daha düşük ölüm oranlarına sahiptir (71).

YOAK'ların farmakolojik özellikleri, tromboembolik riski azaltmada VKA tedavisine göre pratik avantajlara sahiptir. Faktör Xa ve trombinin doğrudan hedeflenmesi, daha hızlı bir etki başlangıcının yanında daha az gıda ve ilaç etkileşimi potansiyeli olan öngörülebilir farmakokinetik ve farmakodinamik etki sağlar. Diyet kısıtlamaları veya rutin pıhtılaşma izlemesi olmadan daha iyi sabit dozlama programlarına izin verir. Bununla birlikte YOAK tedavisinin dezavantajları da vardır. VKA'lardan farklı olarak YOAK'lar böbrek yoluyla elimine edilir; böbrek yetmezliği bu ilaçların etkinliğini etkiler ve ilişkili kanama riskini artırır (69).

Bu nedenle, kreatinin klerensi (CrCl) < 15 mL/dk (apixaban, edoxaban ve rivaroxaban) ve < 30 mL/dk (dabigatran) olan hastalarda YOAK'lar endike değildir (75). YOAK'lar kısa eliminasyon yarı ömrü sebebiyle daha hızlı etki başlangıcına sahiptir. İlacın kesilmesinden yaklaşık 12-24 saat sonra, böbrek fonksiyonunun normal olduğu varsayılarak hemostaz fonksiyonları geri

kazanılır. YOAK kullanan bir hasta, yaşamı tehdit edici olmayan kanama yaşıyorsa, ilacın kesilmesi ve destekleyici tedavi yeterli olmaktadır. Bununla birlikte, hayatı tehdit eden kanama durumunda, YOAK'ların kesilmesine ek olarak, bir antidot uygulanması düşünülmelidir (76). Halihazırda, dabigatranın neden olduğu antikoagülasyonun tersine çevrilmesi için piyasadaki tek antidot ajan olan idarucizumab mevcuttur (77). Bununla birlikte, andexanet alfa adlı preparat, faktör Xa inhibitörü olan ilaçların antidotu olarak klinik öncesi çalışmalarda etkinlik göstermiştir. Benzer şekilde, sentetik bir küçük molekülü panzehir ciraparantag, sıçan modellerinde tüm YOAK'ların antikoagülasyonunun tersine çevrilmesinde etkinlik göstermiştir (78).

2.8. ATRİYAL FİBRİLASYONUN ACİL SERVİSTEKİ YÖNETİMİ

Uluslararası standart kılavuzlar mevcut olmasına rağmen, AF tedavisinin acil servisteki yönetimi hakkında heterojen bir yaklaşım mevcuttur. Acil servise başvuran birçok AF tanılı hasta, güvenli ve etkin ayaktan tedavi için uygundur (21,79–82). AF'nin etkin yönütsel stratejileri, çoğunlukla Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'daki akademik ortamlarda test edilmiştir. Bu stratejiler, erken ritim kontrolü, hız kontrol rejimlerinin başlatılması ve inme profilaksisi için antikoagülasyon başlamayı içerir (21,81).

Acil serviste AF yönetimi, her biri farklı zorluklar sunan farklı aşamalara ayrılabilir (Şekil 1). AF'si olan bir hasta acil servise ilk geldiğinde, yöneten klinisyenler öncelikle AF'nin birincil problem olup olmadığını belirlemelidir. Hastanın mevcut semptomlarına diğer komorbiditelerin (örn., koroner arter hastalığı veya kalp yetmezliği) katkıları, mümkün olduğunca erken ele alınmalıdır. Acil servis ziyaretine yol açan birincil sorunun AF olduğu onaylanırsa, yöneten klinisyenlerin daha sonra hız veya ritim kontrol stratejilerinden hangisinin en uygun olup olmadığına karar vermesi gerekir (83).

Bu karara etki edebilecek faktörler şu şekilde sıralanabilir: hastanın hemodinamik stabilitesi, ele alınması gerekebilecek diğer ciddi tıbbi problemlerin varlığı, hız kontrolünün yeterliliği, yeterli hız kontrolü sağlanmasına rağmen semptomların devam etmesi, hastanın OAK tedavisine adaylığı (83).

2.8.1 Atriyal Fibrilasyonda Hız Kontrolü

Hız kontrolü, AF yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır ve genellikle AF ile ilgili semptomları iyileştirmek için yeterlidir. Hız kontrol tedavisinin en iyi tipini ve yoğunluğunu bildirecek çok az sağlam kanıt mevcuttur (84–86). AF hastalarında optimal kalp hızı hedefi belirsizdir. AFFIRM ve RACE denemelerinde, ventriküler hızı sınırı için 80 ve 110 sınır kabul edilerek çalışılmış ve iki hız için anlamlı klinik sonlanım farkı saptanmamıştır. Bu nedenle, kalp yetmezliği durumundan bağımsız olarak, semptomlar daha sıkı hız kontrolünü gerektirmedikçe, hafif bir hız kontrolü kabul edilebilir bir başlangıç yaklaşımıdır (87–89).

Farmakolojik hız kontrolü, Tablo 16’da belirtildiği gibi; beta blokerler, digoksin, diltiazem, verapamil veya bu ilaçların kombinasyon tedavisi ile sağlanabilir (44).

Ayrıca bazı antiaritmik ilaçlar hız sınırlayıcı özelliklere sahiptir (örn. amiodaron, dronedaron, sotalol), ancak genellikle sadece ritim kontrolü için kullanılmaları gerekir. Hız kontrol ilaçlarının seçimi semptomlara, komorbiditelere ve potansiyel yan etkilere bağlıdır (44).

Beta blokerler, büyük ölçüde daha iyi akut hız kontrolüne dayanan, genellikle birinci basamak hız kontrol edici ajanlardır. İlginç bir şekilde, beta blokerlerin, sinüs ritmine sahip düşük EF’li (ejeksiyon fraksiyonlu) kalp yetmezliği hastalarında görülen prognostik yararı, AF’li hastalarda da sorgulanmıştır (90).

Non-dihidropiridin kalsiyum kanal blokerleri verapamil ve diltiazem, beta blokerlere kıyasla makul hız kontrolü sağlar (91) ve AF ile ilişkili semptomları iyileştirebilir. Korunmuş SVEF’li (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu) AF tanılı hastalardan oluşan çalışmada (92–95), verapamilin ve

diltiazemin, egzersiz kapasitesini koruduğu ve B-tipi natriüretik peptid (BNP) düzeyini azalttığı belirlendi (96,97).

Tablo 6. AF Hız Kontrolünde Kullanılan İlaçlar

İlaç *	IV uygulama	Oral idame dozu	Kontraendikasyon
Metoprolol	2.5 – 5 mg iv bolus, 4 doza kadar	25 – 100 mg 2*1	Akut KY'de ve şiddetli bronkospazmda kontrendikedir
Bisoprolol	–	50 – 400 mg 1*1	Akut KY'de ve şiddetli bronkospazmda kontrendikedir
Atenolol**	–	25 – 100 mg 1*1	Akut KY'de ve şiddetli bronkospazmda kontrendikedir
Esmolol	500 µg/kg iv bolus 1 dkda sonrasında 50 – 300 µg/kg/dk	–	Akut KY'de ve şiddetli bronkospazmda kontrendikedir
Landiolol***	100 µg/kg iv bolus 1 dkda sonrasında 10 – 40 µg/kg/dk	–	Akut KY'de ve şiddetli bronkospazmda kontrendikedir
Nebivolol	–	2,5 – 10 mg 1*1	Akut KY'de ve şiddetli bronkospazmda kontrendikedir

Tablo 6. AF Hız Kontrolünde Kullanılan İlaçlar (devam)

Carvedilol	-	3,125 – 50 mg 2*1	Akut KY'de ve şiddetli bronkospazmda kontrendikedir
Verapamil	2.5 – 10 mg iv 5 dkda	40 mg 2*1den 480 mg'a kadar (uzamış salınım) 1*1	HFrEF'de kontrendike Karaciğer ve böbrek yetmezliğinde dozları ayarlayın
Diltiazem	0.25 mg/kg iv 5 dkda, sonra 5 – 15 mg/sa	60 mg 3*1den 360 mg'a kadar (uzamış salınım) 1*1	HFrEF'de kontrendike Karaciğer ve böbrek yetmezliğinde dozları ayarlayın
Digoxin	0.5 mg iv bolus (bölünmüş dozlarda 24 saatte 0.75 – 1.5 mg)	0.0625 – 0.25 mg 1*1	Yüksek plazma seviyeleri artmış mortalite ile ilişkili Başlamadan önce BFT kontrol edin ve KBY hastalarda dozu ayarlayın
Amiodaron	300 mg iv 250 mL % 5 dex içine 30-60 dk (tercihen santral venöz yolla) ardından 900 – 1200 mg 24 sa iv infüzyon	200 mg 4 hafta boyunca günde 3*1 yükledikten sonra, 200 mg 1*1 (kalp atış hızına göre diğer hız kontrol ilaçlarını azaltın)	Tiroid hastalığı durumunda, başka seçenek yoksa

Digoksin, kalp atış hızını kontrol etmek ve sinüs ritmini eski haline getirmek amacıyla Atrial Fibrilasyonu (AF) olan hastalarda 50 yılı aşkın bir süredir kullanılmaktadır. Son yirmi yılda, birkaç çalışma, digoksinin terapötik kullanımını, artan mortalite ile ilişkilendirmiştir(98–100). Digoksin, genellikle daha düşkün ve komorbitesi olan hastalara reçete edildiğinden, bu bulgu, digoksinin neden olduğu zarardan ziyade, endike hasta seçimi ve

reçete yanlışlığından kaynaklanmış olabilir. Daha düşük dozlarda digoksin daha iyi prognoz ile ilişkili olabilir (101). Bu ortamda digoksinin güvenliğine ilişkin belirsizliklere rağmen, dünya çapında AF için en çok reçete edilen ilaçlardan biri olmaya devam etmektedir.

Amiodaron, ekstrakardiyak yan etkilerine rağmen, farmakolojik olmayan hız kontrolü (atriyoventriküler düğüm ablasyonu ve pacing) için uygun olmayan hastalarda, hızlı ventrikül yanıtı AF hastalarında, kalp hızı, kombinasyon tedavisi ile kontrol edilemediğinde son çare olarak yararlı olabilir (102).

Acil durumlarda, doktorlar her zaman enfeksiyon veya anemi gibi altta yatan nedenleri değerlendirmelidir. Beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleri, hızlı etki başlangıcı ve yüksek sempatik tonda etkinlikleri nedeniyle digoksinde daha öncelikli tercih edilir (103–106). İlaç seçimi ve hedef kalp hızı, hasta özelliklerine, semptomlara, SVEF değerine ve hemodinamiklere bağlı olacaktır, ancak yumuşak bir başlangıç hız kontrol yaklaşımı kabul edilebilir görünmektedir. Kombinasyon tedavisi gerekebilir. Korunmuş SVEF'li hastalarda beta blokerler, dijitaler veya bunların kombinasyonları kullanılmalıdır (107,108). Kritik hastalarda ve ciddi şekilde bozulmuş SV sistolik fonksiyonu olanlarda, i.v. amiodaron kullanılabilir (102,109,110). Stabil olmayan hastalarda acil kardiyoversiyon düşünülmelidir.

Tedavi seçenekleri arasında, atriyoventriküler düğümün ablasyonu ve kalp pili implantasyonu da mevcuttur. Birincil hız kontrolü tedavi yöntemleri başarısız olduğunda, bu yöntemler ventriküler hızı kontrol edebilir. Prosedür nispeten basittir ve önerilen kriterler uygulandığında düşük komplikasyon oranı ve düşük uzun vadeli mortalite riskine sahiptir (111,112). Ancak günümüzde bu yöntemler, rutin uygulamada acil servis hekimleri tarafından uygulanmamaktadır.

2.8.2 Atriyal Fibrilasyonda Ritim Kontrolü

Ritim kontrol stratejisi, sinüs ritmini sağlama ve bunu sürdürme girişimlerini ifade eder. Bu yöntemler; kardiyoversiyon, antiaritmik ilaç ve kateter ablasyonu ile sağlanan yeterli hız kontrolü, antikoagülasyon tedavisi ve kapsamlı kardiyovasküler profilaktik tedavi dahil olmak üzere bu tedavi yaklaşımlarının bir kombinasyonunu içerebilir (113–115).

Akut ritim kontrolü, hemodinamik olarak stabil olmayan bir AF hastasında veya acil olmayan bir durumda acil kardiyoversiyon olarak yapılabilir. Senkronize doğru akım elektriksel kardiyoversiyon, farmakolojik kardiyoversiyondan daha etkili olduğu ve sinüs ritminin hemen restorasyonu ile sonuçlandığı için hemodinamik olarak stabil olmayan AF hastalarında tercih edilen seçimdir (116,117).

Midazolam ve/veya propofol veya etomidat ile tedavi edilen sedasyonlu hastalarda elektriksel kardiyoversiyon güvenle yapılabilir (118). İşlem sırasında kan basıncı takibi ve oksimetre rutin olarak kullanılmalıdır. Bazen cilt yanıkları görülebilir. Kardiyoversiyon sonrası bradikardi durumunda intravenöz atropin veya izoproterenol veya geçici transkütan pacing hazır bulundurulmalıdır. Bifazik defibrilatörler, monofazik defibrilatörlere kıyasla üstün etkinlikleri nedeniyle altın standarttır (119,120). Ön-arka elektrot pozisyonları sinüs ritmini daha etkili bir şekilde geri getirir (116,117), diğer raporlar ise belirli elektrikli ped konumlandırmanın başarılı kardiyoversiyon için kritik derecede önemli olmadığını öne sürer (121).

Farmakolojik kardiyoversiyon, hemodinamik olarak stabil hastalarda endike olan elektif bir prosedürdür. Rutin uygulamada acil servislerde kullanılmamaktadır (122). Acil olmayan kardiyoversiyon, bilinen SA trombüsü varlığında kontrendikedir. Prosedürel tromboembolik risk değerlendirilmeli ve her iki kardiyoversiyon modundan (farmakolojik kardiyoversiyon veya elektriksel kardiyoversiyon) bağımsız olarak prosedürel ve uzun süreli OAK kullanımı düşünülmelidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, İyi Klinik Uygulamalar kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür. Etik kurul onayı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (2021/0498 06.10.2021).

Acil servis hekimlerinin, yeni tanı Atrial Fibrilasyon hastalarının taburculuğunda oral antikoagülan reçete etme konusundaki tutum ve davranışlarının incelenmesinin amaçlandığı bu araştırma nitel bir durum çalışmasıdır. Durum çalışmaları, günümüz dinamiklerini, oluşturulan bir durumla anlamaya odaklanmıştır (123). Durum çalışması modelleri, evrendeki belli bir ünitenin (birey, aile okul, hastane dernek vb.) derinliğine ve genişliğine, kendisini ve çevresi ile olan ilişkilerini belirleyerek, o ünite hakkında bir yargıya varmayı amaçlayan tarama düzenlemeleridir (124). Bu araştırmada, durum olarak, acil tıp uzmanı ve asistanlarının, acil serviste yeni saptanan AF hastalarının taburculuğunda oral antikoagülan ilaç başlanmasına yönelik bakış açıları ele alınmıştır.

Bu çalışma, yıllık acil servis hacmi ortalama 250.000 hasta olan kentsel, üçüncü basamak akademik bir hastanede çalışan acil servis doktorlarının katılımıyla oluşan, yarı yapılandırılmış görüşmeleri kullanan nitel bir çalışmadır. Katılımcı doktorlara, çalışmanın konusu ile ilişkili açık uçlu sorular yöneltilmiştir. Yöneltilen soruların mevcut olduğu mülakat formu Ek 1'de yer almaktadır. Mülakat formunda bulunan sorular, görüşmenin daha sağlıklı sürdürebilmesi ve çalışmanın daha kolay tematize edilebilmesi açısından 3 ayrı bölüme ayrılmıştır: 1. Acil serviste AF'li hasta yönetimine ilişkin tutumlar, 2. AF'li hastaların taburculuğunda tromboflaktik yaklaşım, 3. AF'li hastaların teşhisi, tedavisi ve takibi konularında hekimlerin görüş ve tavsiyeleri.

Araştırmaya ilk katılımcı 10.10.2021 tarihinde, son katılımcı ise 10.01.2022 tarihinde alınmıştır. Veri toplama işlemi toplam 3 ay sürmüştür. Görüşme öncesinde katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu

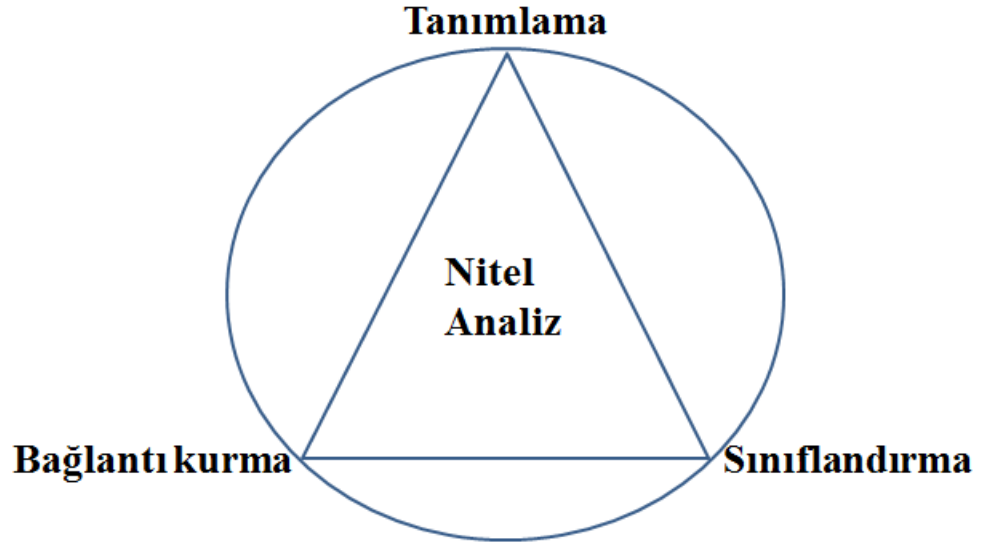
okumaları ve imzalamaları istenmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu Ek-2’de yer almaktadır. Her görüşme süresi ortalama 20 dakika sürmüştür.

Araştırmanın çalışma grubunu Türkiye’nin İstanbul şehrinde bulunan yıllık ortalama 250000 acil başvurusu olan 3.basamak bir şehir hastanesinin acil servisinde çalışan 6 acil tıp uzmanı ve 20 acil tıp asistanı oluşturmaktadır. Çalışmamıza katılan hekimler belirlenirken, hekimlerin, son 1 ay içinde acil servise başvuran en az 1 adet yeni tanı AF hastasının müdahalesinin ve reçete düzenlemelerinin kendileri tarafından yapılmış olması şartı arandı.

Verilerin Analiz Süreci

Veri analizi, olguları tanımlama, sınıflandırma ve kavramların birbirleriyle nasıl ilişkili olduklarını betimleme süreçlerini kapsar (125). Bu süreçlerin tamamı, hem birbiriyle hem de analiz ile doğrudan ilişkilidir.

Nitel veri analizi, üzerinde çalışılan veriyle ilgili anlam üretmek ve veri setinde neyin temsil edildiğine dair açıklamalar geliştirmek amacıyla yapılan bir sınıflandırma ve yorumlama sürecidir (Şekil 2). Bu süreç aynı zamanda rutin ve pratik uygulamalardaki yapıları, süreçleri veya alan sorunlarını keşfetmek ve tanımlamak için de başvurulacak bir yoldur (127).



Şekil 2. Nitel Veri Analizinin Döngüsel Gösterimi

Bu çalışmada, veri analizindeki temel amacımız, ham olan verilerden anlam çıkarmaya çalışmak olmuştur. Bu amaçla araştırmacımız, okuduklarını, gözlemlediklerini ve katılımcılardan elde ettiği verileri yorumlamış, sadeleştirmiş ve sağlamlaştırmaya çalışmıştır. Verilerden anlam çıkarmak için araştırmacımız, devamlı olarak somut veri setleri ile soyut kavramlar arasında tümevarımsal ve tümdengelimsel akıl yürütme süreçlerini birlikte kullanmaya çalışmıştır (Şekil 3). Bu süreçlerin sonunda elde edilen anlamlar ve bakış açıları, çalışma bulgularının temelini oluşturmuştur.

Araştırmacımızın tüm bu süreçleri daha bilimsel bir tutarlılıkla sürdürebilmesi için, verilerin toplanmasından 2 ay önce, nitel araştırmalar konusunda alanında uzman bir sosyolog tarafından, “nitel görüşme ve analiz teknikleri” konusunda eğitim almıştır.

Verilerin İşlenmesi

Araştırmacımız tarafından, katılımcı doktorlarla olan görüşmelerden elde edilen röportaj kayıtları, nitel araştırmalarda ortak olarak takip edilen adımlardan biri olan verilerin işlenmesi sürecine tabi tutulmuştur. Bu süreç deşifre, kodlama ve kategori oluşturma basamaklarından oluşmaktadır.

Deşifre işleminde, doktorlarla yapılan röportajlarda alınan ses kayıtlarının metne dönüştürme işlemi yapılmıştır. Görüşme kayıtları harfiyen, yorum yapılmadan aktarılmıştır. Bir sonraki aşama ise kodlama olmuştur.

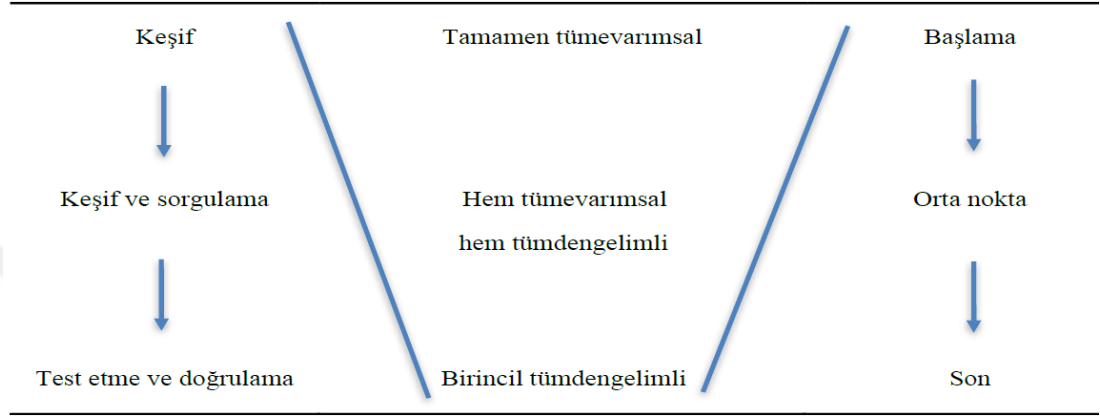
Kodlama, metne dönüştürülen verilerin anlamlı parçalara ayrılması ve bu parçalar arasında anlam bütünlüğünün korunması (128); ayrıca metnin veya görsel verilerin daha küçük kategorilere toplanması ve bir çalışmada kullanılan farklı veritabanlarından ortaya çıkan kanıtların araştırılması sürecini içermektedir (129). Araştırmamızdaki kodlama işlemi, bilgisayar destekli nitel veri analizi yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi ve kodlaması için NVIVO 11 yazılımı kullanılmıştır. Kodlama yaparken bir sonraki görüşmede nelere dikkat edileceği, kodlamadaki yanlışlıklar ve gerçekçilik analiz edilmiştir. Ve bir sonraki görüşmede bu durumlar hesaba katılarak görüşme tekniğinde revizyonlar yapılmıştır. Bu nedenle ilk görüşmenin kodlaması, bir sonraki görüşmeye geçmeden önce yapılmıştır. Bu durum, veri toplama sürecinin zamana yayılmasına sebebiyet vermiştir.

Araştırma kapsamında kodlama işlemi bitirildiğinde 3 ana konu ortaya çıkmıştır. Bu kodlamalardan, birinci ana konu için 342, ikinci soru için 378 ve üçüncü soru için 354 olmak üzere toplam 1074 görüş ortaya çıkmıştır. Tutarlılığı hesaplamak amacıyla aşağıdaki eşitlik kullanılmıştır:

$$\text{Tutarlılık} = \text{Uzlaşma sayısı} / \text{Toplam kodlama} \times 100$$

Toplam 1001 kodda uzlaşma sağlanmıştır. Eşitlikte yerine konulduğunda $(1001/1074) \times 100 = \%93,2$ 'lik bir uzlaşma sağlanmıştır.

Araştırmada kodlama tutarlılığının yüksek olduğu ifade edilebilir. Uzlaşılamayan 73 kod tekrar değerlendirilmiş ve uzlaşma sağlanmıştır.



Şekil 3. Nitel Veri Analizinin Mantığı

Kategori Oluşturma

Başlangıç kategorileri, tüm kodlar okunduktan sonra birbiriyle ilişkisi olan iki ya da daha fazla kodun birleştirilmesiyle oluşturulur (129).

Kategori oluşturma işlemi, tümevarımsal yaklaşımla başlayıp, tündengelimsel bir biçimde ilerlemiştir. Kategori oluşturma sürecinde, ilk önce küçük parçalar teker teker incelenmiş, kodlar oluşturulmuştur. Sonra kodlar incelenip geçici kategoriler belirlenmiştir. Eldeki her bir verinin bu kategorilere uyup uymadığına bakılmıştır. Bu süreçte devamlı olarak, kategorinin doygunluğa ulaşp ulaşmadığı kontrol edilmiştir (tümevarımsal süreç). Artık yeni bir bilginin, bakış açısının ya da kavramın üretilmemesi durumu söz konusu olduğunda, doygunluğa ulaşıldığı kararına varılmıştır. Bu sürecin sonrasında da oluşturulan kategorilerin kodlara uyup uymadığı

kontrol edilmiştir. Çalışmamızda kullanılan bu yaklaşım Şekil 3'te gösterilmiştir.



BULGULAR

Tablo 7 incelendiğinde çalışma grubunda 9 kadın, 17 erkek katılımcı olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğu (n=20) Acil Tıp Asistanı unvanına, diğerleri ise (n=6) Acil Tıp Uzmanı unvanına sahiptir. Katılımcıların yaşları 25 ile 41 yaş aralığında, deneyimleri ise 1 yıl ile 15 yıl aralığında değişmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin bazı Demografik özellikleri Tablo 7’de verilmiştir:

Tablo 7. Çalışma Grubundaki Hekimlerin Bazı Demografik Özellikleri

Kişi	Cinsiyet	Yaş	Unvan	Deneyim
K_01	Erkek	41	Acil Tıp Uzmanı	15 Yıl
K_02	Erkek	33	Acil Tıp Uzmanı	7 Yıl
K_03	Erkek	27	2 Yıllık Asistan	2 Yıl
K_04	Erkek	31	4 Yıllık Asistan	5 Yıl
K_05	Erkek	29	4 Yıllık Asistan	4 Yıl
K_06	Erkek	27	3 Yıllık Asistan	3 Yıl
K_07	Erkek	31	Acil Tıp Uzmanı	7 Yıl
K_08	Kadın	37	Acil Tıp Uzmanı	11 Yıl

K_09	Erkek	38	Acil Tıp Uzmanı	14 Yıl
K_10	Erkek	32	3 Yıllık Asistan	7 Yıl
K_11	Kadın	30	4 Yıllık Asistan	6 Yıl
K_12	Erkek	33	4 Yıllık Asistan	7 Yıl
K_13	Kadın	32	4 Yıllık Asistan	5 Yıl
K_14	Erkek	28	3 Yıllık Asistan	4 Yıl
K_15	Erkek	31	4 Yıllık Asistan	7 Yıl
K_16	Erkek	30	4 Yıllık Asistan	4 Yıl
K_17	Erkek	41	1 Yıllık Asistan	2 Yıl
K_18	Erkek	35	Acil Tıp Uzmanı	11 Yıl
K_19	Kadın	30	3 Yıllık Asistan	4 Yıl
K_20	Kadın	29	1 Yıllık Asistan	2 Yıl
K_21	Kadın	27	2 Yıllık Asistan	2 Yıl
K_22	Erkek	28	1 Yıllık Asistan	2 Yıl
K_23	Erkek	30	3 Yıllık Asistan	5 Yıl
K_24	Kadın	25	1 Yıllık Asistan	1 Yıl
K_25	Kadın	25	1 Yıllık Asistan	1 Yıl
K_26	Kadın	26	1 Yıllık Asitan	1 Yıl

Verilerin analizi sonrası, katılımcı cevapları kategorize edildikten sonra ortaya çıkan temalar 3 ana başlık altında toplanmıştır; 1. Acil serviste AF'li hasta yönetimine ilişkin tutumlar 2. AF'li hastaların taburculuğunda tromboflaktik yaklaşım 3. AF'li hastaların teşhisi, tedavisi ve takibi konularında hekimlerin görüş ve tavsiyeleri.

ACİL SERVİSTEKİ AF YÖNETİMİ

“ACİL SERVİSTEKİ AF YÖNETİMİ” için katılımcı görüşleri Tablo 8’de verilmiştir:

Tablo 8. Acil Serviste AF’li Hasta Yönetimine İlişkin Tutumlar

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
AF’li Hastanın Değerlendirilmesi			103
	Kardiyoloji konsültasyonu		26
	Tromboflaktik ajan kullanımı		26
		DMAH başlama	21
		Varfarin başlama	3
		ASA başlama	2
	Hemodinamik değerlendirme		14
	AF hız kontrolü		13
	Ek hastalıkların varlığı ve niteliği		8
	Müşahede altına alma		7
	EKO ile değerlendirme		3
	CHA2DS2-VASc skoru tayini		3
	Etyolojik değerlendirme ihtiyacı		1
	AF ritim kontrolü		1

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
AF Tedavi Kararı İçin Kullanılan Kaynaklar			39
	CHA2DS2-VASc skoru		24
	Kullanılmıyor		7
	AHA klavuzu		3
	HAS-BLED skoru		2
	Klinik tecrübe		1
	ESC klavuzu		1
	İnternet sitelerindeki diğer güncel öneriler		1
AF'li Hastayı Müşahede Altına Alma ya da Taburcu Etme Kararına Etki Eden Faktörler			69
	Müşahede altına alma kararı		55
		Ek şikayetler	11
		Hız kontrolü	11
		Vital bulgular	9
		Stabil olmayan hemodinami	8
		AF'nin yeni tanı olması	7
		Defibrilatör ile monitörizasyon gerekliliği	3
		Uzman hekimle değerlendirme	3
		Göğüs ağrısı varlığı	2
		CHA2DS2-VASc skoru	1
	Taburcu etme kararı		14
		Müşahede gereksinimi yokluğu	7
		Kardiyoloji uzmanının taburculuk görüşü	6
		Acil uzmanının taburculuk görüşü	1

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
Taburculukta OAK başlama kararına etki eden hasta kaynaklı faktörler			37
	CHA2DS2-VASc skoru		14
	Hastanın sosyal destek durumu		9
	Diğer ek hastalıklarının varlığı		4
	Hastanın yaşı		3
	Ek ilaçlarının varlığı		2
	Hastanın mental kapasitesi		1
	Eğitim düzeyi		1
	Sağlık hizmetlerine uzaklığı		1
	Kanama riskinin düzeyi (HAS-BLED)		1
	Hastanın cinsiyeti		1
Taburculukta OAK başlama kararına etki eden hasta kaynaklı olmayan faktörler			30
	Poliklinik takibine girememe sorunu		12
	YOAQ ilaçlarının sigorta geri ödeme sorunu		9
	Kılavuzun harici faktör yok		6
	Doktorun bilgi ve tecrübe eksikliği		2
	Hastane yoğunluğu		1
AF'li Hastayı Taburculuk Sonrası Takip ve Yönlendirme Planı			31
	Planlıyor		17
		Kardiyoloğa yönlendirme	11
		Acil servise çağırma	6
	Hayır planlamam		14
		Kardiyoloji polikliniği kontrolü	14
Taburcu Edilen AF'li Hastayı İlaç Hakkında Bilgilendirme			26
	Yeterli bilgi verebiliyorum		24
	Yeterli bilgi veremiyorum		2
Toplam			335

Tablo 8'e göre klinik çalışanlarının, acil servisteki AF'li hastaların yönetimine ilişkin sorulara verilen cevapları incelendiğinde toplam 335 kodun ortaya çıktığı görülmektedir. "Acil serviste AF'li hasta yönetimine ilişkin tutumlar" başlığına ait 7 tema, 38 alt tema ve bu alt temalara ilişkin 335 ifade ortaya çıkmıştır. Çalışanlar, en çok "AF'li Hastanın değerlendirilmesi" (f = 103) ve "AF'li Hastayı Müşahede Altına Alma ya da Taburcu Etme Kararına Etki Eden Faktörler" (f = 69) temalarına atıf yapmıştır.

Katılımcılar "Acil serviste AF'li hasta yönetimine ilişkin tutumlar" temasında, "Kardiyoloji konsultasyonu" (f = 26), "Tromboflaktik ajan kullanımı" (f = 26), "Hemodinamik değerlendirme" (f = 14), "AF Hız Kontrolü" (f = 13), "Ek Hastalıkların Varlığı ve Niteliği" (f = 8), "Müşahede altına alma" (f = 7), "EKO ile değerlendirme" (f = 3), "CHA2DS2-VASc skoru tayini" (f = 3), "Etyolojik değerlendirme" (f = 1), "AF ritim kontrolü" (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

"Acil servis takibinde antikoagülan başlarım. Bunu dmah ile yaparım. Kardiyoloji ile görüşürüm, EKO ile intrakardiyak trombüs bakılması için. Ama taburculukta oral antikoagülan başlamak konusunda kendim inisiyatif alırım." (K_01)

"AF saptndığı zaman hastanın vital bulgularının değerlendirilmesi gerekir, stabil unstabil ayrımını yaparım, AF nin hız kontrolünü yaparım. Eğer 1 gün sonrasında kardiyoloji kliniğine kontrolüne gidemeyecekse, kardiyoloji konsultasyonu isterim (takibe alınması maksatlı). Hastaya DMAH ve varfarin reçete ederim." (K_06)

"Yeni tanı AF ise kardiyolojiye danışırım, antikoagülan başlama endikasyonu olup olmadığını incelerim. Bunun için CHA2DS2-VASc kullanılıyor. Yeni tanı AF leri müşahede altına alıp kardiyak monitörize takip etmeyi tercih ederim. AF denilince ilk aklıma gelen varfarin. Bunun dışında yeni nesil oral antikoagülanların kullanım endikasyonu olduğunu düşünmüyorum acil serviste. Ben oral antikoagülan tedavinin acil hekimleri tarafından değil kardiyolog tarafından reçete edilip takip edilmesi taraftarıyım. Yeni tanı AF yi o sebeple konsulte ederim. Yeni

tanı AF de, AF nin oluşumunun altında yatan bir kardiyak sebep de olabilir. Belki daha ileri bir incelemeye gitmek gerekebilir.” (K_25)

“Beta blokerler verilebilir hız düzenlemek için. Ve özellikle AF ye bağlı tromboembolik olayların önlenmesi için antikoagülan ilaçlar başlıyoruz. Bunu acil serviste DMAH ile yapıyorum. Oral antikoagülan ilaçları acil serviste reçete etmiyorum” (K_24)

“Hız kontrolü yapılır, vital bulgular değerlendirilir, stabil mi unstabil mi olduğunun kararı verilir. Bu parametreleri değerlendiriyorum. Chadvasc skoruna bakılmaksızın DMAH uygulamam acil serviste, çoğunlukla hastanın yaşı düşük ve ek hastalığı az ise hastayı kardiyolojiye konsulte ediyorum. Genç hasta ise ve/veya AF’nin yeni başladığını düşünüyorsam kardiyoversiyon yapılması açısından kardiyoloji konsultasyonu isterim.” (K_07)

“Hemodinamik stabilizasyon durumunu ve ek şikayetlerini değerlendiririm. Acil uzmanına düşen görevler tamamlandıktan sonra yeni tanı AF sebebiyle ilaç düzenlemesi ve poliklinik takibine girebilmesi amacıyla kardiyoloji konsultasyonu istiyorum. Oral antikoagülan reçetesini düzenlemenin acil servis hekiminin işi olmadığını düşünüyorum” (K_09)

“Hemodinamik stabilizasyon durumunu değerlendiririm. Semptomların başlangıç zamanını sorgularım. Hız kontrolünü yaparım. Stabil hastaysa taburculuk düşünebilirim. Kardiyoloji takibine girmesi gerekir bu hastaların. Yaş ve ek hastalıklarına göre DMAH başlarım. Bazen kişisel telefonum ile bazen de resmi konsultasyonla danışırım kardiyoloji hekimine. Hastalara antikoagülan başlamadığım oluyor.” (K_19)

“Acil servis gözlem alanına alırım. Diltiazem ile kalp hızını kontrol altına alıyorum. Yeni tanı ise kardiyoloji konsultasyonu istemem lazım. Taburculukta antikoagülan ilaçları kendi inisiyatifimle başlamıyorum. Bilmiyorum çünkü. Bilgi ve tecrübem yok. Beloc veya diltizem başladığını biliyorum. Acil serviste herhangi bir antikoagülan ilaç başlamıyorum. Daha kıdemli bir asistana veya acil uzmanına yönlendiriyorum.” (K_22)

“Çarpıntı varlığı önemli. Hız kontrolünü yapmaya çalışırım. Hemodinamik stabil mi? Unstabil mi? ayrımını yaparım. Senkronize kardiyoversiyon ihtiyacı olup olmadığını belirlemeye çalışırım. Hastanın şikayetinin yeni olup olmadığını değerlendiririm. Başlangıç zamanını sorgularım. Son 48 saat içinde başlayıp başlamadığını anlamaya çalışırım. Akut başlangıçlı AF de medikal kardiyoversiyonu gündeme getirebilirim. Stabil hastayı yeni tanı AF ise kardiyoloji ye konsulte ederim. DMAH başlarım kendim rutinde. Oral antikoagülan ilaçları ben başlamıyorum. Ama kardiyoloji hekimi önerirse yazarım. Aslında benim yazmam lazım normalde. Eğer hastalar, eğer kardiyoloji poliklinik takibine girmezse, INR takiplerini yapamazsa, ilaca bağlı kanama komplikasyonları açısından sıkıntılı bir durum olur.” (K_14)

Katılımcılar “AF Tedavi Kararı İçin Kullanılan Kaynaklar” temasında, “CHA2DS2-VASc skoru” (f = 24), “Kullanılmıyor” (f = 7), “AHA kılavuzu” (f = 3), “HAS-BLED skoru” (f = 2), “Klinik tecrübe” (f = 1), “ESC kılavuzu” (f = 1), “İnternet sitelerindeki diğer güncel öneriler” (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“AHA’nın güncel önerilerini takip ediyorum. Rutin uygulamada CHA2DS2-VASc skoru hesaplamıyorum. Tecrübe, deneyim ile karar veriyorum.” (K_01)

“CHA2DS2-VASc skorlamasını duydum ama kullanmıyorum. Zaten bütün yeni tanı AF hastalarını kardiyoloji hekimine konsulte ediyorum, gerek kalmıyor.” (K_03)

“AHA ve ESC nin kılavuzlarına göre yaklaşımda bulunuyorum. CHA2DS2-VASc ölçeğini pek kullanmıyorum. Hastanın ek hastalıklarını düşünerek başlıyorum. İhtiyaç duymuyorum hesaplamaya. Çünkü hasta, CHA2DS2-VASc skorundan 0-1 puan da alıyor olsa, ben DMAH başlıyorum zaten. Hastalar, kardiyoloji poliklinik kontrolüne gittiklerinde antikoagülan endikasyonu olmadığı saptanırsa, başladığım DMAH tedavisi kesilir diye düşünüyorum” (K_07)

“Acil uzmanları için web tabanlı bir internet sitesi var onu takip ediyorum. CHA2DS2-VASc biliyorum. Çoğunda hesaplamıyorum ve kullanmıyorum.” (K_11)

“CHA2DS2-VASc skoru kullanılabilir. Ancak düşük puan da olsa DMAH başlıyorum (kontrendike değilse). Oral antikoagülan reçete etmiyorum.” (K_15)

“Herhangi bir kılavuz ismi veremem. Bilmiyorum.” (K_17)

Katılımcılar “AF’li Hastayı Müşahede Altına Alma ya da Taburcu Etme Kararına Etki Eden Faktörler” temasında, “Müşahede altına alma kararı” (f = 55), “Taburcu etme kararı” (f = 14), konularında görüş belirtmişlerdir.

Katılımcılar “Müşahede altına alma kararı” alt temasında, “Ek şikayetler” (f = 11), “Hız kontrolü” (f = 11), “Vital bulgular” (f = 9), “Stabil olmayan hemodinami” (f = 8), “AF’nin yeni tanı olması” (f = 7), “Defibrilatör ile monitörizasyon gerekliliği” (f = 3), “Uzman hekimle değerlendirme” (f = 3), “Göğüs ağrısı varlığı” (f = 2), “CHA2DS2-VASc skoru” (f = 1) konularında görüş belirtmişlerdir. Bu kodlarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Unstabil, hipotansif ya da takipneik olması, iskemik kalp bulgularının varlığı, göğüs ağrısı olması gibi durumlar, hastaları müşahede altına alma sebeplerindendir. Eğer bu durumlar yoksa veya insidental saptanmış bir AF vakası ise hasta için taburculuk düşünebilirim.” (K_02)

“Hastaların başvuruları sırasındaki ek şikayet ve ek hastalık varlığının olması önemli. Kardiyak başka sorunlarının varlığı önemli. Müşahede altına alır takip/tedavi ederim. Bunların hiçbirisi yoksa taburculuk düşünülebilir.” (K_03)

“Benim için müşahede altına alma sebepleri, hızlı ventrikül yanıtı AF olması, solunum semptomlarının olması, hemodinamisinin unstabil olmasıdır. Önceden AF tanısı varsa ve hastanın başvuru şikayetlerinin, AF’si ile ilgisi yoksa, hastayı gözlem alanına almam, ayaktan

gözlemlerim. Ancak yeni tanı AF ise gözlem alanında monitorize takip ederim” (K_05)

“Hasta takibi sırasında akut gelişmiş olan AF vakalarında, kardiyologla beraber kardiyoversiyon açısından değerlendiririm. Ancak geldiği sırada AF si varsa ve şikayetleri 2 günden uzun süredir mevcut ise, DMAH ile antikoagülan tedavi başlatırım. Kardiyoloji poliklinik kontrolü öneririm. Eğer ek kardiyak şikayeti yoksa kardiyoloji konsültasyonuna başvurmam.” (K_15)

“Ek hastalık, yaş, CHA2DS2-VASc skoru değerlendiririm. Hastanın genel durumunun stabil olup olmamasına göre davranırım. Stabil ise ve ek şikayet yoksa taburculuk düşünebilirim, antikoagülan ilacını başlarım. Ama unstabil ve/veya ek kardiyak şikayetleri varsa kardiyoloğa konsulte ederim. CHA2DS2-VASc skoruna göre DMAH başlarım. Kendi kararım ile oral antikoagülan başlamam” (K_21)

“Yeni tanı AF olarak gelen hastada hemodinamik stabilizasyonu değerlendiririm. Geliş şikayetine göre davranırım. AF nin bir komplikasyonu da gelmiş olabilir çünkü. Ya da insidental saptanmış olabilir. Ona göre değerlendiririm. Her AF yi konsulte etmem. Ancak konsulte etmiş olduğum hastaya OAK önerilmiş ise kardiyolog tarafından, reçete ederim. Ancak konsulte etmediğim stabil hastada DMAH başlar kardiyoloji poliklinik öneririm.” (K_16)

“Daha tecrübeli bir asistana/uzmana danışmak amaçlı gözlem alanına alırım” (K_20)

“Göğüs ağrısının varlığı, ek şikayetlerinin olup olmaması, vital bulguları müşahede altına alma sebeplerindendir. Taburculuk için acil uzmanına danışırım.” (K_26)

Katılımcılar “Taburcu etme kararı” alt temasında, “Müşahede gereksinimi yokluğu” (f = 7), “Kardiyoloji hekiminin taburculuk görüşü” (f = 6), “Acil uzmanının taburculuk görüşü” (f = 1) konularında görüş belirtmişlerdir. Bu kodlarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Hastanın semptomatik olması, taşikardik olması, tansiyon dengesizliği varsa müşahede altına alıp takip ederim. Şikayetlerinin süresi de çok önemli. Trombüs oluşacak kadar uzun bir süre tarifliyorsa eko ile değerlendiririm. Şüpheli gördüklerimi konsulte ederim.” (K_12)

“Hemodinamik stabilizasyonunu değerlendiririm. Kardiyak enzimlerini kontrol ederim. Taburculukta kullanılacak oral antikoagülânın takibi için kardiyoloji konsultasyonu mutlaka isterim. Mutlaka antikoagülân ilacını başlarım. Kardiyolog OAK önerirse başlarım, eğer konsulte etmediysem ya da OAK önerilmediyse, DMAH reçete ederim taburcu ederken.” (K_18)

“En azından vital bulguları bozuk olan ya da semptomatik olan hastaları müşahede altına alırdım. Ama stabil ve ek hastalık yok ise taburculuk düşünebilirim” (K_17)

“Hastanın stabil olduğunu düşünüyorsam, şikâyetleri gerilediyse, vital bulgular normalse taburculuk düşünebilirim. Oral antikoagülân ilaç başlanması gerektiği için konsulte ediyorum, hastanın takibe girebilmesi için.” (K_23)

Katılımcılar “Taburculukta OAK başlama kararına etki eden hasta kaynaklı faktörler” temasında, “CHA2DS2-VASc skoru” (f = 14), “Hastanın sosyal destek durumu” (f = 9), “Diğer ek hastalıklarının varlığı” (f = 4), “Hastanın yaşı” (f = 3), “Ek ilaçlarının varlığı” (f = 2), “Hastanın mental kapasitesi” (f = 1), “Eğitim düzeyi” (f = 1), “Sağlık hizmetlerine uzaklığı” (f = 1), “Kanama riskinin düzeyi (HAS-BLED)” (f = 1), “Hastanın cinsiyeti” (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler şu şekilde ifade edilmiştir:

“CHA2DS2-VASc skorunun parametreleridir hastadan hastaya değişen durumlar. Kanama riski skorlaması yaparım. Tedaviye uyumu olabilir mi, varfarini düzenli kullanabilecek bir hasta mı? Bunları değerlendiririm. Hasta uyumunu değerlendiririm.” (K_02)

“Tüm hastalara DMAH başlıyorum. Eğer endikasyon yoksa kardiyoloji uzmanı, poliklinikte ilacı keser zaten.” (K_10)

“Yaşlı ve sosyal destek eksikliği olan hastaları normalden farklı olarak kardiyoloji hekimine daha çok konsulte ediyorum antikoagülan başlanması ve düzenlenmesi için” (K_21)

“Hastanın bilinçli olması, eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine uzaklığı hastaya oral antikoagülan reçete etmemi etkileyen durumlardır.” (K_01)

“CHA2DS2-VASc skorudur. Hastadan hastaya değişen durum budur. Yaşı genç olan, ek hastalığı az olan hastalarda kardiyoloji konsultasyonu düşünürüm. Kardiyoversiyon gerekliliği için danışırım. Ancak yaşı ileri, ek hastalığı çok fazla olan ve AF nin beklenen bir durum olduğunu düşündüğüm, bana kronik AF düşündüren hastalarda oral antikoagülan vermem. Böyle hastalarda DMAH reçete eder, polikliniğe başvurmasını öneririm.” (K_05)

“DMAH tedavisini bütün hastalara başlarım. Hastadan hastaya değişen bir durum yok. Böbrek fonksiyon testlerine göre doz ayarlaması yaparım. Artık yeni nesil antikoagülanların kullanımı yaygınlaştığı için varfarin başlamıyorum genelde. INR düzeylerinin çok yükselmesinden endişe ederim. Hastalar takibe giremeyebilir. YOAK’lar acil servis hekimi tarafından reçete edildiğinde, hastalara sigorta geri ödemesi yapılamıyor. O yüzden sadece varfarin kalıyor. Onun da doz ayarlamasının acilden yapılmasının imkanı yok. Bu sebeple Varfarin başlamıyorum. 6 adet DMAH reçete edip, 2-3 gün içinde kardiyoloji polikliniğine gitmesini öneriyorum. Onlar başlıyor OAK ilaçları.” (K_07)

“CHA2DS2-VASc ve HAS-BLED skorlamalarının parametreleridir bu faktörler” (K_14)

“OAK başlamıyorum ben. Ancak normalde CHA2DS2-VASc hesaplanır. Kontrendikasyon yoksa DMAH başlanıp kardiyoloji polikliniğine yönlendiririm.” (K_16)

“Hastanın eğitim seviyesi, sosyo kültürel seviyesi, hastaneye erişim zorluğu” (K_12)

“Hastanın tedaviye uyumlu olup olmayacağı, sosyo kültürel düzeyi”
(K_04)

“Sosyal destek eksikliği olan veya yalnız yaşayan hastaları konsulte ediyorum, hastaneye yatırmaya çalışıyorum.” (K_11)

“Hastanın sosyal destek durumu önemlidir. Yaşının ileri olup yatak bağımlılığının varlığı ve mobilizasyon kısıtlılığı, poliklinik takibine girip giremeyecek olması durumu(hasta yakınının olmaması) durumunda, bu hastalarda belki OAK başlarını (kılavuzlardan bağımsız bir karar olarak) ve evde sağlık hizmetlerinin INR takibine almasını beklerim.”
(K_07)

“Hastanın ve yakınlarının eğitim düzeyi, takibe poliklinik randevusuna gitmeyecek/gidemeyecek olması” (K_19)

Katılımcılar “Taburculukta OAK başlama kararına etki eden hasta kaynaklı olmayan faktörler” temasında, “Poliklinik takibine girememe sorunu” (f = 12), “YOAK ilaçlarının sigorta geri ödeme sorunu” (f = 9), “Kılavuzun harici faktör yok” (f = 6), “Doktorun bilgi ve tecrübe eksikliği” (f = 2), “Hastane yoğunluğu” (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Ek bir durum yok. Kılavuzların dışına çıkmıyorum” (K_01)

“Ek hastalıkları, YOAK ilaçlarının geri ödeme durumu, AF poliklinik randevusuna erken dönemde ulaşamama sorunu” (K_17)

“Herhangi bir etkilendiğim durum yoktur. Hasta kaynaklı sorunlar (polikliniğe gitmemesi gibi) benim kararımı etkilemez.” (K_18)

“Hastanın, INR takibini yapabileceğinden emin olmak, yaşadığı evin hastanelere uzaklığı INR takibi için önemlidir. Ayrıca bu hastaların poliklinik takibine girebilmesi zor olabiliyor” (K_16)

“Oral antikoagülan ilaçlar konusunda bilgi ve tecrübe düzeyimin yeterli olduğunu düşünmüyorum, bu sebeple başlamaktan çekiniyorum”
(K_26)

Katılımcılar “AF’li Hastayı Taburculuk Sonrası Takip ve Yönlendirme Planı” temasında, “Evet planlarım” (f = 17), “Hayır planlamam” (f = 14) şeklinde iki görüş belirtmişlerdir.

Katılımcılar “Evet planlarım” alt temasında, “Kardiyoloğa yönlendirme” (f = 11), “Acil servise çağırma” (f = 6) görüş belirtmişlerdir. Bu kodlarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“OAK başladığım hastayı bir sonraki nöbetime çağırırım yani 2-3 gün sonrasına. Kardiyoloji polikliniğine belli bir süre ulaşamayacağını belirten hastaları acil servis üzerinden kısa aralıklarla takip ediyorum.” (K_10)

“Şahsi telefonumdan kardiyologu arayıp bilgi verip, hastayı da yönlendiriyorum” (K_11)

“Konsultasyon yoluyla takibe girmesini sağlamaya çalışıyorum” (K_14)

“Yeni tanı AF hastalarında, eğer kardiyoloji hekimine konsulte etmeden OAK başlayarak taburcu ettiysem, kesinlikle poliklinik kontrolüne girebilmesi için kişisel bağlantılarımı kullanarak randevu bulmasını sağlarım. Eğer bunu yapamazsam ve randevu bulamazsa, INR takibi yapılabilmesi için acil servise muhakkak başvurmasını öneririm.” (K_25)

Katılımcılar “Hayır planlamam” alt temasında, “Kardiyoloji polikliniği kontrolü” (f = 14) konusunda görüş belirtmişlerdir. Bu kodla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Hayır, takibini planlamıyorum. Kardiyoloji polk öneririm. Polikliniğe gidemezseniz acil servise başvurun derim.” (K_01)

“Kardiyoloji poliklinik kontrolü öneririm sadece. Hayır planlamıyorum.” (K_26)

“Kardiyoloji poliklinik öneriyorum. Herhangi bir ek girişimde bulunmuyorum. Kardiyoloji hekimine konsulte ettiğimden, aciliyet düşünüyorsa kardiyoloji hekimi hastaya kontrol randevusu verebilir.” (K_24)

Katılımcılar “Taburcu Edilen AF’li Hastayı İlaç Hakkında Bilgilendirme” temasında, “Yeterli bilgi verebiliyorum” (f = 24), “Yeterli bilgi veremiyorum” (f = 2) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Az da olsa evet. Ancak bilgi verme imkanı az oluyor. Acil servis yoğunluğu sebebiyle zaman kısıtlılığından dolayı tam eğitim veremiyorum.” (K_02)

“Evet, bilgi verebiliyorum. İlacın kullanım sebepleri ve komplikasyonları konusunda bilgi veriyorum. Reçete edilen ilaç hakkında bilgi verip, hemşireden ilacın nasıl yapıldığını öğretmesini beklerim.” (K_05)

“Oral antikoagülan başlayamama sebebim, hastayı ayrıntılı bilgilendirecek yeterli zamanım yok. Komplikasyon riskleri, ne durumda acile başvuracakları, INR’yi nasıl doğru aralıkta tutacakları, hangi yiyeceklerden etkileneceği. Ne bunları tamamen hastaya anlatacak zamanım var ne de bu kısıtlı zamanda hastalar bu konuları anlayabilir.” (K_14)

“Ben değil, kardiyolog reçete ettiği için, yazılan ilaçları hastaya kardiyoloji uzmanının anlatmasını beklerim.” (K_20)

TROMBOFLAKTİK YAKLAŞIM

“TROMBOFLAKTİK YAKLAŞIM” için katılımcı görüşleri Tablo 9’da verilmiştir:

Tablo 9. AF’li Hastaların Taburculuğunda Tromboflaktik Yaklaşım

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
Taburcu Olacak Hastada Oral Antikoagülan Başlama Kararı	Hayır		53
			46
		DMAH ile tromboflaksi kararı	18
		Kardiyoloji hekimi konsulasyonu	13
		Hastayı takip edememe sorunu	5
		Bilgi ve tecrübe eksikliği	4
		Hastaya güvenmeme	3
		Yan etki sorumluluğundan kaçınma	2
		Hastaya detaylı bilgi verecek zaman olmaması	1
			7
Yeni Nesil Oral Antikoagülan (YOAK) Tercihi	Evet	Takip edilecekse kullanımı var	7
			56
		Tercih Etmiyorum	56
			18
		Yetersiz bilgi	18
		Yetersiz tecrübe	17
		İlacın Sigorta tarafından karşılanmaması	9
		Kardiyoloji hekimi sorumluluğu inancı	6
		Yan etkilerinin belirsiz olduğu inancı	5
		Yetersiz araştırma olduğu inancı	1

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
OAK Reçete Etmeyi Engelleyen Faktörler			44
	Poliklinik randevusu alamama/takipsizlik endişesi		12
	Hastanın sosyokültürel düzeyi		8
	Engelleyen faktör yok		5
	Bilgi ve tecrübe eksikliği		5
	Acil servis yoğunluğu		4
	Hastanın sağlık kuruluşuna uzaklığı		4
	Sigorta geri ödeme sorunu		2
	Her başvuruda farklı doktor yaklaşımı		1
	Hastaların ilaç uyumsuzluğu		1
	Hastadan hastaya değişen ilaç dozları		1
	OAK ilaçların komplikasyonlarının ciddiyeti		1
Önceden AF'si Olan Ama Antikoagülan Kullanmayan Hastaya OAK Başlama Kararı			41
	İlaca kendim başlamam		17
	Kardiyoloğa danışma, yönlendirme		16
	Endikasyon varsa başlarım		5
		DMAH	3
		OAK	2
	Acil uzmanına danışma		3

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
Hastanın Başka Bir Hastalık sebebiyle Antitrombotik İlaç Kullanımının Antikoagülan Reçete Etmeye Etkisi			34
	Etkilemez		22
		Zaten oral antikoagülan başlamıyorum	12
		İlgili bölüme konsültasyon	8
		Antikoagülan başlarım	2
	Etkiler		12
		Kardiyaloğa danışma	6
		İlgili bölüme yönlendirme	4
		Acil uzmanına danışma	1
		İlaç yazmam	1
Çalışılan Hastanede Kardiyoloji Kliniği Olmasının Tedaviye Etkisi			26
	Tedaviyi değiştirmeye etkisi yok)		22
	Tedaviyi değiştirmeye etkisi var		4

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
İlaç Tercihini Etkileyen Faktörler			100
	Düşük komplikasyon riski, düşük yan etki		23
	Günlük uygulama sıklığının az olması		11
	Kolay yutulması, uygulama kolaylığı		11
	İlacın alınış yolu		10
	İlaç güvenliği, terapötik indeksinin yüksek olması		7
	ilaç düzeyi Takibinin kolaylığı		7
	Maliyeti		6
	Oral ilacın boyutu, tadı, gis irritasyonu varlığı		5
	İlaç etkileşimlerinin az olması		5
	Etkili olması, potensi		4
	Eski ilaç/tecrübe edilmiş ilaç		4
	Kolay ulaşılabilir olması		2
	Yeni çıkan ilaç olması		1
	Ek ilaç kullanım gereksinimi olmaması		1
	Gebelik durumu		1
	Birikim toksisitesi olmaması		1
	Sigorta geri ödemesinin olması		1
Toplam			354

Tablo 9'a göre klinik çalışanlarının AF'li hastaların taburculuğunda tromboflaktik yaklaşımlar hakkındaki sorulara verilen cevapları incelendiğinde toplam 354 kodun ortaya çıktığı görülmektedir. "AF'li

hastaların taburculuğunda tromboflaktik yaklaşım” a ait 7 tema, 39 alt tema ve bu alt temalara ilişkin 354 ifade ortaya çıkmıştır. Çalışanlar, en çok “İlaç Tercihini Etkileyen Faktörler” (f = 100) ve “Yeni Nesil Oral Antikoagülan (YOAK) Tercihi” (f = 56) temalarına atıf yapmıştır.

Katılımcılar bu temalar dışında, “OAK Reçete Etmeyi Engelleyen Faktörler” (f = 44), “Taburcu Olacak Hastada Oral Antikoagülan Başlama Kararı” (f = 53), “Önceden AF’si Olan Ama Antikoagülan Kullanmayan Endike Hastaya OAK Başlama Kararı” (f = 41), “Hastanın Başka Bir Hastalık sebebiyle Antitrombotik İlaç Kullanımının Antikoagülan Reçete Etmeye Etkisi” (f = 34), “Çalışılan Hastanede Kardiyoloji Kliniği Olmasının Tedaviye Etkisi” (f = 26) temalarında da görüş belirtmişlerdir.

Katılımcılar “Taburcu Olacak Hastada Oral Antikoagülan Başlama Kararı” temasında, “Hayır” (f = 46), “Evet” (f = 7) olmak üzere iki görüş belirtmişlerdir. “Hayır” alt temasında, “DMAH ile tromboflaksi kararı” (f = 18), “Kardiyoloji hekimi konsultasyonu” (f = 13), “Hastayı takip edememe sorunu” (f = 5), “Bilgi ve tecrübe eksikliği” (f = 4), “Hastaya güvenmeme” (f = 3), “Yan etki sorumluluğundan kaçınma” (f = 2), “Hastaya detaylı bilgi verecek zaman olmaması” (f = 1) konularında görüş belirtmişlerdir. Bu kodlarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Oral antikoagülan ile taburcu etmiyorum. Kardiyoloji hekimi önerirse reçete ederim. Hangi dozda başlayacağımı ya da takibini bilmiyorum. Komplikasyonlarını üstlenmek istemiyor olmam da etken. Hastaların takip edileceğini bilsem de kararım değişmezdi.” (K_03)

“Hastaları oral antikoagülan ile taburcu etmiyorum. Yeni saptanan AF tanılı hastayı konsulte ediyorum. Kardiyoloji kliniği uygun görürse başlıyor. Takip edileceğini bilsem kararım değişmezdi. Oral antikoagülan yazma görevi kardiyoloji hekimlerindir. Ben yazmam.” (K_08)

“Şu ana kadar hiç oral antikoagülan reçete etmedim. Kardiyoloji uzmanına konsulte ettiğim için gerek duymadım. Ama çalıştığım hastanede kardiyoloji hekimi bulunmasa ve hastaların polikliniğe gideceğinden emin olsam, OAK reçete ederim.” (K_17)

“OAK reçete etmiyorum. Varfarin riskli bir ilaç, ciddi kanama riskleri var. INR takibi gerekiyor. Hastanın birçok özelliğini göz önünde bulundurmak gerekiyor. Bu yüzden bir kardiyoloğun incelemesi, detaylı anamnezi ve takibi sonucunda başlaması gerekir diye düşünüyorum. Hastaların takip edileceğinden emin olsam, bazı hastalarda taburcu edebilirdim belki varfarin ile.” (K_25)

“Hayır, oral antikoagülan ile taburcu etmiyorum. Kardiyoloji konsultasyonuna başvurmuşsam ve OAK önerilmiş ise yazarım. Ancak ben rutinde konsulte etmiyorum, DMAH başlıyorum. 3 gün sonra kardiyoloji poliklinik randevusu varsa ya da takibi varsa, varfarin ve DMAH ile köprüleme tedavisini başlayabilirim.” (K_16)

“Hayır, OAK reçete etmiyorum. Benim bu konuda yeterince bilgi ve tecrübem yok. Sadece INR takibinde olan hastaların ilaç dozunu ayarlar yetkinlikteyim ama OAK başlamam” (K_26)

Katılımcılar “evet” alt temasında, “Takip edilecekse kullanımı var” (f = 7) konusunda görüş belirtmişlerdir. Bu kodlarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Takip edilecek olacağından emin isem veya kardiyoloji uzmanı konsultasyon notunda önermiş ise, OAK başlarım.” (K_24)

“Hastaları kendi kararım ile oral antikoagülan ile taburcu etmiyorum. İnme riski yüksek olan hastayı konsulte ediyorum. Kardiyoloji kliniği uygun görürse başlıyoruz. Takip edileceğini bilsem kararım değişirdi. Yazabilirdim” (K_09)

“Evet, OAK ile taburcu ediyorum. Takibi için kardiyologla kişisel ilişkilerimi kullanarak ya da telefon açarak haber veriyorum, hastanın randevu gününü beklemeden poliklinik takibine girebilmesi için” (K_11)

Katılımcılar “Yeni Nesil Oral Antikoagülan (YOAK) Tercihi” temasında, “Tercih etmiyorum” (f = 56) şeklinde görüş belirtmişlerdir. Katılımcılar “Tercih etmiyorum” alt temasında, “Yetersiz bilgi” (f = 18), “Yetersiz tecrübe” (f = 17), “İlacın Sigorta tarafından karşılanmaması” (f = 9), “Kardiyoloji hekimi sorumluluğu inancı” (f = 6), “Yan etkilerinin belirsiz olduğu inancı” (f = 5), “Yetersiz araştırma olduğu inancı” (f = 1) konularında görüş belirtmişlerdir. Bu kodlarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Eğer YOAK reçete ettiğimde sigorta tarafından karşılanabiliyor olsaydı yazmayı düşünebilirdim. Henüz yazamadığım için araştırma ihtiyacı hissetmedim. Bu sebeple bilgi ve tecrübe eksikliğim var ilaç hakkında.” (K_06)

“YOAK reçete etmiyorum. Kardiyologların görevidir oral antikoagülan reçete etmek.” (K_08)

“Eğer benim yazdığım reçete sigorta tarafından karşılanabiliyor olsaydı yazardım. Kronik kullanım gerektiren pahalı bir ilaç, geri ödemesinin olması gerekli.” (K_09)

“YOAK başlamazdım. Güvenli bulmuyorum ve risk almak istemiyorum. Reçete ettiğimde ödeniyor olsaydı da başlamazdım. Bu ilaçları başlamak, kardiyologların sorumluluğunda olduğu için başlamıyorum.” (K_10)

“Hayır etmiyorum. Kardiyologların görevidir bence” (K_12)

“Yazdığım YOAK reçetesi sigorta tarafından karşılanabiliyor olsaydı reçete ederdim belki. Henüz yazmadığım için ilaç hakkında tecrübem yok ve araştırmadım.” (K_13)

“YOAK reçete etmiyorum çünkü edersem sigorta karşılamıyor. Pahalı ilaçlar bunlar, hasta için maliyetli olabilir. Sigorta karşılıyor olsaydı yazardım, çünkü INR takibine ihtiyaç olmadığı için erken dönem poliklinik başvurusu elzem değil.” (K_15)

“YOAK reçete etmiyorum. Yazmadım hiç. İlacın etkinliği ve kullanım şekli konusunda bilgi ve tecrübem yok. Araştırmadım. Sigorta karşılasaydı da başlamazdım” (K_18)

Katılımcılar “OAK reçete etmeyi engelleyen faktörler” temasında, “Poliklinik randevusu alamama/takipsizlik endişesi” (f = 12), “Hastanın sosyokültürel düzeyi” (f = 8), “Engelleyen faktör yok” (f = 5), “Bilgi ve tecrübe eksikliği” (f = 5), “Acil servis yoğunluğu” (f = 4), “Hastanın sağlık kuruluşuna uzaklığı” (f = 4), “Sigorta geri ödeme sorunu” (f = 2), “Her başvuruda farklı doktor yaklaşımı” (f = 1), “Hastaların ilaç uyumsuzluğu” (f = 1), “Hastadan hastaya değişen ilaç dozları” (f = 1), “OAK ilaçların komplikasyonlarının ciddiyeti” (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler şu şekildedir:

“Acil servis yönetimi esnasında yaşadığım bir engel yok. Ancak AF’nin taburculuk sonrası yönetimi zaten bizim işimiz değil. AF’li hastayı stabilize etmekten başka sorumluluğumuz yok bence.” (K_13)

“Bilgi ve tecrübe eksikliğim ideal yaklaşımda bulunmamı engelliyor” (K_22)

“Acil servis yoğunluğu ve kardiyoloji poliklinik randevu sırası bulamamaları, OAK reçete etmemi engelliyor” (K_06)

“AF hastasının sadece acil yönetiminden sorumluyuz. Sonraki komplikasyonları, poliklinik takibiyle ilişkili. Yeni AF tanılı hastanın acil servis yönetiminde herhangi bir sıkıntı yaşamıyorum.” (K_07)

“Ülkemizde YOAK ilaçlarını acil servis hekimlerinin reçete etmesinin sigorta kapsamında olmaması, OAK kullanmamı engelleyen bir faktördür.” (K_25)

“Hastaların eğitim seviyesi ve randevu bulamaması sebebiyle poliklinik takibine girme zorlukları, OAK reçete etmem önündeki engellerdir” (K_21)

Katılımcılar “Önceden de AF’si Olan Ancak OAK Kullanmayan Hastaya Antikoagülan Başlama Kararı” temasında, “İlaca kendim başlamam” (f = 17), “Kardiyoloğa danışma, yönlendirme” (f = 16), “Endikasyon varsa başlarım” (f

= 5), “Acil uzmanına danışma” (f = 3) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Hayır reçete etmezdim. Kardiyoloji poliklinik kontrolü yeterlidir” (K_03)

“Endikasyon varsa DMAH reçete ederdim.” (K_04)

“Neden varfarin kullanmadığını araştırırım. Kanama riski sorgularım. Yeni kriterlerle tekrar gerekiyorsa antikoagülan başlarım ancak oral antikoagülan başlamam, DMAH başlarım.” (K_05)

“Hayır, kardiyoloji konsultasyonu isterim. Hastanede kardiyoloji yoksa varfarin başlamam. ASA verirdim.” (K_12)

“OAK başlamam. DMAH başlarım. Kardiyoloji poliklinik öneririm” (K_15)

“CHA2DS2-VASc skoru yüksekse, yine konsulte ederdim kardiyoloji uzmanına. Yeni tanı AF’li hastalar gibi yönetirdim. DMAH başlardım. Kardiyoloji hekiminin önerilerine uyardım” (K_24)

Katılımcılar “Hastanın Başka Bir Hastalık sebebiyle Antitrombotik İlaç Kullanımının Antikoagülan Reçete Etmeye Etkisi” temasında, “Etkilemez” (f = 22), “Etkiler” (f = 12) olarak iki görüş belirtmişlerdir.

Katılımcılar “Etkilemez” alt temasında, “Zaten oral antikoagülan başlamıyorum” (f = 12), “İlgili bölüme konsultasyon” (f = 8), “Antikoagülan başlarım” (f = 2), konularında görüş belirtmişlerdir. Bu kodlarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Etkilemez. Zaten OAK başlamıyorum. Yine DMAH veririm bu ilaçları kullanıyor da olsa” (K_07)

“Etkilemez. DMAH vermem gerekir. Kardiyoloji hekimine konsulte ediyorum.” (K_13)

“Zaten OAK başlamıyorum. Konsulte ederim bu durumda” (K_20)

Katılımcılar “Etkiler” alt temasında, “Kardiyaloğa danışma” (f = 6), “İlgili bölüme yönlendirme” (f = 4), “Acil uzmanına danışma” (f = 1), “İlaç yazmam” (f = 1) konularında görüş belirtmişlerdir. Bu kodlarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Acil uzmanına veya kardiyoloji hekimine danışarak karar vermeye çalışırım.” (K_26)

“Etkiler. İlgili branşa danışırım. Diğer ilaçların neden kullanıldığına yönelik sorgulamalar yapıp, o ilaçları başlamak hangi kliniğin kararı ise o kliniğe danışırım” (K_02)

“Etkiler. Kardiyologa sorarım kesinlikle.” (K_05)

“Oral zaten vermem. Böyle vakalarda farklı olarak AF için DMAH da reçete etmem. Antikoagülan vermeden taburcu ederim, poliklinikte tedavisine karar verilir.” (K_19)

Katılımcılar “Çalışılan Hastanede Kardiyoloji Kliniği Olmamasının Tedaviye Etkisi” temasında, “Tedaviyi değiştirmeye etkisi yok” (f = 22), “Tedaviyi değiştirmeye etkisi var” (f = 4) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Kardiyoloji hekimi olmasaydı tutumum değişmezdi. DMAH + Varfarin başlardım. Oral antikoagülan kararını verir, poliklinik kontrolü önerirdim.” (K_01)

“Değişmezdi. Yine aynı tedavimi veririm.” (K_06)

“Yine OAK başlamazdım. Tedavisiz kalmasın diye daha uzun süreli DMAH yazıp kardiyoloji poliklinik önerirdim.” (K_07)

“Değiştirdi. Herhangi bir ilaç vermem. Kardiyoloji poliklinik öneririm. Hastalık konusunda bilgim ve tecrübem eksik olduğundan sorumluluğu tamamen alamam antikoagülan yazmak konusunda” (K_20)

“Çalıştığım hastanede kardiyolog olmasaydı, DMAH reçete eder, kardiyoloji poliklinik önerirdim. OAK yazmazdım. Takibe girip giremeyeceğinden şüphe duyarım.” (K_17)

“Değişirdi. OAK başlardım. Varfarin başlardım. Eğer ekonomik durumu müsaitse YOAK da başlayabilirdim. Hastanın DMAH ile uzun süreler antikoagülasyonunu sağlamak uygun değil, kardiyolog yoksa inisiyatif alırdım” (K_25)

“Kardiyoloji kliniği olmasaydı ve hastaların alternatif bir hastane imkanı da yoksa, OAK + DMAH başlar, INR kontrolüne acile çağırır; hastayı varfarin ile kendim takip edebilirdim. Kardiyolojiye ulaşana kadar tüm takibini acilden yapardım. DMAH ı uzun süreler kullanacak olması çok konforsuz ve pahalı.” (K_10)

Katılımcılar “İlaç Tercihini Etkileyen Faktörler” temasında, “Düşük komplikasyon riski, düşük yan etki” (f = 23), “Günlük uygulama sıklığının az olması” (f = 11), “Kolay yutulması, uygulama kolaylığı” (f = 11), “İlacın alınış yolu” (f = 10), “İlaç güvenliği, terapötik indeksinin yüksek olması” (f = 7), “İlaç düzeyi Takibinin kolaylığı” (f = 7), “Maliyeti” (f = 6), “Oral ilacın boyutu, tadı, gis irritasyonu varlığı” (f = 5), “İlaç etkileşimlerinin az olması” (f = 5), “Etkili olması, potens” (f = 4), “Eski ilaç/tecrübe edilmiş ilaç” (f = 4), “Kolay ulaşım” (f = 2), “Yeni çıkan ilaç” (f = 1), “ek ilaç kullanım gereksinimi olmaması” (f = 1), “Gebelik” (f = 1), “Birikim toksisitesi olmaması” (f = 1), “Sigorta geri ödemesinin olması” (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Yan etkisinin az olması, terapötik doz aralığının geniş olması, ilaç etkileşimlerinin az olması, ilaç düzeyinin/etkisinin takip gerekliliğinin olmaması, ilacın alınış yolu (enteral, parenteral , rektal gibi..)” (K_08)

“İlacın uzun süredir piyasada olması, yeni çıkmış olmaması, yan etki miktarının az olması, ilacın fiyatı, maliyeti, düşük alerjen ilaçlar, gebelik kategorisi” (K_12)

“Major yan etkilerinin az olması, daha önce denenmiş, piyasada uzun süredir var olan ilaç olması” (K_17)

“Kolay emilebilir olması, efektif doza hızlı ulaşması, preparatın kullanım yolu (ım-oral-subkutan) gibi.” (K_18)

“Yan etkilerinin az olması, etkinliğini bildiğim ilaçlar, kullandığım veya tecrübe ettiğim ilaçlar olması, kullanım şeklinin oral yoldan olması” (K_20)

“İlaç düzeyi takip gerekliliğinin olmaması, yan etki ve komplikasyonlarının olmaması, maliyetinin az olması” (K_23)

“Etkili olması, potent olması, komplikasyon riskinin az olması, yan etkilerinin az olması, terapötik index aralığının geniş olmasını isterim” (K_03)

GÖRÜŞ VE TAVSİYELER

“GÖRÜŞ VE TAVSİYELER” için katılımcı görüşleri Tablo 10’da verilmiştir:

Tablo 10. AF’li Hastaların Teşhisi, Tedavisi ve Takibi Konularında Hekimlerin Görüş ve Tavsiyeleri

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
Yeni Tanı AF’de Acil Servis Hekimlerinin Rolü			43
	Kardiyoloji hekimine yönlendirme		13
	İlk müdahale ve Hastayı heparinize etme		13
	Tanı koyma rolü		10
	Kardiyoloji kliniği yoksa hastaya OAK başlama ve takip		3
	Oral antikoagülan başlama		3
	Takibe alma rolü		1
Oral Antikoagülan Reçete Yazma Sıklığını Artırabilecek Faktörler			37
	Erken dönemde kardiyoloji randevu imkânı		16
	Hastanın eğitim düzeyi ve bilinçli olması		7
	Klinisyenin tecrübe ve bilgi düzeyinin artması		7
	Hiçbir durumda oral antikoagülan reçete etmem		3
	Hastanede kardiyoloji kliniği olmaması		2
	YOAK ilaçların sigorta tarafından karşılanması		2

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
Sağlık Sisteminin AF'li Hastalar İçin Takip İmkânı Uygunluğu			26
	Uygun değil		24
	Uygun		1
		Aile hekimliği ulaşılabilir	1
	Bilgim yok, fikrim yok		1
Varfarin Kullanan hastaların INR Takibi Konusundaki öneriler			47
	Aile hekimi primer takibi		20
	Evde takip sistemi		6
	INR ölçüm cihazı ile evde takip		5
	Hasta eğitimi		5
	Acil serviste INR takibi		3
	AF polikliniği		3
	Hastane INR polikliniği		2
	Alternatif öneri yok		1
	Hastayı takip için uygulama geliştirmek		1
	YOAK başlamak		1
Kullanılan Kılavuzun AF Tedavisi İçin Uygunluğu			27
	Uygun		15
	Kullanılmıyor		12
AF'li Hastalar için Ulusal Kılavuz Geliştirilmesi			26
	Yeni ulusal kılavuz geliştirilebilir		19
	Mevcut kılavuzlar yeterli		7
Acil Serviste Oral Antikoagülan Başlamanın Hasta Hayatına Etkisi			26
	Olumlu etki		23
	Kararsız		2
	Olumsuz etki		1

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
AF Tanılı Hastaların Tanı, Tedavi ve Takibinde Etkin Olması Gereken Branşlar			80
	Kardiyoloji		26
	Acil tıp		25
	Aile Hekimliği		10
	Nöroloji		9
	Dahiliye		4
	Göğüs hastalıkları		3
	KVC		2
	Anestezi		1
Toplam			312

Tablo 10'a göre klinik çalışanlarının, AF'li hastaların teşhisi, tedavisi ve takibi konularında hekimlerin görüş ve tavsiyeleri hakkındaki sorulara verilen cevapları incelendiğinde toplam 312 kodun ortaya çıktığı görülmektedir. "AF'li hastaların teşhisi, tedavisi ve takibi konularında hekimlerin görüş ve tavsiyeleri" ana başlığına ait 8 tema, 40 alt tema ve bu alt temalara ilişkin 312 ifade ortaya çıkmıştır. Çalışanlar, en çok "AF Tanılı Hastaların Tanı, Tedavi ve Takibinde etkin olması gereken branşlar" (f = 80) temasına atıf yapmıştır.

Katılımcılar "Yeni Tanı AF'de Acil Servis Hekimlerinin Rolü" temasında, "Kardiyoloji hekimine yönlendirme" (f = 13), "İlk müdahale ve Hastayı heparinize etme" (f = 13), "Tanı koyma rolü" (f = 10), "Kardiyoloji kliniği yoksa hastaya OAK başlama ve takip" (f = 3), "Oral antikoagülan başlama" (f = 3), "Takibe alma rolü" (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

"Önemli bir rolü mevcuttur. Kardiyoloji kliniğinin olmadığı hastanelerde primer görev acil hekimlerindedir." (K_01)

"Tanıyı koymak ve endikasyonu varsa OAK olarak varfarin başlamak çok önemli." (K_06)

“Tanıyı saptayabilmek. İlgili konsultan hekimle ilişkisini başlatmak, takip için. DMAH tedavisini erken dönemde başlamak” (K_07)

“Önemlidir ve acil servis hekimleri OAK başlamalı. Özellikle kardiyolog olmayan hastaneler için” (K_11)

“Yeni tanı AF leri, kardiyologlardan önce biz gördüğümüzden dolayı en kritik rol bizde. Tanı koymak ve stabilize etmek bizim rolümüz. Hastaları konsulte etmezsek, kardiyologların bundan haberi bile olmazdı. Hastanın hayatını değiştiriyoruz.” (K_13)

“Tüm acil uzmanlarının tecrübe edindiğini, kardiyoloji kliniklerinde rotasyonlar ile eğitim aldıklarını ve ilaçlara hâkim olduklarını düşünürsek, acil hekimleri OAK başlamalıdır. Kardiyoloji konsultasyonu olmadan.” (K_24)

“Tanıyı koymak ve ilk müdahaleyi yapmakla yükümlüdür. Antikoagülan reçete etmek kardiyoloji uzmanının görevidir.” (K_20)

“Acil hekiminin görevi, hastanın AF tanısını koymaktır. DMAH başlamak ve kardiyoloji hekimine konsulte ederek takibini başlatmaktır. OAK başlama rolünün kardiyologlarda olduğunu düşünüyorum.” (K_19)

“Kardiyoloji uzmanına konsultasyon ile ulaşma imkânı varsa kardiyologlar başlamalı, ama kardiyoloji uzmanı yoksa acil servis hekimleri başlamalı” (K_22)

“Reçete ile başlama kararının kardiyologlarda olması gerektiğini düşünüyorum. Acil servisteki yönetimi ve takibi esnasında DMAH tek doz verilmeli sadece.” (K_23)

“Ritmik tanımak ve kardiyolog ile hastayı buluşturmak acil hekiminin rolü” (K_25)

Katılımcılar “Oral Antikoagülan Reçete Yazma Sıklığını Artırabilecek Faktörler” temasında, “Erken dönemde kardiyoloji randevu imkânı” (f = 16), “Hastanın eğitim düzeyi ve bilinçli olması” (f = 7), “Klinisyenin tecrübe ve bilgi düzeyinin artması” (f = 7), “Hiçbir durumda oral antikoagülan reçete etmem”

(f = 3), “Hastanede kardiyoloji kliniği olmaması” (f = 2), “YOAK ilaçların sigorta tarafından karşılanması” (f = 2) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Hastaların eğitim düzeyinin yüksek olması, poliklinik takibine gidecek olması” (K_19)

“Acil servisin OAK reçete etmesini kılavuzlar önermiş olsa, başlarım. Ancak acil tıp rehberlerinde, taşiaritmilerin acil yönetimindeki öneriler mevcut. Uzun vadede profilaktik antikoagülan ilaç reçete etme önerileri, kardiyoloji alanındaki rehberlerde mevcut. Acil tıp kılavuzlarına OAK önerilerinin eklenmesi, hastanın eğitim düzeyinin yüksek olması, sağlık sisteminde AF hastasının istediği güne kardiyoloji randevusu alabiliyor olması, OAK reçete etmemi sağlayabilir.” (K_13)

“Hastaların eğitim düzeyinin yüksek olması, randevuyla ya da takiple ilgili herhangi bir engelle karşılaşmayacak olması reçete etme sıklığını artırabilir ama genel olarak her şey düzgün olsa da OAK’ların acilde başlanması gereksiz olduğunu, kronik takibi olacak ilaçların kardiyoloji poliklinikten başlanması gerektiğini düşünüyorum.” (K_21)

“Zaten reçete ediyorum. Hastanın takip imkanı daha yüksek olsa daha sık reçete edebilirim.” (K_01)

“Yüksek riskli hastalara kontraendikasyon yoksa varfarin yazıyorum. INR takibi için acil servise geleceklerse bu bir problemdir.” (K_02)

“Acil servis yoğunluğu az olsa ve ben hastaya uygun süre ayırabilecek olsam, taburcu ederken uzun uzun anlatıp OAK reçete edebilirim. (K_15)

“Hastadan güven alabilsem, takibe gideceğine ikna olsam yazabilirim. Kardiyoloji polikliniği takibine kolay girebilmesi, OAK reçete etme sıklığımı artırır” (K_14)

Katılımcılar “Sağlık Sisteminin AF’li Hastalar İçin Takip İmkânı Uygunluğu” temasında, “Uygun değil” (f = 24), “Uygun” (f = 1), “Bilгим yok,

fikrim yok” (f = 1) olmak üzere üç görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Sağlık sisteminin uygun takibe izin verdiğini düşünmüyorum. Randevu alma sorunlarından dolayı tekrarlı acil başvurularına sebep oluyor. Ancak bu durum, hastalara karşı tutumumu etkilemiyor. Gerekli konsultasyonu istiyorum ve önerilen ilacı başlıyorum zaten. Sağlık sistemi daha iyi olsaydı da ben yine konsulte edip kardiyoloji önerilerini alır, takibine aldırırdım hastayı.” (K_03)

“İzin vermiyor. Hastalara yaklaşımımı etkiliyor. Kardiyologlarla kişisel telefonumla konuşmama sebep oluyor. Çoğu zaman da stabil hastalarda dahi konsultasyon istememizin sebebi kardiyologla hastayı buluşturup takip sürecini başlatmak. OAK reçete etmeme engel oluyor.” (K_19)

“Hayır, takibe izin verdiğini düşünmüyorum. Hastalara karşı tutumumu etkilemiyor. Zaten uygun takip olsaydı da varfarin başlamazdım çünkü. DMAH reçete ediyorum zaten.” (K_23)

“Sağlık sisteminin uygun takibe izin verdiğini düşünmüyorum. İlgili uzmana ulaşmakta zorluk, randevu problemleri, gibi... Hastalara karşı tutumumu etkilemez. Çünkü polikliniğe gidemezse INR düzeyine bakabilmek için acil servise çağırırım hastayı. Randevu zorluğu yaşamaması durumunda acile servise başvurması önerisinde bulunurum” (K_17)

“Sağlık sisteminin uygun olduğunu düşünüyorum. İzin veriyor. Aile hekimi poliklinikleri mevcut ve ulaşılabilir.” (K_01)

Katılımcılar “Varfarin Kullanan hastaların INR Takibi Konusundaki Öneriler” temasında, “Aile Hekimi Primer takibi” (f = 20), “Evde takip sistemi” (f = 6), “INR ölçüm cihazı ile evde takip” (f = 5), “Hasta eğitimi” (f = 5), “Acil serviste inr takibi” (f = 3), “AF polikliniği” (f = 3), “Hastane INR polikliniği” (f = 2), “Alternatif öneri yok” (f = 1), “Hastayı takip için uygulama geliştirmek” (f = 1), “YOAK başlamak” (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Aile hekimliği takibine alınmalı tamamen. Hastaların bilgi düzeylerinin artırılması, eğitim verilmesi hasta ve hasta yakınlarına.” (K_17)

“Varfarin kullanan hastaların INR takibi için qile hekimliği birimi ve evde sağlık hizmetlerinin etkin çalışması sağlanabilir. Parmak ucu kan şekeri ölçüm cihazı gibi INR düzeyi ölçen cihazların hastalara temin edilmesi ve kullanım eğitimi verilerek takibin hasta ve yakınlarına bırakılması sağlanabilir.” (K_21)

“INR düzeyi takipleri acil servislerde yapılabilir. Doz ayarlaması konusunda önerilerde bulunulabilir.” (K_25)

“Yeni nesil antikoagölanlar INR takibi gerektirmediğinden, bu ilaçların reçete edilmesinin sıklığı artırılabilir. Aile hekimliği, INR takibi yapabilir. Acil servislerde INR bakılabilir. Hastalar bilinçlendirilebilir, eğitilebilir. (ulusal çaplı diyabet eğitimi gibi)” (K_18)

“Aile hekimleri tarafından kronik INR takibi yapılmalı. Kardiyoloji uzmanlık düzeyinde bir yaklaşım gerekmesi durumunda, aile hekimi tarafından kardiyoloji kliniğine öncelikli randevu alınabilir. Ayrıca 3.basamak hastanelerde ilgili birçok branştan hekimlerin değışerek durduğu bir INR polikliniği olmalı ve sadece AF değıl diğer tromboemboli riski taşıyan OAK kullanan hastaların INR takibi bu poliklinikler üzerinden yapılabilir.” (K_08)

“Kan şekeri ölçüm cihazı gibi bir INR ölçüm cihazı hastalara temin edilebilir. Hasta ve yakınları eğitilebilir. INR bozukluğuna göre yapılması gereken ilaç düzenlemeleri için onlayn destekler sunulabilir. Hastanın kritik değerleri olması durumunda hastalara, MHRS sisteminden kardiyoloji randevu önceliği verilebilir.” (K_09)

Katılımcılar “Kullanılan Kılavuzun AF Tedavisi İçin Uygunluğu” temasında, “Uygun” (f = 15), “Kullanılmıyor” (f =12) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Evet, uygun buluyorum.” (K_22)

“Çok uygun bulmuyorum. Hastaların, kardiyoloji hekimine ulaşımını kısıtlı olabiliyor. Poliklinik önerdiğimiz hastalar, randevu alamamalarından ya da başvurmamalarından dolayı acil servislere gelmeye başlıyor. CHA2DS2-VASc uygun bir kılavuz ancak bizim ülkemizde hastalara oral antikoagülan acil servisten başlanamaz bence.” (K_14)

“CHA2DS2-VASc duydum ama kullanmıyorum. Zaten konsulte ediyorum gerek kalmıyor.” (K_03)

“Kılavuzları veya protokolleri çok fazla takip edemiyorum.” (K_11)

Katılımcılar “AF’li Hastalar için Ulusal Kılavuz Geliştirilmesi” temasında, “Yeni ulusal kılavuz geliştirilebilir” (f = 19), “Mevcut kılavuzlar yeterli” (f = 7) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Desteklerim. Tüm kliniklerde ortak kullanılacak bir standardizasyon geliştirilebilir. Acil tıp, kardiyoloji ve koruyucu sağlık hizmetlerinin entegre olduğu AF yönetim planı oluşturulabilir” (K_02)

“Evet desteklerim, hatta hastane içerisinde AF’ye spesifik poliklinik olabilir. Hastalara ilaç eğitimi verebilecek, INR takibi yapabilecek, yeni eklenen ilaçlara göre varfarin dozu ayarlaması yapılabilecek bir poliklinik çok iyi olurdu” (K_04)

“Gebe kadının takibini aile hekimi yapabiliyorken, AF hastalarının takibi aile hekimi tarafından düzenli yapılabilir. Kronik AF hastası, aile hekiminden takip edilmeli.” (K_05)

“Kılavuzlar yeterlidir. Ancak AF hastalarının takiplerinin daha düzgün olmasını sağlayacak ulusal takip geliştirme sistemi başlatılabilirdi.” (K_07)

“Geliştirilebilir ama kılavuzlar yeterli bence” (K_03)

“Hayır. Gerek yok. Global saplık sistemi ile beraber hareket edilmelidir. Ulusal farklılıklar, bilim dünyasından uzak olmamıza sebebiyet verebilir” (K_16)

Katılımcılar “Acil Serviste Oral Antikoagülan Başlamanın Hasta Hayatına Etkisi” temasında, “Olumlu etki” (f = 23), “kararsız” (f = 2), “Olumsuz, etki” (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Evet. Ancak OAK’lar konusunda bilgi düzeyim yükselirse, hastaların hayatına etki bırakacağını düşünüyorum. DMAH reçete ederek onu, kullandığı süre boyunca komplikasyonlardan korumuş oluyorum. Ancak hastalar DMAH reçetesindeki ilaçlar bittiğinde poliklinik takibine gitmezse, yeterli tromboflaksi sağlanmamış olur” (K_05)

“Olumsuz bir etki bırakacağını da düşünüyorum olumlu da. OAK reçete etmek inme riskini azaltarak koruyabileceği gibi, yanlış kullanımda kanama komplikasyonlarına zemin hazırlayabilir. İki türlü de hayatında ciddi etki bırakır.” (K_12)

“OAK kullanmakla DMAH kullanmak arasında farkın olup olmadığını bilmiyorum. Ama hiç ilaç başlamazsak hastanın hayatına etki edecek olumsuz bir etkiye sebep oluruz onu biliyorum.” (K_15)

“Evet. Komplikasyon riski oluştursa da koruyucu etki bırakacaktır.” (K_17)

“Evet, hastanın inme geçirme riskini azaltıp, hastanın hayatına ciddi bir etki etmiş oluyoruz..” (K_01)

“Evet. Emboli riskini arttırmış oluruz eğer başlamazsak.” (K_03)

Katılımcılar “AF Tanılı Hastaların Tanı, Tedavi ve Takibinde etkin olması gereken branşlar” temasında, “Kardiyoloji” (f = 26), “Acil tıp” (f = 25), “Aile hekimliği” (f = 10), “Nöroloji” (f = 9), “Dahiliye” (f = 4), “Göğüs hastalıkları” (f = 3), “KVC” (f = 2), “Anestezi” (f = 1) konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

“Kardiyoloji, acil tıp, nöroloji” (K_16)

“Acil tıp, kardiyoloji” (06)

“Kardiyoloji, acil tıp, aile hekimliği, nöroloji, göğüs hastalıkları” (K_08)

*“Kardiyoloji, acil tıp, aile hekimliği, nöroloji, kalp ve damar Cerrahi”
(K_09)*



TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Bu çalışmada acil servis hekimlerinin, yeni saptanan AF hastalarında, acil serviste tanı konulduğu andan taburculuğuna kadar olan süreçteki tutum ve davranışlarını, hekimlere yöneltilen açık uçlu sorulara verdikleri cevapları analiz ederek anlamaya çalıştık. Birincil amacımız, katılımcıların, yüksek riskli AF hastalarının taburculuğunda OAK'leri neden reçete etmediklerini öğrenmekti. İkincil amacımız ise acil servis hekimlerinin, OAK reçete etme sıklığını artırabilecek faktörleri ortaya koymaktı.

Bugün itibariyle, AF tanılı hastaların, acil servisten taburculuğunda OAK reçete edilmesinin önündeki engeller hakkında literatürde yapılmış çok az sayıda araştırmanın mevcut olduğunu biliyoruz. Bory Kea ve arkadaşlarının 2019 yılında ABD'de kaleme aldığı, inme profilaksisinde oral antikoagülan reçete etmek konusunda acil servis hekimlerinin yaklaşımlarını inceleyen bir çalışmayı analiz ettiğimizde, karşımıza çıkan sonuçların, Türkiye'de çalışan hekimlerin yaklaşımlarıyla bazı yönlerden örtüşmediği anlaşılmıştır (130). Sağlık sisteminin, populasyonların, hekim inanışlarının ve bunlar gibi birçok faktördeki farklılıkların, uygulamalardaki çeşitliliklere sebep olmuş olabileceğini düşündük. Bu sebeple konunun, ülkemizde de incelenmesi gerektiği sonucuna vardık.

Katılımcı doktorların, oral antikoagülan reçete etmelerinin önündeki engeller belirlenmeden önce, AF hastalarının acil servise kabulünden taburculuğa kadar olan süreç incelenmeye çalışılmıştır. Acil servis içinde AF hastalarının nasıl yönetildiği, doğru müdahale için hekimlerin hangi kaynakları takip ettiği, bu kaynaklar hakkında hekimlerin görüşleri, hasta özelliklerinin hasta yönetimine etkisi, taburculuk için karar verme süreci incelenmiştir. Ardından oral antikoagülan tercihleri, hasta seçimleri, sağlık sisteminin reçete kararına etkisi ve tüm bu durumlara göre şekillenen davranış biçimleri ele alınmıştır. Son olarak da hekimlerin, ilaçlar konusundaki inanışları, acil servis doktorlarının AF yönetimindeki rolünü nasıl gördükleri, uygun tromboflaksi başarısı için önerileri incelenmiştir.

Çalışmamız 3 ana bölüme ayrılmıştır; AF yönetimi, tromboflaktik yaklaşım, görüş ve tavsiyeler.

Acil servis hekimlerinin, AF tanılı hastaların değerlendirilmesi hakkındaki uygulamaları sorulduğunda, katılımcıların verdiği en sık yanıtlardan biri kardiyoloji uzmanı görüşüne başvurmak olmuştur. Bir çalışmada, AF tanılı hastalara acil servisten OAK reçete edilme sıklığı araştırılırken, 138 tane yeni tanı AF hastasının 89'unda kardiyoloji konsultasyonuna başvurulduğu tespit edilmiştir (131). Bahsi geçen çalışmadaki yeni tanı AF de acil servis hekimlerinin, kardiyoloji konsultasyonuna başvurma oranı %64,4 tür. Oysaki bizim çalışmamızdaki katılımcıların tamamı kardiyoloji hekimi konsultasyonuna başvurduklarını dile getirmişlerdir. Katılımcılar, kronik hastalıkların tedavi ve takibinin, ilgili branş hekimi tarafından yapılması gerekliliği konusunda ortak görüş belirtmişlerdir. Katılımcılar, AF tedavi kararı için kullanılan kaynaklar ile ilgili soruya, çoğunlukla, CHA2DS2-VASc skorunu bildikleri ancak rutin uygulamada kullanmadıkları cevabını vermişlerdir. Bir katılımcı tarafından *“OAK başlamıyorum, her yeni tanı AF hastasına DMAH reçete ediyorum. Ancak eğer kardiyolog önerirse OAK başlarım”* şeklinde verilen yanıt, uygulamada CHA2DS2-VASc skoru kullanımının ne sebeple düşük olduğunu gözler önüne sermektedir. Bu durumun sebebi irdelendiğinde, kardiyoloji uzmanı konsultasyonu sonrası, ilgili konsultan hekimin, hastanın kullanacağı reçete önerisini belirtmesidir. Çalışmamızdaki dikkat çeken ayrıntılardan biri de, konsultasyon sonucu kardiyoloji hekimi tarafından önerilen reçetenin acil hekimi tarafından birebir uygulanıyor olduğu beyanıdır. Amerika'da yapılan, acil servisten AF hastalarına yazılan reçetelerin analiz edildiği retrospektif bir çalışmada, AF sebebiyle konsulte edilen hastalarda, kardiyolog tarafından OAK önerilen 10 hastadan 7 tanesine acil hekimi tarafından OAK reçete edilmemiş; kardiyolog tarafından OAK önerilmeyen 40 hastadan 5 tanesine acil hekimi tarafından OAK reçete edilmiştir (131). Bahsi geçen araştırmada, kardiyolog görüşü ile acil hekiminin reçete tercihi arasında %24'lük bir sapma mevcuttur. Oysaki bizim çalışmamızdaki acil servis hekimlerinin beyanlarına bakılacak olursa, acil servis hekimlerinin reçete davranışları, kardiyoloğun önerisiyle doğrudan uyumaktadır. Nitekim çalışmamızda, yeni tanı AF de acil servis hekimlerinin rolünün ne olduğu hakkındaki soruya, acil hekimlerinin büyük bir

çoğunluğu, bu rolü, hastaya tanı koymak ve hastayı kardiyolog ile buluşturmak olarak görmüştür. Katılımcıların sadece 4'te 1'i OAK başladığını dile getirmiştir. Bu yaklaşım, acil servis hekimlerinin oral antikoagülan kullanımı sonucu oluşabilecek kanama riskini tek başlarına almak istememesi ve kardiyolog önerisiyle reçete edilen ilaca bağlı gelişebilecek kanama sorumluluğunu, kendi üstlerinden atabilecekleri inancı olabilir.

Tüm bunlara karşın, "Oral Antikoagülan Reçete Yazma Sıklığını Artırabilecek Faktörler" temasında, katılımcı cevaplarının büyük çoğunluğunun, "erken dönemde kardiyoloji randevu imkanı" olması ve "bilgi ve tecrübe düzeylerinin eksik olduğu" özeleştirisi, acil servis hekimlerinin de OAK reçete etmek hakkında sorumluluk alma konusunda gönüllü olduklarını düşündürmektedir.

Katılımcı doktorların, AF yönetiminde dikkat çektikleri diğer konular ise, erken tromboflaktik ajan kullanımı, hemodinamik değerlendirme, hız kontrolü, vital bulguların analizi, müşahade altına alma gibi faktörlerdir. Tüm bu faktörlerin ortak yanı, doktorlardaki defansif tıp yaklaşımı olabilir. Daha önce yapılmış çok merkezli ve kapsamlı bir çalışma incelendiğinde dermatopatologların klinik davranışlarında defansif tıbbın etkisi araştırılmıştır (132). Bahsi geçen çalışmada, hekimlerin, hasta güvenliği ve malpraktis kaygısı sebebiyle ek testler, hizmetler ve konsultasyon talep etme konusunda etkilendikleri ortaya çıkmıştır. Çalışmamızdaki bir başka sonuç da bu kapsamda ele alınmalıdır. AF hastalarında tedavi kararı için bilinen kaynakların ne olduğu sorusuna, katılımcıların büyük bir çoğunluğu CHA2DS2-VASc yanıtını vermişlerdir. Ancak pratik uygulamada bu skorlamayı hesaplamama sebebinin sorulduğu soruya ise tüm AF tanıli hastalar için konsultasyon yoluyla tedavi önerilerinin alınmasını gerekçe göstermişlerdir. Bu durum, doktorların bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşündürmekle beraber, defansif tıbbi yaklaşım sebebiyle davranış farklılığını da gözler önüne sermektedir.

AF hastalarındaki 30 günlük mortalite oranının ve mortalite riskini arttıran sebeplerin analiz edildiği çok kapsamlı bir kohort çalışmasında, acil servise AF ile başvuran hastalarda mortalite ile ilişkili bazı değişkenler saptanmıştır (133). Bu değişkenler, yaş, nabız hızı, sistolik kan basıncı, göğüs ağrısı varlığı, 4 ek komorbite varlığı (sigara, kanser varlığı, koah, demans),

yüksek kreatinin ve troponin sonucu, yüksek kanama riski ve ikincil acil servis teşhisinin varlığı (AF dışında). Çalışmamıza katılan doktorların, AF hastalarını müşahede alanına alma ve taburcu etme kararlarına etki eden faktörlerin ne olduğu sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde, AF tanılı hastaların mortalite oranını arttıran durumların analiz edildiği ve bu durumların varlığında, hastaların müşahede altında takip edildiği anlaşılmaktadır. Çalışmamıza katılan doktorların taburculuk için hasta seçim güvenliğinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

AF hastalarının taburculuk kararında OAK reçete edilecek hastaların seçimi sorulunca, katılımcılar, hasta kaynaklı olan bazı faktörleri dikkate aldıklarını dile getirmişlerdir. Hastanın ek hastalıklarının varlığı, yaşı ve cinsiyeti OAK reçete etmek için sebepler olarak gösterilmiştir. Dikkatlice analiz edilecek olursa bu parametreler, CHA2DS2-VASc skorunun bileşenleridir. Ancak bu temada daha önemli olan konu, OAK reçete etmeme davranışına sebebiyet veren durumlardır. Hastanın sosyal destek eksikliği, eğitim düzeyinin yetersizliği, mental kapasitesinin düşüklüğü OAK reçete etmeme davranışında katılımcılar için önemli bir yer tutmuştur. Hastaların antikoagülan ilacı uygun bir şekilde kullanmayacakları endişesi, hastaların inme profilaksisi için OAK reçete oranının yetersiz kalmasına sebebiyet vermektedir. Atrial fibrilasyon sebebiyle varfarin tedavisine başlanan yaşlı bireylerdeki sosyoekonomik durumun, kanama riskini ne ölçüde etkilediğini inceleyen bir çalışmada, varfarine bağlı kanamalar sebebiyle yatırılan hastaların ekonomik düzeyleri incelenmiştir(134). En düşük gelirli beşte birlik dilimdeki hastaların, en yüksek gelirli beşte birlik dilimdeki hastalara kıyasla kanama nedeniyle hastaneye yatış riskinin arttığı belirlenmiştir (134). Çalışmamıza katılan hekimlerin de, düşük sosyoekonomik durumdaki hastalardaki kanama riskini öngören bir defansif tıp yaklaşımı sergiledikleri anlaşılmaktadır.

AF hastasının acil servisten taburculuğu sonrasında, ayaktan takip gerekliliği tartışılmaz olsa da, takip için optimal süre ve uygun yer konusu henüz net olarak aydınlatılamamıştır. Bildiğimiz kadarı ile bu sorunları ortaya koyan sonuç odaklı randomize bir çalışma yapılmamıştır ve acil tıp kılavuzları bu konuda sessizdir. Peki, AF'si olan tüm hastaların gerçekten kardiyoloğa ihtiyacı var mı? Bu sorunun yanıtını arayan Dr. Stephen B. Wilton, AF'li hastaların acil servis taburculuğu sonrasında takip

süreçlerindeki değişikliklerle ilişkili sonuçları aydınlatmak için retrospektif gözlemsel bir kohort çalışması yapmıştır (130). Kanada'nın Ontario eyaletinde kaleme aldığı bu makalede, 2 yıl içerisinde acil servisten taburcu edilen yeni tanı AF hastalarında, acil servisten taburculuğu sonrası 1 yıl içerisinde en az 1 kez kardiyolog tarafından görülenlerle hiç poliklinik takibine gitmeyen hastaları kıyaslamıştır. Çalışmadan çıkarılan sonuçlardan biri; yeni tanı AF'nin, primer olarak yaşamı erken dönemde tehdit etmese de, yakın dönemde kardiyovasküler olay riskinin önemli bir belirteci olarak kabul edilmesidir. Bu gözlem tek başına AF hastaları için erken kardiyolog değerlendirmesi istemek için potansiyel bir gerekçe sağlamıştır. Bir başka çalışma, AF hastalarının yaklaşık yarısının 1 hafta içinde takip ziyareti yaptığını, ancak %18'inin 30 gün içinde herhangi bir takip ziyareti yapmadığını tespit etmiştir (135). Ayrıca bu çalışmada varılan önemli sonuçlardan biri de, aile hekimine başvurmama durumu, hastaların takip sürekliliği sağlayamamasının en önemli göstergesi olmuştur (135). Bu nedenle, kimin sağladığına bakılmaksızın, işbirliğine dayalı bakıma hızlı erişim, tromboembolik komplikasyonlardan korunma ve hayatta kalma avantajına aracılık eden önemli bir faktör olabilir. Nitekim çalışmamızdaki “Varfarin Kullanan hastaların INR Takibi Konusundaki öneriler” ve “AF Tanılı Hastaların Tanı, Tedavi ve Takibinde etkin olması gereken branşlar” temalarında verilen yanıtlar incelendiğinde, katılımcıların, aile hekimini AF'li hasta takibinin merkezinde gördüğü anlaşılmaktadır.

Acil servis hekimlerinin, AF tanılı hastanın ilk müdahalesinde hemodinamik değerlendirmeyi ve hız kontrolünü çoğunlukla tek başlarına yönetebilmelerine karşın; kardiyoloji konsultasyonuna başvurma sebeplerinin, yeni tanı AF hastalarına oral antikogülan başlanması durumunda poliklinik takibine girememeleri konusundaki endişe olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamıza katılan acil servis hekimlerinin büyük bir bölümü, OAK reçete etme hakkında görüş bildirirken, sadece vitamin K antagonisti olan varfarini baz almışlardır. YOAK reçete etme davranışına henüz klinik uygulamalarında yer vermemişlerdir. Tercih ettikleri tromboflaktik ajan varfarin olduğu için, INR kontrolü önem arz etmektedir. Bir hekim tarafından vitamin K antagonisti reçete edildiğinde, INR, terapötik aralığa ulaşana kadar genellikle günlük olarak kontrol edilir (136). Hasta, ardışık 2 gün boyunca kontrole çağırılır ve ardından, INR sonucuna göre, 1

ila 2 hafta boyunca haftada 2 veya 3 kez, daha sonra daha seyrek olarak kontrol edilir (136). Bu sebeple, varfarin reçete edilen hastaların kardiyoloji polikliniğine ya da aile hekimine INR kontrolüne gitmemesi durumunda gelişebilecek doz aşımı ihtimali, hastayı kanama komplikasyonlarıyla başbaşa bırakabilmektedir. Türkiye’de 3. basamak devlet hastanelerinde çeşitli uzmanlık branşlarına muayene randevuları, ancak hastalar tarafından, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) adlı uygulama kullanılarak alınmaktadır (137). Bu sistem, aciliyet ve önem sırası gözetmeyen, tamamen hastaların randevu için başvurma zamanını esas alan bir uygulamadır. Çalışmanın yapıldığı ildeki hastaneler baz alınarak yapılan 2 aylık incelemede, hastaların kardiyoloji polikliniğine muayene randevusunu, randevu için başvurduğu günü takip eden ortalama 8 ila 23 gün aralığındaki bir güne alabildiği saptanmıştır. Acil servis hekimleri, varfarin reçete edilen hastaların, polikliniklere başvuramaması sebebiyle INR takibine girememeleri sonucu kanama komplikasyonları ile karşılaşmalarından endişe duyduklarını beyan etmişlerdir. Bazı katılımcı yanıtları incelendiğinde, kardiyoloji poliklinik randevusu alamayacağı ya da INR takibine giremeyeceği düşünülen AF hastalarının acil serviste tanı konulduğu anda konsultasyon yoluyla kardiyoloji uzmanları tarafından değerlendirilmesinin, kardiyoloji hekimi ile hasta arasında köprü oluşturacağı inancı dile getirilmiştir. Varfarin reçete edilecek hastaların takibinin, ancak acil servisten konsultasyon yoluyla başlatılabileceği inancı, AF yönetiminde kardiyoloji konsultasyonuna başvuran katılımcı sayısının fazlalığının sebebi olabilir. Ayrıca, katılımcılara yöneltilen, oral antikoagülan reçete etme sıklığını arttırabilecek olan faktörlerin neler olduğu sorusuna da, hastaların poliklinik takibine girebilecek olmasına duyulan güvenin artması ile OAK reçete sıklığını arttırabileceği görüşü, kardiyoloji konsultasyonu tercihine paralel bir tutumdur.

Antikoagülan reçete etmek için INR testinin bir zorunluluk olduğu algısı, yeni nesil antikoagülan ilaçların henüz acil servislerde kullanım alışkanlığının olmaması olabilir.

Bilindiği üzere 2010 yılından beri inme profilaksisinde, YOAK’ların kullanımı giderek artmaktadır. 2020 yılında Amerika’nın Oregon eyaletindeki yıllık acil servis hacmi 50.000 yetişkin hastadan oluşan bir 3.basamak hastanede yapılan araştırmada, acil servis hekimlerinin, AF hastalarına inme

profilaksisi amacıyla YOAK'ları da reçete ettiği saptanmıştır (131). Bizim çalışmamıza katılan acil servis hekimleri ise YOAK'ları reçete etmediklerini dile getirmişlerdir. Bunun sebeplerinden biri, Türkiye'deki acil servis hekimlerinin güncel tıbbi gelişmeleri yeteri düzeyde takip etmemeleri olabilir mi? Nitekim bazı katılımcılar, YOAK reçete yazma sıklığının irdelendiği soruya; “ YOAK konusunda bilgi ve tecrübe düzeyim eksik” şeklinde yanıt vermiştir. Ancak verilen yanıtlar daha derinlemesine incelendiğinde, acil servis hekimlerinin YOAK'lar konusundaki yetki alanı irdelenmelidir. Türkiye'de YOAK'lar, acil uzmanları tarafından reçete edildiğinde, ilaç bedeli için sigorta geri ödemesinin olmadığı saptanmaktadır (edoksaban, dabigatran, rivaroksaban, apiksaban adlı ilaçlar, Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) Ek:RG-16/06/2020-31157/10-b md. Yürürlük: 24/06/2020 kararıyla, kardiyoloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi ve nöroloji uzman hekimlerinden en az üçünün bulunduğu 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir) (138).

Bazı acil servis hekimleri, Türkiye'de acil servis hekimleri tarafından reçete edilmesi durumunda sigorta tarafından geri ödemesi olmayan YOAK ilaçlarını, hastaya olan maliyeti sebebiyle tercih etmediklerini dile getirmişlerdir. Atrial Fibrilasyon için antikoagülan seçiminde sosyoekonomik durumun etkisinin araştırıldığı Kanada'da yapılmış bir çalışma mevcuttur. Kanada'da dabigatranın henüz sigorta geri ödeme kapsamında olmadığı 2008-2010 yılları arasındaki 2 yıllık süreçte, varfarin kullanan AF hastalarından dabigatran tedavisine geçenlerin sosyoekonomik düzeyi analiz edilmiştir. En yüksek gelir dilimindeki hastaların %11.4'ü dabigatran'a geçmişken, en düşük gelir diliminde ise bu oran %7.3 olarak saptanmıştır. Çalışmada %50 düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur(139)..

Acil serviste saptanan yüksek riskli AF hastalarının, sigorta geri ödeme sorunu sebebiyle YOAK reçete edilmeden taburcu edilen hastalarda gelişebilecek komplikasyonların maliyetinin, acil servis hekimleri tarafından YOAK reçete etme maliyetiyle karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca sigortacılık hizmetlerinin revizyonu ile YOAK'ların acil tıp uzmanları tarafından reçete edilebilmesi durumunda, doktorların antikoagülan reçete etme konusundaki eğilimlerinin değişip değişmeyeceğine dair pilot uygulamalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda, AF hastalarının taburculuğunda reçete edilen antikoagülan tercihinin ne olduğu sorusuna, katılımcıların büyük bir çoğunluğu, DMAH yanıtını vermiştir. Literatürde AF hastalarının taburculuğunda hiçbir kılavuz DMAH reçetesini primer profilaksi olarak önermemektedir. Sadece gebelik durumu, preoperatif/postoperatif dönemler ve kardiyoversiyon öncesinde önerilmektedir. Katılımcıların, AF hastalarına DMAH reçete etmelerinin altında yatan bazı sebepler olabilir. Katılımcılar tarafından verilen cevaplar incelendiğinde, bunun sebebi, DMAH kullanımı ile ilaç düzeyi takip gerekliliğinin olmaması inancıdır. AF'li hastanın taburculuğunda DMAH reçete ettiğini beyan eden birçok katılımcının, “Taburcu Olacak Hastada Oral Antikoagülan Başlama Kararı” temasında, hastaların takip edileceğine olan inancın artmasının, OAK tercihinin arttıracağına ilişkin yanıtlar verdikleri saptanmıştır. DMAH tercih sebebinin, hastaların erken dönemde kardiyoloji poliklinik takibine girmemesi sebebiyle hekimlerin endişelerini azaltan alternatif bir yöntem olduğunu düşündürmektedir. Ancak tüm bu inanışlara karşın, katılımcılardaki, DMAH'ın uygulama şeklinin subkutan oluşu, hasta tarafından uygulanmasının zorluğu ve tekrarlayan kullanımının konforsuz olduğu görüşü, akıllara yine YOAK'ları getirmiştir.

5.2 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Acil servis hekimleri ile yapılan yarı yapılandırılmış bu görüşmelerde, ortalama görüşme süresinin 20-25 dakika olması, bazı katılımcıların görüşme sırasında konsantrasyon problemi yaşamasına sebep olmuş olabilir. Bazı acil servis hekimlerinin, kendilerine yöneltilen sorulara, klinik uygulamalardaki bireysel yaklaşımlarından ziyade; en ideal ve en doğru yaklaşımı verme fikrine bürünmüş olması da olasıdır. Ayrıca hastanenin acil servisinde çalışan hekimlerden sadece 1 tanesinin 20 yıl üstü tecrübeye sahip olup; bu kişinin son dönemde hiç AF tanılı hastanın yönetiminde ve

taburculuğunda bulunmaması, katılan hekimlerin en deneyimli olanının 15 yıllık deneyime sahip olmasına, 15 yıldan daha tecrübeli doktorların görüşme analizinin yapılamamasına sebep olmuştur. Tüm bunlar çalışmamızın kısıtlayıcı etmenleri olmuş olabilir.

5.3 SONUÇ

Acil servis hekimlerinin yeni saptanan AF hastalarının taburculuğunda oral antikoagülan ilaç reçete etmelerine etki eden birden çok değişken vardır. Acil tıp branşına spesifik kılavuzların, AF hastalarının taburculuğunda kullanacak antikoagülanlara yönelik tavsiyelerde bulunması, acil tıp hekimleri arasındaki yaklaşım farklılıklarını azaltacaktır. Özetle, AF tanılı hastaya yaklaşımda acil servis hekimlerinin rolü daha net çizgilerle belirlenmelidir. Sistem düzeyinde iyileştirmeler yapılmasını, tanı-müdahale-reçete-takip zincirinin oluşturulmasını, doktor eğitiminin artırılmasını içeren kapsamlı bir geliştirmeye ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Kim MH, Johnston SS, Chu B-C, Dalal MR, Schulman KL. Estimation of Total Incremental Health Care Costs in Patients With Atrial Fibrillation in the United States. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2011 May;4(3):313–20.
2. Colilla S, Crow A, Petkun W, Singer DE, Simon T, Liu X. Estimates of Current and Future Incidence and Prevalence of Atrial Fibrillation in the U.S. Adult Population. *The American Journal of Cardiology*. 2013 Oct;112(8):1142–7.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. *Circulation*. 2016 Jan 26;133(4).
4. Kusumoto FM, Schoenfeld MH, Barrett C, Edgerton JR, Ellenbogen KA, Gold MR, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2019 Aug 20;140(8).
5. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal*. 2016 Oct 7;37(38):2893–962.
6. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of Clinical Classification Schemes for Predicting Stroke. *JAMA*. 2001 Jun 13;285(22):2864.
7. Reynolds MR, Shah J, Essebag V, Olshansky B, Friedman PA, Hadjis T, et al. Patterns and Predictors of Warfarin Use in Patients With New-Onset Atrial Fibrillation from the FRACTAL Registry. *The American Journal of Cardiology*. 2006 Feb;97(4):538–43.
8. Hsu JC, Maddox TM, Kennedy KF, Katz DF, Marzec LN, Lubitz SA, et al. Oral Anticoagulant Therapy Prescription in Patients With Atrial Fibrillation Across the Spectrum of Stroke Risk. *JAMA Cardiology*. 2016 Apr 1;1(1):55.
9. Sandhu RK, Bakal JA, Ezekowitz JA, McAlister FA. The epidemiology of atrial fibrillation in adults depends on locale of diagnosis. *American Heart Journal*. 2011 May;161(5):986–992.e1.
10. Scheuermeyer FX, Innes G, Pourvali R, Dewitt C, Grafstein E, Heslop C, et al. Missed Opportunities for Appropriate Anticoagulation Among Emergency Department Patients With Uncomplicated Atrial Fibrillation or Flutter. *Annals of Emergency Medicine*. 2013 Dec;62(6):557–565.e2.
11. Vinson D, Warton M, Mark D, Ballard D, Reed M, Chettipally U, et al. Thromboprophylaxis for Patients with High-risk Atrial Fibrillation and Flutter Discharged from the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2018 Mar 5;19(2):346–60.
12. Coll-Vinent B, Martín A, Malagón F, Suero C, Sánchez J, Varona M, et al. Stroke Prophylaxis in Atrial Fibrillation: Searching for Management Improvement Opportunities in the Emergency Department: The

- HERMES-AF Study. *Annals of Emergency Medicine*. 2015 Jan;65(1):1–12.
13. Anderson JL, Halperin JL, Albert NM, Bozkurt B, Brindis RG, Curtis LH, et al. Management of Patients With Atrial Fibrillation (Compilation of 2006 ACCF/AHA/ESC and 2011 ACCF/AHA/HRS Recommendations). *Circulation*. 2013 May 7;127(18):1916–26.
 14. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*. 2019 Jul;74(1):104–32.
 15. Andrade JG, Verma A, Mitchell LB, Parkash R, Leblanc K, Atzema C, et al. 2018 Focused Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Canadian Journal of Cardiology*. 2018 Nov;34(11):1371–92.
 16. Gilbert CJ, Angaran P, Mariano Z, Aves T, Dorian P. Rhythm and rate control of atrial fibrillation in the emergency department – A large community-based observational study. *CJEM*. 2018 Nov 5;20(6):834–40.
 17. Penttilä T, Mäkynen H, Hartikainen J, Hyppölä H, Lauri T, Lehto M, et al. Antiarrhythmic drug therapy among patients presenting to emergency department with symptomatic atrial fibrillation – a prospective nationwide cohort. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2017 Dec 15;25(1):81.
 18. Tran C, Bennell MC, Qiu F, Ko DT, Singh SM, Dorian P, et al. Predictors and clinical outcomes of inpatient versus ambulatory management after an emergency department visit for atrial fibrillation: A population-based study. *American Heart Journal*. 2016 Mar;173:161–9.
 19. Rogenstein C, Kelly A-M, Mason S, Schneider S, Lang E, Clement CM, et al. An International View of How Recent-onset Atrial Fibrillation Is Treated in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*. 2012 Nov;19(11):1255–60.
 20. Stiell IG, Clement CM, Brison RJ, Rowe BH, Borgundvaag B, Langan T, et al. Variation in Management of Recent-Onset Atrial Fibrillation and Flutter Among Academic Hospital Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*. 2011 Jan;57(1):13–21.
 21. Ptaszek LM, White B, Lubitz SA, Carnicelli AP, Heist EK, Ellinor PT, et al. Effect of a Multidisciplinary Approach for the Management of Patients With Atrial Fibrillation in the Emergency Department on Hospital Admission Rate and Length of Stay. *The American Journal of Cardiology*. 2016 Jul;118(1):64–71.
 22. Steinberg JS, O’Connell H, Li S, Ziegler PD. Thirty-Second Gold Standard Definition of Atrial Fibrillation and Its Relationship With Subsequent Arrhythmia Patterns. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*. 2018 Jul;11(7).
 23. Chugh SS, Havmoeller R, Narayanan K, Singh D, Rienstra M, Benjamin EJ, et al. Worldwide Epidemiology of Atrial Fibrillation. *Circulation*. 2014 Feb 25;129(8):837–47.
 24. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2019 Mar 5;139(10).

25. Krijthe BP, Kunst A, Benjamin EJ, Lip GYH, Franco OH, Hofman A, et al. Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. *European Heart Journal*. 2013 Sep 1;34(35):2746–51.
26. Boriani G, Savelieva I, Dan G-A, Deharo JC, Ferro C, Israel CW, et al. Chronic kidney disease in patients with cardiac rhythm disturbances or implantable electrical devices: clinical significance and implications for decision making-a position paper of the European Heart Rhythm Association endorsed by the Heart Rhythm Society and the Asia Pacific Heart Rhythm Society. *EP Europace*. 2015 Aug 1;17(8):1169–96.
27. Aune D, Feng T, Schlesinger S, Janszky I, Norat T, Riboli E. Diabetes mellitus, blood glucose and the risk of atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2018 May;32(5):501–11.
28. Cadby G, McArdle N, Briffa T, Hillman DR, Simpson L, Knuiman M, et al. Severity of OSA Is an Independent Predictor of Incident Atrial Fibrillation Hospitalization in a Large Sleep-Clinic Cohort. *Chest*. 2015 Oct;148(4):945–52.
29. Hobbelt AH, Siland JE, Geelhoed B, van der Harst P, Hillege HL, van Gelder IC, et al. Clinical, biomarker, and genetic predictors of specific types of atrial fibrillation in a community-based cohort: data of the PREVEND study. *Europace*. 2016 Mar 7;euw016.
30. Nalliah CJ, Sanders P, Kalman JM. The Impact of Diet and Lifestyle on Atrial Fibrillation. *Current Cardiology Reports*. 2018 Dec 12;20(12):137.
31. Lip GYH, Coca A, Kahan T, Boriani G, Manolis AS, Olsen MH, et al. Hypertension and cardiac arrhythmias: a consensus document from the European Heart Rhythm Association (EHRA) and ESC Council on Hypertension, endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS) and Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca y Electrofisiología (SOLEACE). *EP Europace*. 2017 Jun 1;19(6):891–911.
32. Ertaş F, Kaya H, Kaya Z, Bulur S, Köse N, Gül M, et al. Epidemiology of atrial fibrillation in Turkey: Preliminary results of the multicenter AFTER study. *Türk Kardiyoloji Dernegi Arsivi*. 2013;41(2):99–104.
33. Haïssaguerre M, Jaïs P, Shah DC, Takahashi A, Hocini M, Quiniou G, et al. Spontaneous Initiation of Atrial Fibrillation by Ectopic Beats Originating in the Pulmonary Veins. *New England Journal of Medicine*. 1998 Sep 3;339(10):659–66.
34. Ferrari R, Bertini M, Blomstrom-Lundqvist C, Dobrev D, Kirchhof P, Pappone C, et al. An update on atrial fibrillation in 2014: From pathophysiology to treatment. *International Journal of Cardiology*. 2016 Jan;203:22–9.
35. Lau DH, Linz D, Schotten U, Mahajan R, Sanders P, Kalman JM. Pathophysiology of Paroxysmal and Persistent Atrial Fibrillation: Rotors, Foci and Fibrosis. *Heart, Lung and Circulation*. 2017 Sep;26(9):887–93.
36. Nattel S, Burstein B, Dobrev D. Atrial Remodeling and Atrial Fibrillation. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*. 2008 Apr;1(1):62–73.
37. Voigt N, Heijman J, Wang Q, Chiang DY, Li N, Karck M, et al. Cellular and Molecular Mechanisms of Atrial Arrhythmogenesis in Patients With

- Paroxysmal Atrial Fibrillation. *Circulation*. 2014 Jan 14;129(2):145–56.
38. Mahnkopf C, Badger TJ, Burgon NS, Daccarett M, Haslam TS, Badger CT, et al. Evaluation of the left atrial substrate in patients with lone atrial fibrillation using delayed-enhanced MRI: Implications for disease progression and response to catheter ablation. *Heart Rhythm*. 2010 Oct;7(10):1475–81.
 39. Nattel S, Guasch E, Savelieva I, Cosio FG, Valverde I, Halperin JL, et al. Early management of atrial fibrillation to prevent cardiovascular complications. *European Heart Journal*. 2014 Jun 2;35(22):1448–56.
 40. Chimenti C, Russo MA, Carpi A, Frustaci A. Histological substrate of human atrial fibrillation. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2010 Mar;64(3):177–83.
 41. WALDO AL. Mechanisms of Atrial Fibrillation. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*. 2003 Dec 15;14(s12):S267–74.
 42. Wynn GJ, Todd DM, Webber M, Bonnett L, McShane J, Kirchhof P, et al. The European Heart Rhythm Association symptom classification for atrial fibrillation: validation and improvement through a simple modification. *Europace*. 2014 Jul 1;16(7):965–72.
 43. de With RR, Rienstra M, Smit MD, Weijs B, Zwartkruis VW, Hobbelt AH, et al. Targeted therapy of underlying conditions improves quality of life in patients with persistent atrial fibrillation: results of the RACE 3 study. *EP Europace*. 2019 Apr 1;21(4):563–71.
 44. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Bax JJ, Boriani G, Dan GA, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Vol. 42, *European Heart Journal*. Oxford University Press; 2021. p. 373–498.
 45. Borre E, Goode A, Raitz G, Shah B, Lowenstern A, Chatterjee R, et al. Predicting Thromboembolic and Bleeding Event Risk in Patients with Non-Valvular Atrial Fibrillation: A Systematic Review. *Thrombosis and Haemostasis*. 2018 Dec 30;118(12):2171–87.
 46. Chao T-F, Lip GYH, Liu C-J, Lin Y-J, Chang S-L, Lo L-W, et al. Relationship of Aging and Incident Comorbidities to Stroke Risk in Patients With Atrial Fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018 Jan;71(2):122–32.
 47. Yoon M, Yang P-S, Jang E, Yu H, Kim T-H, Uhm J-S, et al. Dynamic Changes of CHA2DS2-VASc Score and the Risk of Ischaemic Stroke in Asian Patients with Atrial Fibrillation: A Nationwide Cohort Study. *Thrombosis and Haemostasis*. 2018 Jul 3;118(07):1296–304.
 48. Wu VC-C, Wu M, Aboyans V, Chang S-H, Chen S-W, Chen M-C, et al. Female sex as a risk factor for ischaemic stroke varies with age in patients with atrial fibrillation. *Heart*. 2020 Apr;106(7):534–40.
 49. Friberg L, Benson L, Rosenqvist M, Lip GYH. Assessment of female sex as a risk factor in atrial fibrillation in Sweden: nationwide retrospective cohort study. *BMJ*. 2012 May 30;344(may30 3):e3522–e3522.
 50. Overvad TF, Potpara TS, Nielsen PB. Stroke Risk Stratification: CHA2DS2-VA or CHA2DS2-VASc? *Heart, Lung and Circulation*. 2019 Feb;28(2):e14–5.
 51. Nielsen PB, Overvad TF. Female Sex as a Risk Modifier for Stroke Risk in Atrial Fibrillation: Using CHA2DS2-VASc versus CHA2DS2-VA for

- Stroke Risk Stratification in Atrial Fibrillation: A Note of Caution. *Thrombosis and Haemostasis*. 2020 Jun 21;120(06):894–8.
52. Gage BF, Yan Y, Milligan PE, Waterman AD, Culverhouse R, Rich MW, et al. Clinical classification schemes for predicting hemorrhage: Results from the National Registry of Atrial Fibrillation (NRAF). *American Heart Journal*. 2006 Mar;151(3):713–9.
 53. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaet R, de Vos CB, Crijns HJGM, Lip GYH. A Novel User-Friendly Score (HAS-BLED) To Assess 1-Year Risk of Major Bleeding in Patients With Atrial Fibrillation. *Chest*. 2010 Nov;138(5):1093–100.
 54. Fang MC, Go AS, Chang Y, Borowsky LH, Pomernacki NK, Udaltsova N, et al. A New Risk Scheme to Predict Warfarin-Associated Hemorrhage. *Journal of the American College of Cardiology*. 2011 Jul;58(4):395–401.
 55. Lane DA, Lip GYH. Use of the CHA₂DS₂-VASc and HAS-BLED Scores to Aid Decision Making for Thromboprophylaxis in Nonvalvular Atrial Fibrillation. *Circulation*. 2012 Aug 14;126(7):860–5.
 56. Man-Son-Hing M, Nichol G, Lau A, Laupacis A. Choosing Antithrombotic Therapy for Elderly Patients With Atrial Fibrillation Who Are at Risk for Falls. *Archives of Internal Medicine*. 1999 Apr 12;159(7):677.
 57. Thomas MR, Lip GYH. Novel Risk Markers and Risk Assessments for Cardiovascular Disease. *Circulation Research*. 2017 Jan 6;120(1):133–49.
 58. Khan AA, Lip GYH. The prothrombotic state in atrial fibrillation: pathophysiological and management implications. *Cardiovascular Research*. 2019 Jan 1;115(1):31–45.
 59. Berg DD, Ruff CT, Jarolim P, Giugliano RP, Nordio F, Lanz HJ, et al. Performance of the ABC Scores for Assessing the Risk of Stroke or Systemic Embolism and Bleeding in Patients With Atrial Fibrillation in ENGAGE AF-TIMI 48. *Circulation*. 2019 Feb 5;139(6):760–71.
 60. Rivera-Caravaca JM, Marín F, Vilchez JA, Gálvez J, Esteve-Pastor MA, Vicente V, et al. Refining Stroke and Bleeding Prediction in Atrial Fibrillation by Adding Consecutive Biomarkers to Clinical Risk Scores. *Stroke*. 2019 Jun;50(6):1372–9.
 61. Asunción Esteve-Pastor M, Miguel Rivera-Caravaca J, Roldán V, Vicente V, Valdés M, Marín F, et al. Long-term bleeding risk prediction in ‘real world’ patients with atrial fibrillation: Comparison of the HAS-BLED and ABC-Bleeding risk scores. *Thrombosis and Haemostasis*. 2017 Nov 8;117(10):1848–58.
 62. Shin SY, Han S, Kim J, Im S il, Shim J, Ahn J, et al. Identification of Markers Associated With Development of Stroke in “Clinically Low-Risk” Atrial Fibrillation Patients. *Journal of the American Heart Association*. 2019 Nov 5;8(21).
 63. Guo Y, Lane DA, Chen Y, Lip GYH. Regular Bleeding Risk Assessment Associated with Reduction in Bleeding Outcomes: The mAFA-II Randomized Trial. *The American Journal of Medicine*. 2020 Oct;133(10):1195-1202.e2.
 64. Seeger JD, Bykov K, Bartels DB, Huybrechts K, Zint K, Schneeweiss S. Safety and effectiveness of dabigatran and warfarin in routine care of patients with atrial fibrillation. *Thrombosis and Haemostasis*. 2015 Nov 30;114(12):1277–89.

65. Caterina R, Husted S, Wallentin L, Andreotti F, Arnesen H, Bachmann F, et al. Vitamin K antagonists in heart disease: Current status and perspectives (Section III). *Thrombosis and Haemostasis*. 2013 Nov 30;110(12):1087–107.
66. Wan Y, Heneghan C, Perera R, Roberts N, Hollowell J, Glasziou P, et al. Anticoagulation Control and Prediction of Adverse Events in Patients With Atrial Fibrillation. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2008 Nov;1(2):84–91.
67. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: Antithrombotic Therapy to Prevent Stroke in Patients Who Have Nonvalvular Atrial Fibrillation. *Annals of Internal Medicine*. 2007 Jun 19;146(12):857.
68. Shoenb M, Fang MC. Assessing bleeding risk in patients taking anticoagulants. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*. 2013 Apr 12;35(3):312–9.
69. Gomes T, Mamdani MM, Holbrook AM, Paterson JM, Hellings C, Juurlink DN. Rates of hemorrhage during warfarin therapy for atrial fibrillation. *Canadian Medical Association Journal*. 2013 Feb 5;185(2):E121–7.
70. Amin A. Oral anticoagulation to reduce risk of stroke in patients with atrial fibrillation: current and future therapies. *Clinical Interventions in Aging*. 2013 Jan;75.
71. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJV, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al. Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *New England Journal of Medicine*. 2011 Sep 15;365(11):981–92.
72. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *New England Journal of Medicine*. 2009 Sep 17;361(12):1139–51.
73. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. *New England Journal of Medicine*. 2011 Sep 8;365(10):883–91.
74. de Groot JR, Ruff CT, Murphy SA, Hamerschock RA, Vehmeijer JT, Oude Ophuis AJM, et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation in relation to the risk of stroke: A secondary analysis of the ENGAGE AF-TIMI 48 study. *American Heart Journal*. 2021 May;235:132–9.
75. Turpie AGG, Purdham D, Ciaccia A. Nonvitamin K antagonist oral anticoagulant use in patients with renal impairment. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease*. 2017 Sep 27;11(9):243–56.
76. Dzeshka MS, Pastori D, Lip GYH. Direct oral anticoagulant reversal: how, when and issues faced. *Expert Review of Hematology*. 2017 Nov 2;10(11):1005–22.
77. Thibault N, Morrill AM, Willett KC. Idarucizumab for Reversing Dabigatran-Induced Anticoagulation: A Systematic Review. *American Journal of Therapeutics*. 2018 May;25(3):e333–8.
78. Milling TJ, Kaatz S. Preclinical and Clinical Data for Factor Xa and “Universal” Reversal Agents. *The American Journal of Medicine*. 2016 Nov;129(11):S80–8.
79. Elmouchi DA, VanOosterhout S, Muthusamy P, Khan M, Puetz C, Davis AT, et al. Impact of an Emergency Department–Initiated Clinical Protocol for the Evaluation and Treatment of Atrial Fibrillation. *Critical Pathways in Cardiology: A Journal of Evidence-Based Medicine*. 2014 Jun;13(2):43–8.

80. White JL, Heller MB, Kahoud RJ, Slade D, Harding JD. Performance of an expedited rhythm control method for recent onset atrial fibrillation in a community hospital. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2015 Jul;33(7):957–62.
81. Stiell IG, Clement CM, Perry JJ, Vaillancourt C, Symington C, Dickinson G, et al. Association of the Ottawa Aggressive Protocol with rapid discharge of emergency department patients with recent-onset atrial fibrillation or flutter. *CJEM*. 2010 May 21;12(03):181–91.
82. Carter L, Gardner M, Magee K, Fearon A, Morgulis I, Doucette S, et al. An Integrated Management Approach to Atrial Fibrillation. *Journal of the American Heart Association*. 2016 Jan 13;5(1).
83. Bode W, Ptaszek LM. Management of Atrial Fibrillation in the Emergency Department. Vol. 23, *Current cardiology reports*. NLM (Medline); 2021. p. 179.
84. Al-Khatib SM, Allen LaPointe NM, Chatterjee R, Crowley MJ, Dupre ME, Kong DF, et al. Rate- and Rhythm-Control Therapies in Patients With Atrial Fibrillation. *Annals of Internal Medicine*. 2014 Jun 3;160(11):760.
85. Tamariz LJ, Bass EB. Pharmacological rate control of atrial fibrillation. *Cardiology Clinics*. 2004 Feb;22(1):35–45.
86. Nikolaidou T, Channer KS. Chronic atrial fibrillation: a systematic review of medical heart rate control management. *Postgraduate Medical Journal*. 2009 Jun 1;85(1004):303–12.
87. Groenveld HF, Crijns HJGM, van den Berg MP, van Sonderen E, Alings AM, Tijssen JGP, et al. The Effect of Rate Control on Quality of Life in Patients With Permanent Atrial Fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*. 2011 Oct;58(17):1795–803.
88. van Gelder IC, Groenveld HF, Crijns HJGM, Tuininga YS, Tijssen JGP, Alings AM, et al. Lenient versus Strict Rate Control in Patients with Atrial Fibrillation. *New England Journal of Medicine*. 2010 Apr 15;362(15):1363–73.
89. van Gelder IC, Wyse DG, Chandler ML, Cooper HA, Olshansky B, Hagens VE, et al. Does intensity of rate-control influence outcome in atrial fibrillation? An analysis of pooled data from the RACE and AFFIRM studies. *EP Europace*. 2006 Nov 1;8(11):935–42.
90. Kotecha D, Holmes J, Krum H, Altman DG, Manzano L, Cleland JGF, et al. Efficacy of β blockers in patients with heart failure plus atrial fibrillation: an individual-patient data meta-analysis. *The Lancet*. 2014 Dec;384(9961):2235–43.
91. Ulimoen SR, Enger S, Carlson J, Platonov PG, Pripp AH, Abdelnoor M, et al. Comparison of Four Single-Drug Regimens on Ventricular Rate and Arrhythmia-Related Symptoms in Patients With Permanent Atrial Fibrillation. *The American Journal of Cardiology*. 2013 Jan;111(2):225–30.
92. Andrey JL, Romero S, Garcia-Egido A, Escobar MA, Corzo R, Garcia-Dominguez G, et al. Mortality and morbidity of heart failure treated with digoxin. A propensity-matched study. *International Journal of Clinical Practice*. 2011 Dec;65(12):1250–8.
93. Flory JH, Ky B, Haynes K, M Brunelli S, Munson J, Rowan C, et al. Observational cohort study of the safety of digoxin use in women with heart failure. *BMJ Open*. 2012 Apr 13;2(2):e000888.

94. Gheorghiade M, Fonarow GC, van Veldhuisen DJ, Cleland JGF, Butler J, Epstein AE, et al. Lack of evidence of increased mortality among patients with atrial fibrillation taking digoxin: findings from post hoc propensity-matched analysis of the AFFIRM trial. *European Heart Journal*. 2013 May 2;34(20):1489–97.
95. Aguirre Dávila L, Weber K, Bavendiek U, Bauersachs J, Wittes J, Yusuf S, et al. Digoxin–mortality: randomized vs. observational comparison in the DIG trial. *European Heart Journal*. 2019 Oct 21;40(40):3336–41.
96. Ulimoen SR, Enger S, Pripp AH, Abdelnoor M, Arnesen H, Gjesdal K, et al. Calcium channel blockers improve exercise capacity and reduce N-terminal Pro-B-type natriuretic peptide levels compared with beta-blockers in patients with permanent atrial fibrillation. *European Heart Journal*. 2014 Feb 21;35(8):517–24.
97. Figulla HR, Gietzen F, Zeymer U, Raiber M, Hegselmann J, Soballa R, et al. Diltiazem Improves Cardiac Function and Exercise Capacity in Patients With Idiopathic Dilated Cardiomyopathy. *Circulation*. 1996 Aug;94(3):346–52.
98. Hallberg P, Lindbäck J, Lindahl B, Stenestrand U, Melhus H. Digoxin and mortality in atrial fibrillation: a prospective cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2007 Sep 6;63(10):959–71.
99. Turakhia MP, Santangeli P, Winkelmayer WC, Xu X, Ullal AJ, Than CT, et al. Increased Mortality Associated With Digoxin in Contemporary Patients With Atrial Fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014 Aug;64(7):660–8.
100. Whitbeck MG, Charnigo RJ, Khairy P, Ziada K, Bailey AL, Zegarra MM, et al. Increased mortality among patients taking digoxin--analysis from the AFFIRM study. *European Heart Journal*. 2013 May 2;34(20):1481–8.
101. Ziff OJ, Lane DA, Samra M, Griffith M, Kirchhof P, Lip GYH, et al. Safety and efficacy of digoxin: systematic review and meta-analysis of observational and controlled trial data. *BMJ*. 2015 Aug 30;h4451.
102. Clemo HF, Wood MA, Gilligan DM, Ellenbogen KA. Intravenous Amiodarone for Acute Heart Rate Control in the Critically Ill Patient With Atrial Tachyarrhythmias. *The American Journal of Cardiology*. 1998 Mar;81(5):594–8.
103. Scheuermeyer FX, Grafstein E, Stenstrom R, Christenson J, Heslop C, Heilbron B, et al. Safety and Efficiency of Calcium Channel Blockers Versus Beta-blockers for Rate Control in Patients With Atrial Fibrillation and No Acute Underlying Medical Illness. *Academic Emergency Medicine*. 2013 Mar;20(3):222–30.
104. Schreck DM, Rivera AR, Tricarico VJ. Emergency Management of Atrial Fibrillation and Flutter: Intravenous Diltiazem Versus Intravenous Digoxin. *Annals of Emergency Medicine*. 1997 Jan;29(1):135–40.
105. Siu C-W, Lau C-P, Lee W-L, Lam K-F, Tse H-F. Intravenous diltiazem is superior to intravenous amiodarone or digoxin for achieving ventricular rate control in patients with acute uncomplicated atrial fibrillation*. *Critical Care Medicine*. 2009 Jul;37(7):2174–9.
106. Tisdale JE, Padhi ID, Goldberg AD, Silverman NA, Webb CR, Higgins RSD, et al. A randomized, double-blind comparison of intravenous diltiazem and digoxin for atrial fibrillation after coronary artery bypass surgery. *American Heart Journal*. 1998 May;135(5):739–47.

107. Darby AE, DiMarco JP. Management of Atrial Fibrillation in Patients With Structural Heart Disease. *Circulation*. 2012 Feb 21;125(7):945–57.
108. Kotecha D, Piccini JP. Atrial fibrillation in heart failure: what should we do? *European Heart Journal*. 2015 Sep 28;ehv513.
109. Delle Karth G, Geppert A, Neunteufl T, Priglinger U, Haumer M, Gschwandtner M, et al. Amiodarone versus diltiazem for rate control in critically ill patients with atrial tachyarrhythmias. *Critical Care Medicine*. 2001 Jun;29(6):1149–53.
110. Hou Z-Y, CHANG M-S, CHEN C-Y, TU M-S, LIN S-L, CHIANG H-T, et al. Acute treatment of recent-onset atrial fibrillation and flutter with a tailored dosing regimen of intravenous amiodarone. *European Heart Journal*. 1995 Apr;16(4):521–8.
111. Lim K-T, Davis MJE, Powell A, Arnolda L, Moulden K, Bulsara M, et al. Ablate and pace strategy for atrial fibrillation: long-term outcome of AIRCRAFT trial. *Europace*. 2007 May 23;9(7):498–505.
112. Queiroga A. Ablate and pace revisited: long term survival and predictors of permanent atrial fibrillation. *Heart*. 2003 Sep 1;89(9):1035–8.
113. Ecker V, Knoery C, Rushworth G, Rudd I, Ortner A, Begley D, et al. A review of factors associated with maintenance of sinus rhythm after elective electrical cardioversion for atrial fibrillation. *Clinical Cardiology*. 2018 Jun;41(6):862–70.
114. Siontis KC, Ioannidis JPA, Katriotis GD, Noseworthy PA, Packer DL, Hummel JD, et al. Radiofrequency Ablation Versus Antiarrhythmic Drug Therapy for Atrial Fibrillation. *JACC: Clinical Electrophysiology*. 2016 Apr;2(2):170–80.
115. Gilbert KA, Hogarth AJ, MacDonald W, Lewis NT, Tan LB, Tayebjee MH. Restoration of sinus rhythm results in early and late improvements in the functional reserve of the heart following direct current cardioversion of persistent AF: FRESH-AF. *International Journal of Cardiology*. 2015 Nov;199:121–5.
116. Kirchhof P, Mönnig G, Wasmer K, Heinecke A, Breithardt G, Eckardt L, et al. A trial of self-adhesive patch electrodes and hand-held paddle electrodes for external cardioversion of atrial fibrillation (MOBIPAPA). *European Heart Journal*. 2005 Jul 1;26(13):1292–7.
117. Kirchhof P, Eckardt L, Loh P, Weber K, Fischer R-J, Seidl K-H, et al. Anterior-posterior versus anterior-lateral electrode positions for external cardioversion of atrial fibrillation: a randomised trial. *The Lancet*. 2002 Oct;360(9342):1275–9.
118. Furniss SS, Sneyd JR. Safe sedation in modern cardiological practice. *Heart*. 2015 Oct 1;101(19):1526–30.
119. Mittal S, Ayati S, Stein KM, Schwartzman D, Cavlovich D, Tchou PJ, et al. Transthoracic Cardioversion of Atrial Fibrillation. *Circulation*. 2000 Mar 21;101(11):1282–7.
120. Inácio JFS, Rosa M dos SG da, Shah J, Rosário J, Vissoci JRN, Manica ALL, et al. Monophasic and biphasic shock for transthoracic conversion of atrial fibrillation: Systematic review and network meta-analysis. *Resuscitation*. 2016 Mar;100:66–75.
121. Kirkland S, Stiell I, AlShawabkeh T, Campbell S, Dickinson G, Rowe BH. The Efficacy of Pad Placement for Electrical Cardioversion of Atrial Fibrillation/Flutter: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*. 2014 Jul;21(7):717–26.

122. Boriani G, Diemberger I, Biffi M, Martignani C, Branzi A. Pharmacological Cardioversion of Atrial Fibrillation. *Drugs*. 2004;64(24):2741–62.
123. Eisenhardt KM. Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*. 1989 Oct;14(4):532.
124. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 15.baskı. Nobel Yayın Dağıtım; 2005.
125. D Dey, I. Qualitative data analysis: A user-friendly guide for social scientists. Routledge; 1993
126. Maxwell, J. A. Qualitative research design: An interactive approach (third edition). Sage; 2013
127. Corbin, J., & Strauss, A. Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory (third edition). Sage; 2008
128. Miles, M. B., ve Huberman, A. M. Genişletilmiş bir kaynak kitap: Nitel veri analizi (S. AkbabaAltun & A. Ersoy, Çev. Ed.) Pegem Akademi; 2016
129. Creswell, J. W. Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches. Sage; 2013
130. Kea B, Alligood T, Robinson C, Livingston J, Sun BC. Stroke Prophylaxis for Atrial Fibrillation? To Prescribe or Not to Prescribe—A Qualitative Study on the Decisionmaking Process of Emergency Department Providers. *Annals of Emergency Medicine*. 2019 Dec;74(6):759–71.
131. Kea B, Waites B, Lin A, Raitt M, Vinson D, Ari N, et al. Practice Gap in Atrial Fibrillation Oral Anticoagulation Prescribing at Emergency Department Home Discharge. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2020 Jun 29;21(4).
132. Reisch LM, Flores MJ, Radick AC, Shucard HL, Kerr KF, Piepkorn MW, et al. Malpractice and Patient Safety Concerns. *American Journal of Clinical Pathology*. 2020 Oct 13;154(5):700–7.
133. Atzema CL, Dorian P, Fang J, Tu J v., Lee DS, Chong AS, et al. A Clinical Decision Instrument for 30-Day Death After an Emergency Department Visit for Atrial Fibrillation: The Atrial Fibrillation in the Emergency Room (AFTER) Study. *Annals of Emergency Medicine*. 2015 Dec;66(6):658–668.e6.
134. Cressman AM, Macdonald EM, Yao Z, Austin PC, Gomes T, Paterson JM, et al. Socioeconomic status and risk of hemorrhage during warfarin therapy for atrial fibrillation: A population-based study. *American Heart Journal*. 2015 Jul;170(1):133–140.e3.
135. Atzema CL, Austin PC, Chong AS, Dorian P. Factors Associated With 90-Day Death After Emergency Department Discharge for Atrial Fibrillation. *Annals of Emergency Medicine*. 2013 May;61(5):539–548.e1.
136. Hirsh J, Fuster V, Ansell J, Halperin JL. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Guide to Warfarin Therapy. *Circulation*. 2003 Apr;107(12):1692–711.
137. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11289/merkezi-hekim-randevu-sistemi-calisma-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> (erişim tarihi: 20.04.2022)
138. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/anasayfa_duyurular/duyuru_20210504 (erişim tarihi: 20.04.2022)

139. Sholzberg M, Gomes T, Juurlink DN, Yao Z, Mamdani MM, Laupacis A. The Influence of Socioeconomic Status on Selection of Anticoagulation for Atrial Fibrillation. PLOS ONE. 2016 Feb 25;11(2):e0149142.



Ekler

Ek-1: Mülakat Formu

MÜLAKAT FORMU

Acil servis hekimlerinin, acil serviste yeni saptanan Atriyal Fibrilasyon tanılı hastaların taburculuğunda oral antikoagülan reçete etme konusundaki tutum ve davranışları

Bu çalışma acil tıp asistanları ve uzmanlarının, acil serviste yeni saptanan Atriyal Fibrilasyon tanılı hastaların taburculuğunda oral antikoagülan reçete etme konusundaki tutum ve davranışlarını ortaya koymak amaçlıdır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Cevaplarınız sadece bilimsel çalışma amaçlı kullanılacak olup hiçbir şekilde mesleki yaşamınızı etkilemeyecektir. Gerçekleştireceğimiz anket yaklaşık olarak 20 dakika sürecektir.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Görkem Alper Solakoğlu
Asist. Dr. Ercan Koç

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

DEMOGRAFİK VERİLER VE DENEYİM

1- YAŞINIZ?

2- CİNSİYETİNİZ?

3- Acil tıp uzmanlığında deneyiminiz nedir?

A-Asistan 1.yıl

B-Asistan 2.yıl

C-Asistan 3.yıl

D-Asistan 4.yıl

E-Acil tıp uzmanı

F-Öğretim görevlisi (doktor öğretim üyesi, doçent doktor, profesör doktor)

4- Kaç yıldır acil servis çalışanısınız?

A-0-2 yıl

B-3-5 yıl

C-6-10 yıl

D-10 yıl ve üstü

YÖNETİM

1. Acil serviste yeni saptadığınız Atriyal Fibrilasyon (AF) tanılı hastanın yönetimini nasıl yaparsınız?
2. AF hastalarının taburculuğunda oral antikoagülan reçete etme kararı alırken hastadan hastaya değişen durumlar var mıdır? Varsa bu durumlar nelerdir?
3. Atriyal Fibrilasyon tedavi planlaması için kullandığınız herhangi bir kılavuz ya da protokol var mı? Varsa neleri kullanıyorsunuz?
4. AF hastaları için kullanılan kılavuzları ve protokolleri, sizin tedavi ettiğiniz hasta popülasyonu için uygun ya da uygulanabilir buluyor musunuz?
5. Hastaları varfarin ile taburcu ediyor musunuz? Hastaların takip edileceğinden emin olsanız kararınız değişir miydi?
6. Sizin Oral antikoagülan reçete etme sıklığınızı artırabilecek olan şeyler nelerdir?
7. Genel olarak bir ilacın hangi özellikleri sizin için tercih sebebidir?
8. Çalıştığınız hastanede kardiyoloji kliniğinin olmaması, tedavi ve taburculuk yaklaşımınızı etkiler miydi? Nasıl etkilerdi?

ETKİLEYEN FAKTÖRLER

1. AF hastalarını acil müdahale odasına alma veya onları taburcu etme karar süreciniz nasıldır?
2. AF hastalarını taburcu ederken, hastaya, hastalık ve reçete edilen ilaç hakkında eğitim veriyor musunuz?
3. AF hastalarını taburculuk sonrası yönlendirme süreciniz nasıldır? Taburcu edilen hastaların takibini planlıyor musunuz?
4. Sağlık sisteminizin, AF si olan hastalar için uygun takip planlamaya izin verdiğini düşünüyor musunuz? Bu durum, hastalara karşı tutumunuzu etkiliyor mu?
5. AF'li hastaları ideal şekilde yönetmenizi engelleyen hangi faktörlerin olduğunu düşünüyorsunuz?
6. Acil servis anamnezinde daha önce de AF si olduğu bilinen ancak antikoagülan ilaç kullanmayan hastada, oral antikoagülan başlama kararını siz verir miydiniz?
7. Hastanın başka bir hastalık sebebiyle kullanıyor olduğu antitrombotik ilaç varlığı, hastaya oral antikoagülan reçete etmenizi etkiler mi?

GÖRÜŞLER

1. AF'li hastalar için karar verme sürecinizi desteklemenin ideal yolu ne olabilir? Kılavuzlara ek olarak, karar vermenizi etkileyen durumlar nelerdir?
2. AF hastalarının taburculuğunda ulusal sağlık sistemindeki farklılıkların göz önüne alındığı, yeni bir ulusal kılavuz geliştirilmesini destekler misiniz?
3. Yeni nesil antikoagülanlar için risk skorlamaları yapılmış olsaydı, kullanmayı tercih eder miydiniz? (warfarin kullanmayı reddeden katılımcılar için)
4. AF hastalarının taburculuğunda yeni nesil antikoagülan ilaçları tercih ediyor musunuz? Neden?
5. Warfarin kullanan hastaların düzenli takibi için önereceğiniz alternatif bir yöntem var mı?
6. Acil serviste AF li hastalara oral antikoagülan ilaç reçete etmenin, bir hastanın hayatında nasıl bir etki bırakacağını düşünüyorsunuz?
7. Size göre acil servis hekimlerinin, yeni saptanan Atriyal Fibrilasyon hastalarına antikoagülan tedavi başlama konusundaki rolü nedir?
8. AF tanılı hastalar için hangi branş hekimlerinin kritik rolleri olduğunu düşünüyorsunuz? Neden?

ÖNERİ

Bildiğiniz gibi, acil servis doktorlarının AF tanılı hastalarda oral antikoagülan reçete etme konusundaki tutum ve davranışlarını anlamaya çalıştık. Acil servis hekimlerinin AF hastalarını nasıl yönettiğini anlamamız için ek olarak neler sorulabilirdi?

Katılımınız için teşekkürler.

Ek-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Dr.Öğr.Üyesi Görkem Alper Solakoğlu gözetiminde yürütülen **‘Acil servis hekimlerinin, acil serviste yeni saptanan Atriyal Fibrilasyon tanılı hastaların taburculuğunda oral antikoagülan reçete etme konusundaki tutum ve davranışları’** başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, sizin acil servise başvuran Atriyal Fibrilasyon tanısı konulan hastaların yönetimindeki davranış şekliniz, hastanın taburculuğunda oral antikoagülan ilaç reçete edip etmeme hakkındaki tutumunuz ve konu hakkındaki düşünce ve önerileriniz üzerine yarı-yapılandırılmış anket uygulaması yapılacaktır. Anket esnasında sorulara vereceğiniz cevaplar kayıt altına alınacak ve sonra kayıtlar araştırma sonunda imha edilecektir. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Anket size Araştırma görevlisi Ercan KOÇ tarafından uygulanacaktır. Gerçekleştireceğimiz anket yaklaşık olarak 20 dakika sürecektir. Çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. İstediğiniz zaman hiçbir yaptırıma maruz kalmadan araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan her an çekilebilirsiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma
Sorumlusu
Dr. Öğr. Üyesi Görkem Alper Solakoğlu

Araştırmanın Amacı:

Atriyal fibrilasyon (AF), acil serviste saptanan en yaygın aritmidir. AF’si olan hastalar, AF’si olmayan hastalara kıyasla yüksek inme riski ile karşı karşıyadır. Acil servis hekimleri, yeni teşhis edilen AF hastalarına oral antikoagülan reçete etmekten kaçınmaktadır. Bu durum, risk grubundaki hastaların, Atrial Fibrilasyonun kritik klinik sonuçlarıyla ve komplikasyonlarıyla karşı karşıya kalmalarına zemin hazırlamaktadır. Türkiye’deki acil servis hekimlerinin, yeni saptanan Atrial Fibrilasyon tanılı hastalara, acil servisten taburculuğu sırasında oral antikoagülan reçete etme hakkındaki tutum ve davranışlarını, klavuzlar hakkındaki farkındalıklarını ve bu klavuzları uygulama sıklıklarını, mesleki

tecrübelerinin klinik yaklaşımlarına etki edip etmediğini ve konu hakkındaki düşünce, yorum ve önerilerini anlamaya çalışmaktayız.

Araştırmanın Yapılacağı Yer: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof.
Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:
Dr. Ercan Koç

Ben;

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma tartışma şansı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

Ek-3 : Etik Kurul Onayı

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KA EK-64) KARAR FORMU					
SAYI:		Tarih: 06.10.2021			
KONU: Etik Kurulu Kararı					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Acil Servis Helimlerinin, Acil Serviste Yeni Saptanan Atriyal Fibrilasyon Tanılı Hastaların Taburculuğunda Oral Antikoagülan Reçete Etme Konusundaki Tutum Ve Davranışları			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	TELEFON	216 570 91 90			
	FAKS	216 565 55 26			
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğretim Üyesi Görkem Alper Solakoğlu – Dr Ercan Koç			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Acil Tıp			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlensel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
Retrospektif	☐				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama	
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0498	Tarih: 06.10.2021			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

Etik K
Unvan
İmza:

NER

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 06.10.2021

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servis Helimlerinin, Acil Serviste Yeni Saptanan Atriyal Fibrilasyon Tanılı Hastaların Taburculuğunda Oral Antikoagülan Reçete Etme Konusundaki Tutum Ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi