



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
ADANA TIP FAKÜLTESİ



AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNDE KALP YETMEZLİĞİ  
TANISI İLE TAKİP EDİLEN HASTALARIN AİLE HEKİMLİĞİ  
BAKIŞ AÇISI İLE KAPSAMLI OLARAK  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sena AĞIRBAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2023



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
ADANA TIP FAKÜLTESİ



AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNDE KALP YETMEZLİĞİ  
TANISI İLE TAKİP EDİLEN HASTALARIN AİLE HEKİMLİĞİ  
BAKIŞ AÇISI İLE KAPSAMLI OLARAK  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sena AĞIRBAŞ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2023

## TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimime başladığım ilk klinik olan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ndeki saygıdeğer hocalarım ve asistan doktor arkadaşlarım,

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tıpta uzmanlık eğitimimi tamamlarken bana katmış oldukları bilgi ve deneyimleri için çok saygıdeğer hocam Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA ve asistan doktor arkadaşlarım,

Uzmanlık tezimde büyük emeği olan değerli tez danışmanım ve başasistanım Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a,

Dünyaya ilk geldiğim andan itibaren üzerimden ilgi, sevgi ve emeklerini eksik etmeyen canım annem, babam ve kardeşlerime,

Depremde kaybetmiş olduğum, altı senedir her daim yanımda en güçlü desteğim ve yaşama sevincim olmuş, her zaman çok büyük bir sevgiyle hatırlayacağım erkek arkadaşım Ufuk ERKAL ve ailesine,

Çok teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
TABLolar LİSTESİ .....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	vii
ÖZET .....	viii
ABSTRACT.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>2</b>
2.1. Kalp Yetmezliği.....	2
2.1.1. Kalp Yetmezliği Tanımı ve Tarihçesi .....	2
2.1.2. Kalp Yetmezliği Terminolojisi .....	3
2.1.3. Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi .....	4
2.1.4. Kalp Yetmezliği Evreleri ve Sınıflandırması.....	5
2.1.5. Kalp Yetmezliği Etiyolojisi .....	7
2.1.6. Kalp Yetmezliği Tanısı .....	7
2.1.7. Kalp Yetmezliği Tedavisi .....	8
2.1.8. Kalp Yetmezliği'nde Anksiyete ve Depresyon.....	10
2.1.9. Kalp Yetmezliği'nde Özbakım Kavramının Önemi .....	11
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>12</b>
3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler .....	14
3.1.1. Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranış Ölçeği (AKYÖBDÖ).....	14
3.1.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) .....	15
3.2. İstatistiksel Analizler .....	15
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>17</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>40</b>
<b>6. SONUÇLAR.....</b>	<b>49</b>
<b>7. ÖNERİLER.....</b>	<b>51</b>
<b>8. ARAŞTIRMANIN KISITLI YÖNLERİ: .....</b>	<b>52</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>53</b>

<b>EKLER</b> .....	60
Ek 1. Onam Formu.....	60
Ek 2. Anket Formu.....	62
EK 3. Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranış Ölçeği-12 (AKYÖBDÖ-12).....	65
Ek 4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği .....	66



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>KY</b>	: Kalp yetmezliği
<b>LVEF</b>	: Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu
<b>NYHA</b>	: New York Kalp Cemiyeti
<b>HFrEF</b>	: Azalmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği
<b>HFpEF</b>	: Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği
<b>HFmrEF</b>	: Hafif azalmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği
<b>HFimpEF</b>	: Düzelmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği
<b>HADÖ</b>	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
<b>AKYÖBDÖ</b>	: Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranış Ölçeği
<b>MI</b>	: Miyokard İnfarktüsü
<b>DM</b>	: Diyabetes Mellitus
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>OSAS</b>	: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
<b>VKİ</b>	: Vücut Kitle İndeksi
<b>MR</b>	: Manyetik Rezonans
<b>SPECT</b>	: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi
<b>PET</b>	: Pozitron Emisyon Tomografi
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>KVH</b>	: Kardiyovasküler Hastalık
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ESC</b>	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
<b>AHA/ACC</b>	: Amerikan Kalp Derneği

## TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1.</b> New York Heart Association (NYHA) Fonksiyonel Sınıflandırması(23).....	5
<b>Tablo 2.</b> 2022 ACC/AHA Kılavuzu Kalp Yetmezliği Evreleri(2). ....	6
<b>Tablo 3.</b> 2022 ACC/AHA Kılavuzu EF'ye göre Kalp Yetmezliği .....	6
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların sosyodemografik özellikleri .....	17
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların yaş ve KY tanı süresi .....	18
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların sigara kullanım durumu .....	18
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların boy, kilo ve VKİ değerleri .....	18
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların ek kronik hastalık durumu .....	19
<b>Tablo 9.</b> Katılımcılarda bulunan kronik hastalıklar .....	19
<b>Tablo 10.</b> Katılımcıların sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonuna (LVEF) göre sınıflandırılması .....	19
<b>Tablo 11.</b> Katılımcıların New York Heart Association (NYHA) sınıflaması.....	20
<b>Tablo 12.</b> Katılımcılarda görülen semptomlar.....	20
<b>Tablo 13.</b> Katılımcıların mevcut kronik hastalık ve günde kullanılan ilaç sayıları .....	20
<b>Tablo 14.</b> Katılımcıların son 1 yılda KY nedeniyle hastaneye başvurma ve hastanede yatma sayıları ....	21
<b>Tablo 15.</b> Katılımcıların düzenli ilaç kullanma durumları .....	21
<b>Tablo 16.</b> Katılımcıların KY ile ilgili sağlık hizmeti alımında yaşadıkları güçlükler .....	21
<b>Tablo 17.</b> Katılımcıların hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri .....	22
<b>Tablo 18.</b> Katılımcıların aldıkları ilaç dışı öneriler .....	22
<b>Tablo 19.</b> Katılımcıların sosyal ve günlük yaşamlarında yaşadıkları zorluklar.....	23
<b>Tablo 20.</b> Katılımcıların tanı ve tedavi sürecinde aile hekimlerine başvurma durumu .....	24
<b>Tablo 21.</b> Katılımcıların KY nedeniyle aile hekimliğine başvurma sebepleri.....	24
<b>Tablo 22.</b> Katılımcıların aile hekimliğinde ruhsal ve sosyal durumlarının sorgulanması .....	25
<b>Tablo 23.</b> Katılımcıların hastanede ruhsal ve sosyal durumlarının sorgulanması .....	25
<b>Tablo 24.</b> Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar.....	26
<b>Tablo 25.</b> Katılımcıların cinsiyete göre hastalık şiddetinin karşılaştırılması.....	27
<b>Tablo 26.</b> Katılımcıların cinsiyete göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması .....	27
<b>Tablo 27.</b> Katılımcıların medeni duruma göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması .....	28
<b>Tablo 28.</b> Katılımcıların eğitim düzeyine göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması.....	28
<b>Tablo 29.</b> Katılımcıların gelir düzeyine göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması.....	29
<b>Tablo 30.</b> Sigara içen ve içmeyen katılımcıların hastane başvuru ve yatış durumları .....	30
<b>Tablo 31.</b> Katılımcıların eğitim düzeyine göre hastalık hakkındaki bilgi sorularına verdikleri cevaplar .....	31
<b>Tablo 32.</b> Katılımcıların eğitim düzeyine göre KY tanı ve tedavi sürecinde aile hekimliğine başvurma durumları .....	32
<b>Tablo 33.</b> Katılımcıların eğitim düzeyine göre aile hekimliğine başvuru sebepleri .....	33

<b>Tablo 34.</b> Aile hekimliğini kullanan hastaların hastane başvuru sayısı .....	34
<b>Tablo 35.</b> Aile hekimliğini kullanan hastaların hastane yatış sayıları .....	34
<b>Tablo 36.</b> Hastanede yatmış ve yatmamış olan hastaların hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri .....	35
<b>Tablo 37.</b> Katılımcıların AKYÖBDÖ puanlamalarını etkileyen faktörler .....	36
<b>Tablo 38.</b> Katılımcıların HADÖ anksiyete alt ölçeği puanlamalarını etkileyen faktörler .....	37
<b>Tablo 39.</b> Katılımcıların HADÖ depresyon alt ölçeği puanlamalarını etkileyen faktörler .....	38
<b>Tablo 40.</b> Katılımcıların AKYÖBDÖ ve HADÖ ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon .....	39



## ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Katılımcıların anksiyete durumları.....	26
Şekil 2. Katılımcıların depresyon durumları.....	26



## ÖZET

### Kardiyoloji Polikliniği'nde Kalp Yetmezliği Tanısı ile Takip Edilen Hastaların Aile Hekimliği Bakış Açısı ile Kapsamlı Olarak Değerlendirilmesi

**Amaç:** Bu araştırmada kalp yetmezliği hastalarının hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri, özbakım davranışları ve anksiyete, depresyon risklerinin Aile Hekimliği bakış açısı ile kapsamlı olarak incelenmesi amaçlanmaktadır.

**Gereç ve yöntem:** Bu kesitsel araştırma; 10 Ekim 2022 ve 10 Aralık 2022 tarihleri arasında Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri 278 kalp yetmezliği hastası üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik verileri kaydedildikten sonra özgeçmişi ve kalp yetmezliği ile ilgili özellikleri, kalp yetmezliği ile ilgili bilgi sorularını içeren yapılandırılmış bir anket formu yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Ayrıca katılımcılara Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranış Ölçeği (AKYÖBDÖ) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 278 katılımcının ortanca özbakım ölçek puanı 39,00 idi. Katılımcıların %28,1'i hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade ediyordu. Katılımcıların %11,2'si kullandığı ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterli düzeyde bilgisi olduğunu ifade ediyordu. Katılımcıların yalnızca %42,4'ü kalp yetmezliği hakkında doktorundan detaylı bilgilendirme aldığını ifade etmekteydi. Katılımcıların yalnızca %29,1'i kalple ilgili şikâyeti olduğunda aile hekimlerine başvurduklarını beyan ediyordu. Katılımcıların %30,9'u aile hekimlerinden kalp yetmezliği ile ilgili yeterli bilgi alabildiğini ifade etmekteydi. Katılımcıların HADÖ'ye göre %67,6'sı anksiyete riski taşımaktayken, %94,6'sı depresyon riski taşımaktaydı. Katılımcılardan doktor tarafından yeterli düzeyde bilgilendirme alanların ve kendini hastalık hakkında daha bilgili hissedenlerin her iki ölçekten aldıkları puanlar daha düşüktü. Katılımcıların hastalık bilgi düzeyi arttıkça özbakım davranışları daha olumlu seyretnmekteyken, anksiyete ve depresyon riskleri azalmaktaydı. Katılımcıların HADÖ puanı ile AKYÖBDÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardı.

**Sonuç:** Kalp yetmezliği hastaları aile hekimleri tarafından biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirilmelidir. Hastalar kalp yetmezliği hakkında daha fazla bilgilendirilmeli ve hastaların özbakım davranışlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Kalp yetmezliği, aile hekimliği, özyeterlilik, ruhsal durum, sosyal durum

## SUMMARY

### **Comprehensive Evaluation of Patients Followed in Cardiology Outpatient Clinic with a Diagnosis of Heart Failure from the Perspective of Family Medicine**

**Aim:** In this study, it is aimed to examine the level of knowledge about the disease, self-care behaviors and anxiety, depression risks of heart failure patients from the perspective of Family Medicine.

**Materials and methods:** This cross-sectional study was conducted on 278 heart failure patients aged 18 years and older who applied to the Cardiology Outpatient Clinic of Adana Şehir Training and Research Hospital between October 10, 2022 and December 10, 2022. After the sociodemographic data of the participants were recorded, a structured questionnaire form, which included background and characteristics related to heart failure and information questions about heart failure, was applied by face-to-face interview. In addition, the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale (EHFScBS) and the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) were administered to the participants.

**Results:** The median self-care scale score of the 278 participants in the study was 39.00. 28.1% of the participants stated that they had sufficient information about their disease. 11.2% of the participants stated that they had sufficient knowledge about the drugs they used and their side effects. Only 42.4% of the participants stated that they received detailed information about heart failure from their doctor. Only 29.1% of the participants declared that they applied to their family physicians when they had a heart-related complaint. 30.9% of the participants stated that they could get enough information about heart failure from their family physicians. According to HADS, 67.6% of the participants were at risk of anxiety, while 94.6% were at risk of depression. Those who received adequate information from the doctor and felt more knowledgeable about the disease had lower scores on both scales. As the level of disease knowledge of the participants increased, their self-care behaviors were more positive, while the risks of anxiety and depression decreased. There was a significant positive correlation between the participants' HADS scores and their EHFScBS scores.

**Conclusion:** Increasing the level of knowledge of heart failure patients about heart failure and improving their self-care behaviors reduce the risk of anxiety and depression. Heart failure patients should be evaluated by family physicians with a biopsychosocial approach, informed about heart failure and studies should be carried out to improve self-care behaviors.

**Keywords:** Heart failure, family medicine, self-efficacy, mental state, social status

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kalp yetmezliği (KY), genellikle kalpte olan yapısal veya fonksiyonel bir anormalliğin sebep olduğu, kardiyak verimde azalma ile sonuçlanan dispne, ortopne, alt ekstremite şişmesi gibi semptomlar ve yüksek juguler venöz basınç, pulmoner konjesyon gibi bulgular ile karakterize klinik bir sendromdur(1).

Kalp yetmezliği, dünya genelinde 37,7 milyondan fazla bireyi etkilemekte ve prevalansı günden güne yükselmekte olan küresel bir salgın olarak tanımlanabilir(2). KY'nin insidansı yılda 100-900/100.000 vaka arasında değişmektedir(3). Kalp yetmezliği, mortalite, morbidite ve düşük yaşam kalitesinin önemli bir nedenidir(4).

KY'de hastalık yönetimindeki karmaşıklıklar nedeni ile etkili özbakım davranışları, kötü sonuçların önlenmesini sağlamak açısından oldukça önemlidir(5). Özbakım davranışları, hastaların kendi semptomlarını tanıyabilmek, yorumlayabilmek ve kendi sağlıklarını yönetebilmek için yapacakları tüm eylemleri kapsamaktadır(6).

Hastane başvurularında, kalp yetmezliğinin ortaya çıkmasından sonraki ilk birkaç hafta mortalitenin nispeten yüksek olduğunu, 30 günlük mortalitenin %10-20 civarında olduğu görülmektedir. Hem ABD'de yapılan Framingham kalp çalışmasında, hem de İngiltere'de yapılan Hillingdon kalp yetmezliği çalışmasında kalp yetmezliği başlamış olan hastaların 1 yıllık sağkalımı %70 idi. Kalp yetmezliği ortaya çıktıktan beş yıl sonra ise Framingham çalışması katılımcılarının sadece %35'i hayattaydı(7).

Kalp yetmezliğinde alevlenmeleri önlemek açısından hastalar, yaşam tarzlarını değiştirmeye ve kendi semptomlarını sürekli olarak izlemeye teşvik edilmelidir(8). Hastalara, hastalık süreci ve yönetiminde aktif, katılımcı bir rol almaları için olanak sağlamak gereklidir(9). Bilimsel topluluklar tarafından hazırlanan kalp yetmezliği tedavi kılavuzları multidisipliner yaklaşımın rolünü vurgulamaktadır(10). Bu sebeple, KY tanılı hastaların hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin, özbakım davranışlarının, ruhsal ve sosyal durumlarının değerlendirilmesi ve bu yönde öncü girişimlerde bulunulmasının çok değerli olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda KY hastalarının hastalıkları hakkında bilgi düzeylerini, özbakım davranışlarını ve anksiyete, depresyon risklerini analiz etmeyi amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kalp Yetmezliği

#### 2.1.1. Kalp Yetmezliği Tanımı ve Tarihçesi

Kalp yetmezliği tanımı ilk olarak 1933 yılında Thomas Lewis tarafından “kalbin içeriğini yeterince boşaltmadığı bir durum” olarak yapılmıştır(11).

1950’ye geldiğimizde Paul Wood tarafından “tatmin edici bir dolum basıncına rağmen kalbin vücudun ihtiyaçları için yeterli dolaşımı sürdüremediği bir durum” olarak tanımlanmıştır(11).

1980’de Eugene Braunwald tarafından kalp yetmezliği “Kalbin, metabolize olan dokuların gereksinimleriyle orantılı bir hızda kan pompalayamamasının, kalp işlevindeki bir anormallikten sorumlu olduğu patofizyolojik bir durum” şeklinde tanımlandı(11).

1983’te H.Denolin, H.Kuhn, H.P.Krayenbuehl, F.Loogen, A.Reale tarafından kalp yetmezliği “Ventriküler yeterli doluluğa rağmen kalbin debisinin azaldığı veya kalbin, fonksiyon parametreleri normal sınırlar içinde kalan dokuların gereksinimlerini karşılayacak hızda kan pompalayamadığı herhangi bir kalp hastalığı durumudur.” şeklinde tanımlanmıştır(11).

1985 yılında Philip Poole-Wilson tarafından “kalbin anormalliğinin neden olduğu ve karakteristik bir hemodinamik, renal, nöral ve hormonal yanıt modeliyle tanımlanan bir klinik sendrom” olarak tanımlanmıştır(11).

1988’de Jay Cohn bu sendromu “kalp fonksiyon bozukluğunun egzersiz toleransında azalma, yüksek ventriküler aritmi insidansı ve kısalmış yaşam beklentisi ile ilişkili olduğu bir sendrom” olarak tanımlamıştır(11).

Günümüze geldiğimizde kalp yetmezliği, ventriküler dolunun veya kanın dışarı atılmasının herhangi bir yapısal veya fonksiyonel bozukluktan kaynaklanan belirti ve bulguları olan karmaşık bir klinik sendromdur(12).

Kalp yetmezliği tek bir patolojik tanı olarak kalmamakla birlikte nefes darlığı, el ve ayak bileği şişmesi ve halsizlik gibi belli başlı semptomlara eşlik eden artmış juguler venöz basınç, oskültasyonda pulmoner raller ve periferik ödem gibi yüklenme bulgularıyla seyreder. Bu durum dinlenirken yahut egzersiz sırasında kalbin yapısal

ve/veya fonksiyonel anormalliği sonucunda artmış intrakardiyak basınç ve/veya kardiyak outputta olan azalma sebebiyle meydana gelir(13).

Kalp yetmezliği uzun yıllar süren hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve/veya geçirilmiş bir miyokard infarktüsünün bir sonucu olarak ortaya çıkan kardiyovasküler hastalığın son basamağı olarak tanımlanır(14).

### **2.1.2. Kalp Yetmezliği Terminolojisi**

Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) kalbin sol ventrikül sistolik fonksiyonunu gösteren ölçüttür(15).

Geleneksel olarak KY sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonuna göre 3 fenotipe ayrılmıştır;

- 1) HFrEF (Heart failure with reduced ejection fraction): LVEF  $\leq$  %40 olarak ölçülen KY tipidir. Sol ventrikül sistolik fonksiyonunda önem arz eden azalma vardır.
- 2) HFmrEF (Heart failure with mildly reduced ejection fraction): LVEF %41 ile %49 arasında değişmekte olup sol ventrikül sistolik fonksiyonunda hafif bir azalma söz konusudur. HFrEF ile benzer tedavilerden yarar görürler.
- 3) HFpEF (Heart failure with preserved ejection fraction): LVEF  $\geq$  %50'dir fakat hastada KY semptom ve bulguları ile birlikte yapısal bir kalp hastalığı ve/veya artmış natriüretik peptid düzeyleri mevcuttur.

KY, sağ ventrikül disfonksiyonunun bir sonucu olarak da gelişebilir. Pulmoner hipertansiyon, sağ ventrikül disfonksiyonunun birincil sebebi olmakla birlikte miyokard infarktüsü, aritmojenik sağ ventriküler kardiyomiyopati ve kalp kapak hastalıkları diğer sebepler arasında sayılabilir.

KY, akut ve kronik olmak üzere iki farklı şekilde de sunulmaktadır. Kronik kalp yetmezliği geçmişte alınmış bir tanıya dayanan ve kademeli bir şekilde ortaya çıkan semptomlarla tarif edilir. Kronik KY'nin kötüleştiği, hastane yatışı ve intravenöz diüretik tedavi gerektirdiği durum "dekompanse kalp yetmezliği" olarak adlandırılır. Dekompanse KY, akut KY olarak da değerlendirilebilir.

Akut KY, eski başlangıçlı veya ani gelişen semptom ve bulguların hastalarda acil medikal tedavi gereksinimine ardından acil servis başvurusuna ve beklenmeyen hastane yatışına işaret eden durumdur(16).

### **2.1.3. Kalp Yetmezliği Epidemiyolojisi**

1997 senesinde kalp yetmezliği bir salgın olarak nitelendirildi(17).

Dünya genelinde bilinen kalp yetmezliği prevalansının, genel yetişkin popülasyonda oranı %1 ile %2 arasındadır(18). 70 yaş ve üstü yetişkinlerde oran %10'a kadar yükselir(7). KY prevalansı yaş alma ile paralel olarak artmakta ve sırayla 70 ve 85 yaş üstü kişilerin %10 ve %30'unu etkilemektedir(7,19).

2004 yılında Avrupa'da yapılan bir çalışmada yaşam boyu KY gelişme riski kadınlar için %29, erkekler için %33 olarak bulunmuştur(20).

Dünya geneli 64,3 milyon vaka mevcuttur ve engellilik sebebi ile her yıl kaybedilen 9,9 milyon vaka ile kalp yetmezliğinin bir yılda toplam mortalite oranı akut kalp yetmezliğinde %17,4 ve kronik kalp yetmezliğinde %7,2'dir(21).

KY insidansı bir yıl içinde 1-4/1000 kişi olarak bildirilmiştir(22,23).

2018 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan NHANES adlı çalışmada kalp yetmezliği prevalansı yaklaşık %2,5 olarak bulunmuştur(24).

2017 yılında Almanya'da 3 milyon kişinin dahil olduğu bir çalışmada kalp yetmezliği prevalansı, kadınlar ve erkekler için eşit oranda çıkmış olup bu sonuç %4 olarak bulunmuştur(25).

2001-2015 yılları arasında Belçika'da yaklaşık 50 adet birinci basamak muayenehanenin katıldığı bir çalışmada kalp yetmezliği prevalansı kadınlarda %1,3 erkeklerde %1,2 olarak bulunmuştur(26).

2002-2014 yılları arasında Birleşik Krallık'ta Conrad ve arkadaşları tarafından 4 milyon kişinin incelendiği bir çalışmada kalp yetmezliği prevalansı %1,6 olarak bulunmuştur(27).

Hastaneye başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda ve yüksek gelirli ülkelerde en yaygın tanıdır. Bazı ilerlemelere rağmen, kalp yetmezliğinin prognozu çoğu kanserden daha kötüdür(28).

Dünya çapında, kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye başvuran hastaların %17-45'i hastaneye yatışlarından sonraki bir sene içinde ve çoğu kalp yetmezliği hastası da hastaneye yatışından sonraki beş sene içinde ölmektedir(29).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılmış olan ve ülkemizde kalp yetmezliği konusunda yapılan ilk prevalans çalışması olan HAPPY isimli çalışmanın sonuçları, Türkiye'de 35 yaş üzeri yetişkin popülasyonun bilinen KY prevalansının %2,9 olduğunu göstermiştir(30). Batı ülkelerinde yapılan prevalans çalışmaları ile kıyaslandığında ülkemizde daha fazla genç nüfus barındırmamıza rağmen daha yüksek bir prevalans değeri elde edilmesine dikkat çekmek gerekmektedir(31).

Kalp yetmezliği görülme sıklığı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Gelecekteki 15-20 yıllık zaman dilimi içerisinde toplumumuzun sağlığını tehdit eden boyutlara varacağı öngörülmektedir(31).

#### 2.1.4. Kalp Yetmezliği Evreleri ve Sınıflandırması

**Tablo 1.** New York Heart Association (NYHA) Fonksiyonel Sınıflandırması(23)

<b>NYHA Sınıf 1</b>	Günlük olağan fiziksel aktivitelerinde kısıtlanma olmayan kalp hastaları
<b>NYHA Sınıf 2</b>	Fiziksel aktivitelerinde hafif kısıtlanma olan kalp hastaları (örn. yol yürümekle nefes darlığı olması)
<b>NYHA Sınıf 3</b>	Fiziksel aktivitede belirgin kısıtlanma olması, ev içinde yürümek gibi çok hafif aktivitelerle bile semptomların ortaya çıkması
<b>NYHA Sınıf 4</b>	İstirahatte bile nefes darlığı olması

**Tablo 2.**2022 ACC/AHA Kılavuzu Kalp Yetmezliği Evreleri(2).

<b>Evreler</b>	<b>Tanım ve Kriterler</b>
<b>Evre A (Kalp yetmezliği açısından risk altında olan hastalar)</b>	Kalp yetmezliği semptomları, yapısal kalp hastalığı, kardiyak hasar biyo-belirteçleri olmayan hastalar (örneğin; hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, metabolik sendrom ve obezite, kardiyotoksik ajanlara maruziyet, genetik veya ailesel geçişli kardiyomiyopati)
<b>Evre B (Kalp Yetmezliği Öncesi)</b>	Kalp yetmezliğine bağlı semptom ve bulgusu olmayan fakat aşağıdaki hastalıklardan en az birine sahip hastalar; -Yapısal kalp hastalığı** **Ventriküler hipertrofi, odacık genişlemesi, duvar hareket anormallikleri, kalp kapak hastalıkları, miyokard dokusu anormallikleri  Anormal kardiyak fonksiyon; sağ veya sol ventriküler disfonksiyon, artmış dolum basıncı, diastolik disfonksiyon  Kardiyotoksinlere maruziyet sonrası artmış natriüretik peptid veya kardiyak troponini olan hastalar
<b>Evre C (Semptomatik KY)</b>	Halihazırda veya önceden kalp yetmezliği semptomları ile birlikte yapısal kalp hastalıkları olan hastalar
<b>Evre D (İleri KY)</b>	Gündelik hayatı zorlaştıran bariz kalp yetmezliği semptomları olan ve kılavuza yönelik tıbbi tedaviye rağmen tekrarlayan hastane yatışları olan hastalar

**Tablo 3.** 2022 ACC/AHA Kılavuzu EF'ye göre Kalp Yetmezliği

<b>EF'ye göre Sınıflandırılan Kalp Yetmezliği Tipleri</b>	<b>Kriterler</b>
<b>Düşük Ejeksiyon Fraksiyonlu KY (HFrEF)</b>	LVEF ≤ %40
<b>Düzelmiş Ejeksiyon Fraksiyonlu KY (HFimpEF)</b>	Önceki LVEF ≤ %40 ama yeni LVEF > %40
<b>Hafif Azalmış Ejeksiyon Fraksiyonlu KY (HFmrEF)</b>	LVEF %41-%49
<b>Korunmuş Ejeksiyon Fraksiyonlu KY (HFpEF)</b>	LVEF ≥ %50

### 2.1.5. Kalp Yetmezliği Etiyolojisi

Çeşitli kardiyak durumlar, kalıtsal defektler ve sistemik hastalıklar kalp yetmezliğine sebep olabilir(32).

KY salgını, miyokard infarktüsü(MI) sonrası sağ kalım oranlarının artması, diyabetes mellitus(DM) ve obezite prevalansındaki artış ile açıklanabilir(33). Hipertansiyon(HT) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) en sık eşlikçilerdendir(33).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık olarak 115 milyon insanda hipertansiyon, 100 milyon insanda obezite, 92 milyon insanda pre-diyabet, 26 milyon insanda diyabet, 125 milyon insanda aterosklerotik kalp hastalığı vardır. Bunlar kalp yetmezliği ile yüksek ilişkili risk faktörleridir(34).

Türkiye'de 2011 yılında yapılan kronik hastalıklarla ilgili bir çalışmada hipertansiyon prevalansı %24, DM prevalansı yaklaşık %8 olarak bulunmuştur. Pre-diyabetik bireylerin ise toplumda oranı %16'dır. Obezite, erkeklerin %15'ini etkilerken kadınların %29'unu etkilemektedir. Toplumun %23'ünde metabolik sendrom görülmektedir. Koroner arter hastalığı prevalansı erkeklerde %3,8, kadınlarda %2,3'tür. Erkeklerin %2,3'ünde, kadınların %1,1'inde geçirilmiş MI öyküsü mevcuttur(35).

Kalp yetmezliğinin en yaygın sebepleri arasında iskemik kalp hastalığı, miyokard infarktüsü, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, kalp kapak hastalığı sayılabilir. Diğer sebepler içerisinde KOAH, obstrüktif uyku apne sendromu(OSAS), ailesel ya da genetik kardiyomiyopatiler, amiloidoz, kardiyotoksik etkisi olan kanser ilaçları, alkol, kokain, metamfetamin kullanımı, taşikardi, pacemaker veya stresin indüklediği kardiyomiyopatiler; peripartum kardiyomiyopati, miyokarditler, sarkoidoz, hemokromatozis, tiroid hastalıkları ve endokrin, metabolik ve diyetsetel diğer sebepler sayılabilir(12).

### 2.1.6. Kalp Yetmezliği Tanısı

Kalp yetmezliğinde en sık görülen tipik semptomlar şunlardır; nefes darlığı, azalmış egzersiz toleransı, halsizlik ve yorgunluk, fiziksel aktivite sonrası artmış yeniden toparlanma süresi, el ve ayak bileklerinde şişlik(36).

Daha az tipik semptomlar ise şunlardır; gece öksürüğü, wheezing, şişkinlik, iştah kaybı, konfüzyon (daha çok yaşlı hastalarda görülür), depresyon, çarpıntı, sersemlik, senkop ve bendopne (öne eğilince olan nefes darlığı)(36).

Kalp yetmezliğinde görülen tipik bulgular şunlardır; artmış juguler venöz basıncı, hepatojuguler reflü, S3 üçüncü kalp sesi (gallop ritmi), yana doğru yer değiştirmiş kalp tepe atımı(36).

Kalp yetmezliğinde görülen daha az tipik olan bulgular şunlardır; haftada 2 kilogramdan fazla vücut ağırlığı artışı, kilo kaybı (ileri KY'ye özgüdür), kaşeksi, kardiyak murmur, periferik ödem (ayak bileği, sakral ve skrotal bölgede), pulmoner krepitasyonlar, plevral efüzyon, taşikardi, düzensiz nabız atışı, Cheyne-Stokes solunumu, hepatomegali, asit, soğuk ekstremiteler, oligüri, azalmış nabız basıncı(36).

Kalp yetmezliği tanısı için şu testler yapılır;

- Akciğer grafisi
- Elektrokardiyogram
- Transtoraksik ekokardiyografi
- Transözofageal ekokardiyografi
- Kardiyak MR
- SPECT
- PET
- Koroner anjiyografi
- Kardiyak BT(36).

### **2.1.7. Kalp Yetmezliği Tedavisi**

Altta yatan neden ne olursa olsun KY, toplum, ekonomi ve sağlık sistemi açısından devasa bir yüküdür(21).

Akut KY, acil servise başvuru sayısını ve hastane yatış oranlarını artırması bakımından sağlık sistemi için önemli bir yüküdür.(37).

Kalp yetmezliği, Avrupa ve Amerika'da yılda bir milyon ve üzeri hastane yatışına sebep olur(38,39).

KY tedavisinde şu seçenekler mevcuttur;

- 1-Beta blokörler
- 2-ACE inhibitörleri (ACEI)
- 3-Anjiotensin 2 reseptör blokörleri (ARB)
- 3-Mineralokortikoid/aldosteron reseptör antagonistleri
- 4-Diüretikler
- 5-Anjiotensin reseptör-neprisilin inhibitör (ARNI)
- 6-Sodyum glukoz ko-transporter tip 2 inhibitörleri
- 7-Hidralazin ve isosorbid dinitrat kombinasyonları
- 8-Ifunny sodyum kanal inhibitörleri
- 9-Digoksin ve diğer dijital glikozidler
- 10-Oral antikoagülan ve antiplatelet tedavi
- 11-Üç zincirli çoklu doymamış yağ asitleri (EPA ve DHA)
- 12-Renin inhibitörleri
- 13-Statinler
- 14-Kalsiyum kanal blokörleri (KKB)
- 15-İmplant edilebilir kardiyoverter ve defibrilatörler (ICD)
- 16-Kardiyak resenkronizasyon tedavisi (CRT)(16).

Güncel kılavuzların ışığında KY'li hastaların hastaneye yatış ve mortalite oranlarının düşmesi için klinisyenler tarafından dikkat edilmesi gereken bazı önemli noktalara vurgu yapmak gerekir. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından 2021 yılında yayınlanan kılavuza göre KY'de hastane yatışlarını ve mortaliteyi azalttığı kabul edilen ve kanıt düzeyi 1 olan bazı öneriler yapılmıştır;

Dapagliflozin ve empagliflozin gibi SGLT-2 inhibitörü olan ilaçların düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY'de hastane yatışlarını ve mortaliteyi azalttığı bildirilmiştir. Diyabet tanısı olan hastalarda SGLT-2 inhibitörlerinin kullanılması KY riskini azaltır iken kardiyovasküler olay ve son dönem böbrek hastalığından korur(13).

KY tanısı olan tüm hastaların anemi ve demir eksikliği bakımından tam kan sayımı, serum ferritin düzeyi ve transferrin satürasyonu tetkikleri ile periyodik olarak taranması önerilmektedir. İnfluenza ve pnömokok aşılamaalarının KY hastalarında hastane yatışını azalttığı kabul edilmektedir(13).

NYHA sınıf 1'den 3'e kadar olan KY hastalarında oral yoldan verilen beta blokörler, ventrikül hızını kontrol ederek hastanın övolemik olmasını sağlayan en güvenilir ve başlıca tedavidir(13).

### **2.1.8. Kalp Yetmezliği'nde Anksiyete ve Depresyon**

Kalp yetmezliği tanısı olan hastalar arasında depresyon ve anksiyete oranları topluma kıyasla fark edilir şekilde yüksektir(40). Depresyon, tanım olarak bir kişinin gündelik hayatta gereken aktiviteleri yapabilme yeteneğini azaltan bir duygudurum bozukluğudur(41,42). Depresyona özgü gördüğümüz semptomlar ise şunlardır; yorgunluk, insomnia veya hipersomni, iştahta artış yahut azalma, suçlu ve değersiz hissetme, konsantrasyon kaybı, ajitasyon(43).

Ayaktan tedavi gören KY hastalarının yaklaşık %48'inde anlamlı depresif semptomlar görülmekte iken yaklaşık %20'lik bir kısımda ise majör depresif semptomlar görülmektedir(44). Depresyonla mücadele eden KY hastalarının hastaneye yatma ve ölümlerle karşılaşma ihtimali, depresyonu olmayan KY hastalarına kıyasla iki kat daha yüksek bulunmuştur(45).

Yapılan 36 çalışmanın meta-analizi KY tanılı hastaların %21,5'inde anlamlı depresif belirtiler, %19'unda majör ve minör depresyon, distimi olduğunu gözler önüne sermiştir(46).

1990'lı yıllarda kalp yetmezliği hastaları arasında depresyon sıklığını araştıran çalışmalar yayınlandı. Bu çalışmalara göre kalp yetmezliği hastalarının %30'u depresyondan muzdariptirler(47,48).

Depresif semptomlar ile birlikte anksiyete varlığı KY hastalarında tekrar eden hastane yatışları, ölüm dahil kötü prognozla ilişkilidir(49,50).

KY hastaları arasında yüksek prevalansa ve kötü prognoza sahip depresyon ve anksiyete varlığına karşın, klinik uygulamada bu psikiyatrik komorbiditelerin belirtileri sık olarak göz ardı edilmektedir(40).

1991 yılında Freedland ve arkadaşlarının 70 yaş ve üzeri kalp yetmezliği tanılı hastalarda yaptığı prospektif bir çalışmada majör depresyonun kalp yetmezliği için bir mortalite göstergesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır(51).

Anksiyetenin tanımı var olan, kontrol ve tahmin edilemez bir tehdit algısının yol açtığı olumsuz duygudurum olarak yapılabilir.(41,43).

KY tanılı yaşlılar, sağlıklı yaşlılar ile karşılaştırıldığında kaygı düzeylerinin %60 daha fazla olduğunu görürüz. KY tanılı hasta popülasyonun %40'ında ise kaygı düzeylerinin normalden yüksek olduğunu saptarız(43,52).

KY'li hastalarda depresyon, düşük öz-bakımın, tekrarlayan hastane yatışlarının ve mortalitenin önemli bir risk faktörüdür(12).

### **2.1.9. Kalp Yetmezliği'nde Özbakım Kavramının Önemi**

Özbakım, kişinin yaşamını, sağlığını ve iyilik halini sürdürmek için aldığı karar ve stratejiler olarak tanımlanır(53).

Özbakım, sağlık durumunu iyiye götüren, yineleyen hastane yatışlarını önleyen oldukça değerli bir stratejidir(54).

KY, oldukça fazla özbakım davranışı gerektiren kronik bir hastalıktır. Bu özbakım davranışları; özbakımı sürdürmek, yönetmek ve güven duymakla ilgilidir. Özbakımın sürdürülmesi medikal tedaviye uyum, fiziksel olarak aktif olma, düşük sodyumlu diyetle beslenme, alkol ve tütün ürünlerinden kaçınma, günlük olarak tartılma, bağışıklama ve düzenli doktor kontrolüne gitme ile mümkündür(55).

Özbakım yönetimi, ortaya çıkması muhtemel semptom ve bulguları erken bir şekilde fark ederek, ortaya çıkmış semptom ve bulguların kontrolü konusunda doğru kararları vererek sağlanır(56).

Özbakım güveni ya da özyeterlik kavramı, hastaların özbakım süreçlerinin her basamağına bilinçli ve aktif olarak katılma yeteneklerinin olması ile açıklanabilir(57).

Özbakımın teşviği sonucunda hastaların günlük aktivitelerinden daha çok verim aldıkları ve yaşam kalitelerinin arttığı bildirilmektedir(58).

Yapılan birden çok çalışmada özbakıma dikkat eden KY hastalarının fiziksel performansları, sağkalım oranları, yaşam kaliteleri artmış olup hastane yatış sayıları, sağlık maliyetleri ve mortalite oranları azalmıştır(59–61).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmamız etik kurul onayı alındıktan sonra 2 ay (60 gün) süre ile, 10.10.2022-10.12.2022 tarihleri arasında Adana ili Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniğinde yürütülecektir. Bu polikliniğe başvuran 18 yaş ve üstü kalp yetmezliği tanısı almış bireylerden katılmayı kabul edenler, ardışık olarak araştırmaya dahil edilecektir. Hastalara yapılandırılmış anket formu ile sosyodemografik veriler, tıbbi özgeçmiş, medikal tedavi, tedavi uyumu, hastalık yönetimi ve bilgi düzeyi, sosyal yaşam, aile hekimliği ile ilgili sorular sorulacaktır. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranış Ölçeği (AKYÖBDÖ) uygulanacaktır. Araştırmacı tarafından hastaların kimlik bilgileri saklı tutulacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Bu tez çalışması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.09.2022 tarihli, 112 sayılı toplantısında onay alınmış ve araştırma Helsinki deklarasyonuna uygun görülmüştür.

Çalışma 10 Ekim 2022 ve 10 Aralık 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran 278 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma evrenini, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan kalp yetmezliği tanılı hastalar oluşturmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Gönüllü olmak
- Kalp yetmezliği tanısı almış olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak

Çalışma dışlanma kriterleri;

- Katılmayı reddetmek
- Katılımcı ile iletişim kurulamaması

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı, kullanılan formlar hakkında bilgi verilerek onamları alındı (Ek-1).

Çalışmaya katılan kişilere yapılandırılmış anket formu ile sosyodemografik veriler, hastalığı ile ilgili tanımlayıcı veriler, kalp yetmezliği hakkında bilgi sorularını içeren yapılandırılmış bir anket formu yüz yüze uygulandıktan sonra tüm katılımcılara Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranışı Ölçeği ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği uygulandı.

Hazırlanan veri formunun sosyodemografik veriler kısmında; katılımcıların yaşları, cinsiyetleri kaydedildi. Medeni durumları bekâr, evli ve boşanmış-eşini kaybetmiş olarak üç gruba ayrıldı. Katılımcılar yaşadıkları yere göre il, ilçe, köy olarak üç gruba ayrıldı. Katılımcılar eğitim durumlarına göre üç gruba ayrıldı. Eğitim almamış ve ilköğretim mezunu olanlar düşük eğitim, ortaokul ve lise mezunları orta eğitim, üniversite ve üzeri eğitim alanlar yüksek eğitim olacak şekilde gruplandırıldı.

Katılımcıların çalışma durumları üç gruba ayrılarak incelendi. Birinci grubu çalışmayanlar, ikinci grubu çalışanlar, üçüncü grubu emekliler oluşturmaktaydı. Katılımcıların gelir durumları iki gruba ayrılarak incelendi. Birinci grubu ekonomik düzeyi düşük (<5500 TL) kişiler, ikinci grubu ekonomik düzeyi orta ve yüksek (>5500) kişiler oluşturmaktaydı.

Katılımcıların antropometrik ölçümleri yapıldı. Boy ve kilo değerleri ölçülerek vücut kitle indeksi değerlerine ulaşıldı. Katılımcılar vücut kitle endekslerine göre dört gruba ayrıldı. VKİ 18,5'in altında olanlar fazla zayıf, 18,5 ile 24,9 arasında olanlar normal, 24,9 ile 29,9 arasında olanlar fazla kilolu, 30 ve üzeri olanlar obez olarak gruplandırıldı.

Katılımcıların sigara kullanımı, doktor tarafından tanısı konan kronik bir hastalığı olma durumu ve hangi hastalık olduğu sorgulandı ve kaydedildi.

Katılımcıların kalp yetmezliği tanı süresi, var olan semptomları, NYHA sınıfları, LVEF değerleri, kronik hastalıkları olup olmadığı, mevcut kronik hastalıkları ve sayısı sorgulandı. Katılımcıların düzenli kullandıkları ilaçlarının olup olmadığı, var ise düzenli kullandıkları ilaç sayısı, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadıkları sorgulandı. Katılımcıların son bir yıl içerisinde hastaneye toplam başvuru sayıları ve hastanede yatış sayıları kaydedildi. Kalp yetmezliği için aldıkları tedaviden memnuniyet düzeyleri, kardiyoloğa ulaşırken güçlük yaşıyor yaşıyor iseler bu

güçlüklerin neler olduğu sorgulandı. Katılımcıların hastalıkları hakkında yeterli bilgilerinin olup olmadığı, hastalık hakkında bir eğitim alıp almadıkları, kullandıkları ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları, doktorları tarafından yeterince bilgilendirilip bilgilendirilmedikleri, hastalığa bağlı hangi şikayetlerin gelişebileceğini bilip bilmedikleri ve doktor kontrollerine düzenli gidip gitmedikleri sorgulandı. Katılımcıların sosyal hayatta arkadaşlık ilişkileri, eğlence, spor ve hobilerini gerçekleştirirken zorlanıp zorlanmadıkları beşli Likert tipi sorular ile sorgulandı. Katılımcıların tanı aldıktan sonra evde geçirdikleri vaktin ne kadar arttığı sorgulandı. Katılımcıların kalple ilgili olabilecek şikayetleri için aile hekimliklerine başvurup başvurmadıkları ve kalp yetmezliği tanısı alana kadar geçen sürede aile hekimliklerine başvurup başvurmadıkları sorgulandı. Aile hekimlerinin katılımcıları kalp yetmezliği hakkında yeterince bilgilendirip bilgilendirmediği ve ASM'lere en çok hangi sebepler ile başvurdukları sorgulandı. Katılımcıların bağlı olduğu aile sağlığı merkezlerinin evlerine olan uzaklıkları, aile hekimlerinin kalp yetmezliği hastalığı hakkında ne kadar etkin olabilecekleri soruldu. Hastane ve ASM başvurusu esnasında hastalığın ruhsal durum ve sosyal hayatı etkileyebilecek yanlarının sorgulanıp sorgulanmadığı soruldu.

Katılımcılara 12 soru içeren Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranış Ölçeği ve 14 soru içeren Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği uygulandı.

Anket toplam 63 sorudan oluşuyordu. Anketin anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmek için 10 hastadan oluşan bir örneklem üzerinde pilot çalışma yapıldı ve öneriler doğrultusunda ankete son şekli verildi ve her birey için veri toplama süresi ortalama 30 dakika kadar zaman aldı.

### **3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler**

#### **3.1.1. Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranış Ölçeği (AKYÖBDÖ)**

2003 yılında Jaarsma ve ark. tarafından KY hastalarında hayatı sürdürebilme, işlevsellik ve iyilik halini ölçmek için geliştirilmiştir(62). Kalp yetmezliği olan hastaların özbakım davranışları ile ilgili maddeleri içeren, kendi kendilerine cevaplayabilecekleri 12 maddelik bir ankettir. Anket soruları içerisinde örneğin; günlük tartılma, sıvı kısıtlama, egzersiz yapma, sağlık kuruluşuna başvurma gibi özbakımı ölçen sorular yer alır(53). Türkçe uyarlaması Baydemir ve ark. tarafından 2013 yılında

yapılmıştır. Beşli Likert tipi olan ölçekten en az 12, en çok 60 puan alınabilmektedir(62). Puanın artması kötü özbakım ile ilişkilidir.

Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranışı Ölçeği Türkçe versiyonunun iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Elde edilen verilerin faktör analizine uygun yapıda olduğu ve çok değişkenli normal dağılım varsayımına uyduğu belirtilmiştir(63).

### **3.1.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)**

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Baydemir ve ark. tarafından yapılmıştır. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği anksiyete ve depresyonu ayrı ayrı sorgulayan 14 sorudan oluşmaktadır. 1,3,5,7,9,11,13.sorular anksiyete hâlini sorgularken, 2,4,6,8,10,12,14.sorular depresyon hâlini sorgulamaktadır. Yanıtlar dördümlü Likert şeklinde ve 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin amacı tanı koymaktan ziyade fiziksel hastalığa eşlik edebilecek olan anksiyete ve depresyon durumunu kısa bir zaman içinde tarayarak risk altında olan grupları belirlemektir. Puanlama hazırlanırken 0-1 puan ‘‘hasta olmayan’’ 2 puan ‘‘sınırdaki hasta’’ 3-4 puan ise ‘‘belirgin hasta’’ olarak kabul edilmiştir. Anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10 iken, depresyon alt ölçeği için kesme puanı 7’dir. Her iki alt ölçek için 7 ve aşağısı puan ‘‘hasta olmayan’’ 8-10 puan ‘‘sınırdaki hasta’’ 11 ve yukarısı puan için ‘‘belirgin hasta’’ terimleri kullanılmıştır. Yapılan güvenilirlik çalışmasında anksiyete alt ölçeği için Cronbach alfa katsayısı 0,85 ve depresyon alt ölçeği için 0,77’dir. Madde toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete alt ölçeği için 0,81-0,85 arasında ve depresyon alt ölçeği için 0,73-0,77 arasındadır.

### **3.2. İstatistiksel Analizler**

Bu çalışma kesitsel bir araştırmadır. Veriler SPSS 26.0 programında analiz edildi. Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik verileri, kronik ek hastalık durumları, KY ile ilgili özellikleri, KY ile ilgili bilgi düzeyi ve çalışmada kullanılan ölçekten aldıkları puanlarla ilgili tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken normal dağılım gösterenlerde (Ortalama, Standart Sapma) normal dağılım göstermeyenlerde (Medyan, Minimum, Maksimum) tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren

parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Sayısal verilerde normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. p değeri <0,05 olduğu durumlarda aradaki fark anlamlı olarak kabul edildi.



## 4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 278 KY hastası katılmıştır. Çalışmaya katılanların %51,8'i (n=144) kadın, %48,2'si (n=134) erkekti. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında; %39,9'u (n=111) düşük eğitilmiş, %47,1'i (n=131) orta eğitilmiş ve %12,9'u (n=36) yüksek eğitilmiş idi. Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında; %47,1'i (n=131) çalışmıyor, %52,9'u (n=147) çalışıyor idi. Katılımcıların gelir durumlarına göre gruplandırıldıklarında %37,8'i (n=105) 5500 TL'nin altında, %62,2'si (n=173) 5500 TL'nin üzerinde gelire sahipti. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında; %71,9'u (n=200) evli, %26,3'ü (n=73) boşanmış veya eşini kaybetmiş, %1,8'i (n=5) bekâr idi. Katılımcıların yaşadıkları yere bakıldığında %71,9'u (n=200) ilde, %19,8'i (n=55) ilçede, %8,3'ü (n=23) köyde yaşamakta idi (Tablo 4).

**Tablo 4.** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler (N=278)		n	%
Cinsiyet	Kadın	144	51,8
	Erkek	134	48,2
Eğitim durumu	Düşük eğitilmiş	111	39,9
	Orta eğitilmiş	131	47,1
	Yüksek eğitilmiş	36	12,9
Çalışma durumu	Çalışmıyor	131	47,1
	Çalışıyor	20	7,2
	Emekli	127	45,7
Gelir durumu	Düşük gelirli (<5500 TL)	105	37,8
	Orta-yüksek gelirli (>5500 TL)	173	62,2
Medeni durumu	Evli	200	71,9
	Bekâr	5	1,8
	Boşanmış-Eşini kaybetmiş	73	26,3
Yaşadığı yer	İl	200	71,9
	İlçe	55	19,8
	Köy	23	8,3

Katılımcıların yaşlarının ortanca (medyan) değeri 70,00 olarak bulundu. Çalışmaya; minimum 46 yaşında, maksimum 91 yaşında katılımcı dâhil edildi. Katılımcıların kalp yetmezliği tanı sürelerinin ortanca (medyan) değeri 12,00 ay olarak bulundu. Çalışmaya minimum 1 aydır KY tanısı olan, maksimum 120 aydır KY tanısı olan katılımcı dâhil edildi.

**Tablo 5.** Katılımcıların yaş ve KY tanı süresi

(N=278)	Ortanca değer	Min-Maks
Yaş	70,00	46-91
Kalp yetmezliği tanı süresi (ay)	12,00	1-120

Katılımcıların sigara kullanıp kullanmadıkları incelendiğinde; %53,6'sı (n=149) sigara kullandığını, %30,6'sı (n=44) sigarayı bıraktığını, %15,8'i daha önce hiç sigara kullanmadığını belirtti.

**Tablo 6.** Katılımcıların sigara kullanım durumu

Sigara kullanma durumları		(N=278)	%
Sigara	Kullanıyor	149	53,6
	Kullanmıyor	44	15,8
	Bırakmış	85	30,6

Katılımcıların boylarının ortanca (medyan) değeri santimetre (cm) cinsinden 165,00, kilolarının ortanca değeri kilogram (kg) cinsinden 75,00 ve vücut kitle indeksleri (VKİ) kilogram/metrekare (kg/m<sup>2</sup>) cinsinden 26,95 idi.

**Tablo 7.** Katılımcıların boy, kilo ve VKİ değerleri

(N=278)	Ortanca değer	Min-Maks
Boy (cm)	165,00	147-186
Kilo (kg)	75,00	45-115
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	26,95	18-36

Katılımcıların ek kronik hastalıklarının olup olmadığı sorgulandığında; %96,8'i (n=269) bir veya birden fazla kronik hastalığının olduğunu, %3,2'si (n=9) ise herhangi bir kronik hastalığının olmadığını belirtti.

**Tablo 8.** Katılımcıların ek kronik hastalık durumu

(N=278)	n	%
<b>Ek kronik hastalığı olanlar</b>	269	96,8
<b>Ek kronik hastalığı olmayanlar</b>	9	3,2

Katılımcıların sahip oldukları ek kronik hastalıkların neler olduğu sorgulandığında; %67,6'sı (n=188) hipertansiyon, %58,6'sı (n=163) iskemik kalp hastalığı, %46'sı (n=128) diyabet, %23'ü (n=64) aritmi, %20,5'i (n=57) dislipidemi, %18,7'si (n=52) kalp kapak hastalığı, %1,8'i (n=5) kardiyomiyopati ve %43,2'si (n=120) diğer kronik hastalıkları olduğunu belirtti.

**Tablo 9.** Katılımcılarda bulunan kronik hastalıklar

(N=278)	n	%
<b>Hipertansiyon</b>	188	67,6
<b>İskemik kalp hastalığı</b>	163	58,6
<b>Diyabet</b>	128	46,0
<b>Aritmi</b>	64	23,0
<b>Dislipidemi</b>	57	20,5
<b>Kalp kapak hastalığı</b>	52	18,7
<b>Kardiyomiyopati</b>	5	1,8
<b>Diğer hastalıklar</b>	120	43,2

Katılımcıların %77,3'ü (n=215) azalmış sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonuna, %5,4'ü hafif azalmış sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonuna, %17,3'ü ise korunmuş sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonuna sahipti.

**Tablo 10.** Katılımcıların sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonuna (LVEF) göre sınıflandırılması

(N=278)	n	%
<b>Azalmış LVEF</b>	215	77,3
<b>Hafif azalmış LVEF</b>	15	5,4
<b>Korunmuş LVEF</b>	48	17,3

Katılımcıların %4,7'si (n=13) NYHA sınıf 1, %27'si (n=75) NYHA sınıf 2, %38,1'i (n=106) NYHA sınıf 3, %30,2'si (n=84) NYHA sınıf 4 idiler.

**Tablo 11.** Katılımcıların New York Heart Association (NYHA) sınıflaması

(N=278)	n	%
NYHA Sınıf 1	13	4,7
NYHA Sınıf 2	75	27,0
NYHA Sınıf 3	106	38,1
NYHA Sınıf 4	84	30,2

Katılımcıların %95,7'si (n=266) nefes darlığı, %70,9'u (n=197) çabuk yorulma, %46'sı (n=128) el ve ayak bileklerinde şişme, %19,4'ü (n=54) çarpıntı, %18,7'si (n=52) karında şişlik, %12,2'si (n=34) öksürük, %11,2'si (n=31) sersemlik, %6,1'i (n=17) kilo alma semptomlarını yaşıyorlardı.

**Tablo 12.** Katılımcılarda görülen semptomlar

(N=278)	n	%
Nefes darlığı	266	95,7
Çabuk yorulma	197	70,9
Ayak bileklerinde şişme	128	46,0
Çarpıntı	54	19,4
Karında şişlik	52	18,7
Öksürük	34	12,2
Sersemlik	31	11,2
Kilo alma	17	6,1

Katılımcıların sahip oldukları mevcut kronik hastalık sayısının ortanca değeri 3 olup minimum 0, maksimum 6 farklı kronik hastalığa sahiptiler. Katılımcıların günde kullandıkları ilaç sayısının ortanca değeri 6 olup minimum 0, maksimum 11 ilaç kullanıyor idiler.

**Tablo 13.** Katılımcıların mevcut kronik hastalık ve günde kullanılan ilaç sayıları

(N=278)	Ortanca değer	Min-Maks
Mevcut kronik hastalık sayısı	3,00	0-6
Günde kullanılan ilaç sayısı	6,00	0-11

Katılımcıların son 1 yılda KY nedeni ile hastane başvuru sayılarının ortanca değeri 2, minimum 0 ve maksimum 10 idi. Katılımcıların son 1 yılda KY nedeni ile hastanede yatma sayılarının ortanca değeri 1, minimum 0 ve maksimum 7 idi.

**Tablo 14.** Katılımcıların son 1 yılda KY nedeniyle hastaneye başvurma ve hastanede yatma sayıları

(N=278)	Ortanca değer	Min-Maks
Son 1 yılda hastaneye başvurma	2,00	1-10
Son 1 yılda hastanede yatma	1,00	0-7

Katılımcıların “Kalp yetmezliği için olan ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların ortalama değeri  $3,46 \pm 1,3$  idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı fark saptandı. ( $t=5$   $p<0,001$ )

**Tablo 15.** Katılımcıların düzenli ilaç kullanma durumları

	Ort* $\pm$ SS*	Test Değeri 3,0	
		t***	p
Soru 1. Kalp yetmezliği için olan ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?	3,46 $\pm$ 1,3	5,8	<0,001

\*Ort: Ortalama skor; 1: hiç düzenli kullanmıyorum, 5: çok düzenli kullanıyorum, \*\*\*Tek örneklemlili t testi, test değeri 3,0 alınmıştır.

Katılımcıların %64’ü (n=178) kalp doktoruna ulaşırken güçlük yaşadıklarını belirtirken %36’sı (n=100) kalp doktoruna ulaşırken güçlük yaşamadıklarını belirtti. Kalp doktoruna ulaşırken hangi güçlüklerin yaşandığı sorgulandığında katılımcıların %60,8’i (n=169) randevu bulmakta güçlük çektiğini, %37,8’i (n=105) sıra beklerken güçlük çektiğini, %28,1’i (n=78) hastanenin evine uzaklığı fazla olduğu için güçlük çektiğini belirtti.

**Tablo 16.** Katılımcıların KY ile ilgili sağlık hizmeti alımında yaşadıkları güçlükler

(N=278)	n	%
Randevu bulmakta güçlük çekenler	169	60,8
Sıra beklerken güçlük çekenler	105	37,8
Hastanenin evine uzaklığı fazla olduğu için güçlük çekenler	78	28,1

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili tutum ve bilgi düzeyleri sorgulandığında %71,9'u (n=200) hastalığı hakkında yeterli bilgisi olmadığını, %88,8'i (n=247) kullandığı ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilgisi olmadığını, %57,6'sı (n=160) hastalığı ile ilgili doktor tarafından yeterince bilgilendirilmediğini belirtti.

**Tablo 17.** Katılımcıların hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri

(N=278)		%
<b>Hastalığı hakkında yeterli bilgisi olduğunu düşünme</b>	<b>Evet</b> (n=78)	28,1
	<b>Hayır</b> (n=200)	71,9
<b>Kullandığı ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilgisi olduğunu düşünme</b>	<b>Evet</b> (n=31)	11,2
	<b>Hayır</b> (n=247)	88,8
<b>Hastalık ile ilgili doktor tarafından yeterince bilgilendirildiğini düşünme</b>	<b>Evet</b> (n=118)	42,4
	<b>Hayır</b> (n=160)	57,6

Katılımcılara doktor tarafından ilaç tedavisi dışında hangi önerilerde bulunduğu sorulduğunda %23,4'üne (n=65) sıvı kısıtlaması, %58,6'sına (n=163) sağlıklı beslenme ve %36,7'sine (n=102) egzersiz yapmaları konusunda önerilerde bulunduğu belirtilmiştir.

**Tablo 18.** Katılımcıların aldıkları ilaç dışı öneriler

<b>Hastaneye gittiğinizde size ilaç tedavisi dışında ne tür önerilerde bulunuldu? (N=278)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sağlıklı beslenme</b>	163	58,6
<b>Egzersiz</b>	102	36,7
<b>Sıvı kısıtlaması</b>	65	23,4

Katılımcılara ‘‘Arkadaş ilişkilerinizde ya da onlarla birlikte vakit geçirmekte zorlanıyor musunuz?’’ sorusu sorulduğunda verdikleri yanıtın ortalama değeri 3,34±1,3 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (t=4,1 p<0,001).

Katılımcılara ‘‘Eğlence, spor aktiviteleri ya da hobilerinizi yaparken zorluk çekiyor musunuz?’’ sorusu sorulduğunda verdikleri yanıtın ortalama değeri 3,39±1,3 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (t=4,7 p<0,001).

Katılımcılara ‘‘Kalp yetmezliği tanısı aldıktan sonra evde geçirdiğiniz vakit arttı mı?’’ sorusu sorulduğunda verdikleri yanıtın ortalama değeri 3,45±1,3 idi ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (t=5,4 p<0,001).

**Tablo 19.** Katılımcıların sosyal ve günlük yaşamlarında yaşadıkları zorluklar

	Ort*±	Test Değeri 3,0	
	SS*	t***	p
<b>Soru 1. Arkadaş ilişkilerinizde ya da onlarla birlikte vakit geçirmekte zorlanıyor musunuz?</b>	3,34±1,3	4,1	<0,001
<b>Soru 2. Eğlence, spor aktiviteleri ya da hobilerinizi yaparken zorluk çekiyor musunuz?</b>	3,39±1,3	4,7	<0,001
<b>Soru 3. Kalp yetmezliği tanısı aldıktan sonra evde geçirdiğiniz vakit arttı mı?</b>	3,45±1,3	5,4	<0,001

\*Ort: Ortalama skor. \*SS: Standart Sapma. Likert tipi soru sorulmuştur; 1: hiç zorlanmıyorum, 5: çok zorlanıyorum

\*\*\*Tek örneklemlili t testi, test değeri 3,0 alınmıştır

Katılımcıların %70,9’u (n=197) kalple ilgili bir şikâyeti olduğunda aile hekimine başvurmadığını, %86,3’ü (n=240) şikâyetlerinin başlaması ile kalp yetmezliği tanısı alması arasındaki geçen sürede aile hekimine başvurmadığını ve %69,1’i (n=192) aile hekimleri tarafından kalp yetmezliği hakkında yeterince bilgi alamadığını belirtti.

**Tablo 20.** Katılımcıların tanı ve tedavi sürecinde aile hekimlerine başvurma durumu

(N=278)		%
<b>Kalple ilgili bir şikâyetiniz olduğunda aile hekiminize başvurur musunuz?</b>	<b>Evet</b> (n=81)	29,1
	<b>Hayır</b> (n=197)	70,9
<b>Şikâyetlerinizin başlaması ile kalp yetmezliği tanısı almanız arasında geçen sürede hiç aile hekiminize başvurduğunuz mu?</b>	<b>Evet</b> (n=38)	13,7
	<b>Hayır</b> (n=240)	86,3
<b>Aile hekiminiz size kalp yetmezliği hakkında yeterli düzeyde bilgi verebildi mi?</b>	<b>Evet</b> (n=86)	30,9
	<b>Hayır</b> (n=196)	69,1

Katılımcıların “Aile hekiminize ne sebeplerle başvurursunuz?” sorusuna %62,8’i (n=258) raporlu ilaçların reçete edilmesi için, %47,1’i (n=131) kan tahlili yaptırmak için, %27’si (n=75) ilaç yan etkisi yaşadığında, %9,4’ü (n=26) rahatsızlandığında aciliyetine karar verip yönlendirmesi için, %6,8’i (n=19) kalp yetmezliğine bağlı yaşadığı şikâyetleri tedavi etmesi için başvurduğunu belirtti.

**Tablo 21.** Katılımcıların KY nedeniyle aile hekimliğine başvurma sebepleri

(N=278)	n	%
<b>Raporlu ilaçların reçete edilmesi için başvuranlar</b>	258	92,8
<b>Kan tahlili yaptırmak için başvuranlar</b>	131	47,1
<b>İlaç yan etkisi yaşadığında başvuranlar</b>	75	27,0
<b>Rahatsızlandığında aciliyetine karar verip yönlendirmesi için başvuranlar</b>	26	9,4
<b>Kalp yetmezliğine bağlı yaşadığı şikâyetleri tedavi etmesi için başvuranlar</b>	19	6,8

Katılımcılara “Aile hekiminize gittiğinizde hastalığınızın ruhsal durumunuza etkisi ile ilgili sorular soruldu mu?” sorusu sorulduğunda katılımcıların %77’sinin (n=214) hayır cevabı verdiği görülürken “Aile hekiminize gittiğinizde hastalığınızın sosyal ve günlük yaşamınıza etkisi ile ilgili sorular soruldu mu?” sorusuna katılımcıların %83,1’inin (n=231) hayır cevabı verdiği görülmüştür.

**Tablo 22.** Katılımcıların aile hekimliğinde ruhsal ve sosyal durumlarının sorgulanması

(N=278)		%
Aile hekiminize gittiğinizde hastalığınızın ruhsal durumunuza etkisi ile ilgili sorular soruldu mu?	Evet (n=64)	23,0
	Hayır (n=214)	77,0
Aile hekiminize gittiğinizde hastalığınızın sosyal ve günlük yaşamınıza etkisi ile ilgili sorular soruldu mu?	Evet (n=47)	16,9
	Hayır (n=231)	83,1

Katılımcılara ‘‘Hastaneye gittiğinizde hastalığınızın ruhsal durumunuza etkisi ile ilgili sorular soruldu mu?’’ sorusu sorulduğunda katılımcıların %87,4’ünün (n=243) hayır cevabı verdiği görülür iken ‘‘ Hastaneye gittiğinizde hastalığınızın sosyal ve günlük yaşamınıza etkisi ile ilgili sorular soruldu mu? ‘‘ sorusuna katılımcıların %93,2’sinin (n=231) hayır cevabı verdiği görülmüştür.

**Tablo 23.** Katılımcıların hastanede ruhsal ve sosyal durumlarının sorgulanması

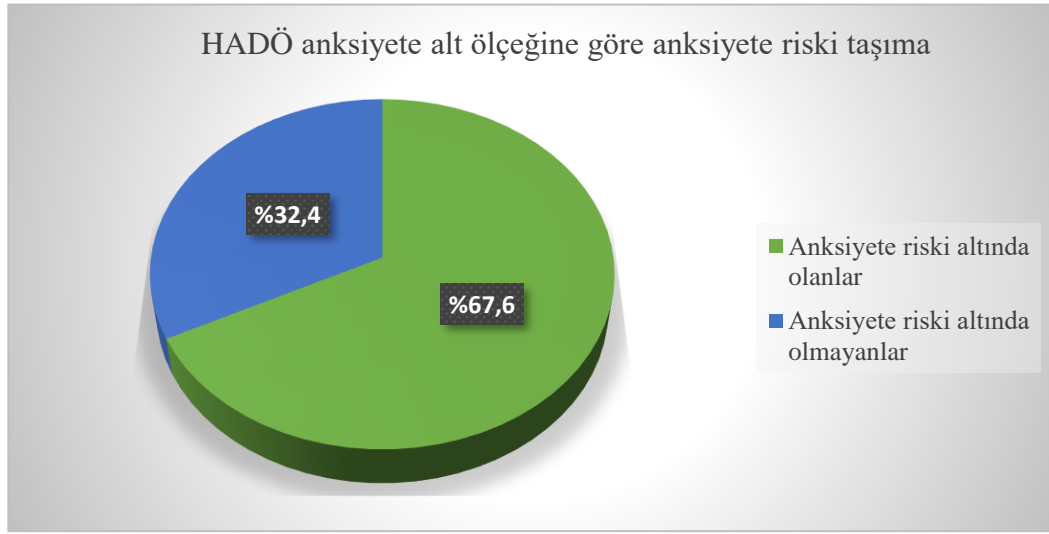
(N=278)		%
Hastaneye gittiğinizde hastalığınızın ruhsal durumunuza etkisi ile ilgili sorular soruldu mu?	Evet (n=35)	12,6
	Hayır (n=243)	87,4
Hastaneye gittiğinizde hastalığınızın sosyal ve günlük yaşamınıza etkisi ile ilgili sorular soruldu mu?	Evet (n=19)	6,8
	Hayır (n=259)	93,2

Katılımcıların AKYÖBDÖ’den aldıkları puanların ortanca değeri 39, minimum 19 maksimum 54 idi. Katılımcıların HADS anksiyete alt ölçeğinden aldıkları puanların ortanca değeri 12, minimum 4 maksimum 19 idi. Katılımcıların HADS depresyon alt ölçeğinden aldıkları puanların ortanca değeri 14, minimum 5 maksimum 20 idi.

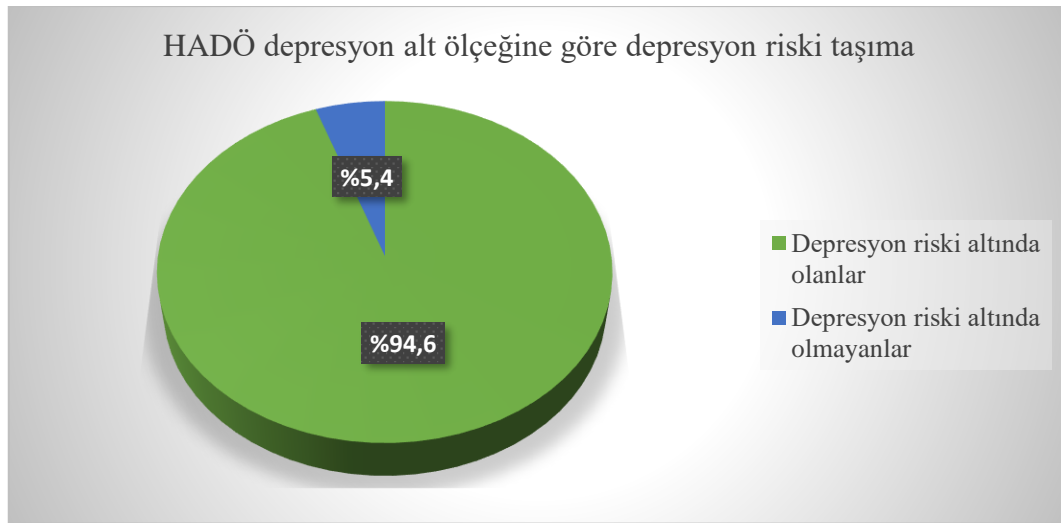
**Tablo 24.** Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar

(N=278)	Ortanca değer	Min-Maks
<b>AKYÖBDÖ puanları</b>	39,00	19-54
<b>HADÖ anksiyete alt ölçeği puanları</b>	12,00	4-19
<b>HADÖ depresyon alt ölçeği puanları</b>	14,00	5-20

Katılımcıların cevapladıkları HADÖ'ye göre %67,6'sı (n=188) anksiyete riski altında iken %32,4'si (n=90) anksiyete riski altında olmayanlardı. Katılımcıların %94,6'sı (n=263) depresyon riski altında iken %5,4'si (n=15) depresyon riski altında olmayanlardı.



**Şekil 1.** Katılımcıların anksiyete durumları



**Şekil 2.** Katılımcıların depresyon durumları

Katılımcıların cinsiyete göre NYHA sınıfları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut değildi ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların cinsiyete göre LVEF değerleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut idi ( $Z=-3,796$   $p<0,001$ ).

**Tablo 25.** Katılımcıların cinsiyete göre hastalık şiddetinin karşılaştırılması

(N=278)	<b>Kadın</b> (n=144) <b>Ort*(Min-Maks)</b>	<b>Mean</b> <b>rank</b>	<b>Erkek</b> (n=134) <b>Ort*(Min-Maks)</b>	<b>Mean</b> <b>rank</b>	<b>Z***</b>	<b>p</b>
<b>NYHA sınıfı</b>	3,00(1-4)	137,85	3,00(1-4)	141,27	-0,374	0,709
<b>LVEF</b>	35,00(20-60)	156,97	30,00(15-55)	120,73	-3,796	<b>&lt;0,001</b>

\*Ort: Ortanca değer. \*\*\*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların cinsiyete göre ilaçlarını düzenli kullanma durumları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildi ( $Z=-1,834$   $p=0,067$ ).

Katılımcıların cinsiyete göre son 1 yılda KY nedeni ile hastaneye başvurma sayıları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildi ( $Z=-0,161$   $p=0,872$ ).

Katılımcıların cinsiyete göre son 1 yılda KY nedeni ile hastanede yatma sayıları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark mevcut değildi ( $Z=-1,842$   $p=0,065$ ).

**Tablo 26.** Katılımcıların cinsiyete göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması

(N=278)	<b>Kadın</b> (n=144) <b>Ort*(Min-Maks)</b>	<b>Mean</b> <b>rank</b>	<b>Erkek</b> (n=134) <b>Ort*(Min-Maks)</b>	<b>Mean</b> <b>rank</b>	<b>Z***</b>	<b>p</b>
<b>İlaçları düzenli kullanma</b>	3,00(1-5)	131,20	4,00(1-5)	148,41	-1,834	0,067
<b>Son 1 yılda hastaneye başvurma sayısı</b>	2,00(1-7)	140,22	2,00(1-10)	138,73	-0,161	0,872
<b>Son 1 yılda hastanede yatma sayısı</b>	1,00(0-7)	147,49	1,00(0-7)	130,91	-1,842	0,065

\*Ort: Ortanca değer. \*\*\*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 27.** Katılımcıların medeni duruma göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması

(N=278)	Evli olan (n=200) Ort*(Min- Maks)	Mean rank	Evli olmayan (n=78) Ort*(Min- Maks)	Mean rank	Z***	p
İlaçları düzenli kullanma	4,00(1-5)*	149,43	3,00(1-5)*	114,04	-3,391	<b>0,001</b>
Son 1 yılda hastaneye başvurma sayısı	2,00(1-10)	127,20	3,00(1-7)	171,03	-4,262	<b>&lt;0,001</b>
Son 1 yılda hastanede yatma sayısı	1,00(0-5)	126,42	2,00(0-7)	173,03	-4,658	<b>&lt;0,001</b>

\*Ort: Ortanca değer. \*\*\*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. \*Beşli Likert tipinde soru sorulmuştur.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre ‘‘KY tedaviniz için olan ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?’’ sorusuna verdikleri beşli Likert tipi yanıtlar karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (H=23,708 **p<0,001**).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre son 1 yılda KY nedeni hastane başvuru sayıları karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (H=7,307 **p=0,026**).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre son 1 yılda KY nedeni hastane yatış sayıları karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (H=9,392 **p=0,009**).

**Tablo 28.** Katılımcıların eğitim düzeyine göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması

(N=278)	Düşük eğitim(n=111) Ort*(Min- Maks)	Mean rank	Orta eğitim (n=131) Ort*(Min- Maks)	Mean rank	Yüksek eğitim (n=36) Ort*(Min- Maks)	Mean rank	H***	p
İlaçları düzenli kullanma durumu	3,00(1-5)	112,18	4,00(1-5)	154,28	4,00(2-5)	169,96	23,708	<b>&lt;0,001</b>
Son 1 yılda hastaneye başvurma sayısı	3,00(1-10)	152,32	2,00(1-10)	135,60	2,00(1-4)	114,17	7,307	<b>0,026</b>
Son 1 yılda hastanede yatma sayısı	1,00(0-7)	152,29	1,00(0-5)	137,09	1,00(0-2)	108,83	9,392	<b>0,009</b>

\* Ort: Ortanca değer. \*\*\* Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların gelir durumlarına göre ‘‘KY tedaviniz için olan ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?’’ sorusuna verdikleri beşli Likert tipi yanıtlar karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $Z=-3,325$   $p=0,001$ ).

Katılımcıların gelir durumlarına göre son 1 yılda KY nedenli hastane başvuru sayıları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $Z=-3,035$   $p=0,002$ ).

Katılımcıların gelir durumlarına göre son 1 yılda KY nedenli hastane yatış sayıları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $Z=-3,509$   $p<0,001$ ).

**Tablo 29.** Katılımcıların gelir düzeyine göre bazı özelliklerinin karşılaştırılması

(N=278)	Düşük gelir(n=123) Ort*(Min-Maks)	Mean rank	Orta-yüksek gelir (n=155) Ort*(Min-Maks)	Mean rank	Z***	p
İlaçları düzenli kullanma durumu	3,00(1-5)	122,00	4,00(1-5)	153,39	-3,325	<b>0,001</b>
Son 1 yılda hastaneye başvurma sayısı	3,00(1-7)	155,24	2,00(1-10)	127,01	-3,035	<b>0,002</b>
Son 1 yılda hastanede yatma sayısı	1,00(0-7)	157,21	1,00(0-4)	125,45	-3,509	<b>&lt;0,001</b>

\* Ort: Ortanca değer. \*\*\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre son 1 yılda KY nedenli hastane başvuru sayıları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $Z=-4,420$   $p<0,001$ ).

Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre son 1 yılda KY nedenli hastane yatış sayıları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ( $Z=-4,403$   $p<0,001$ ).

**Tablo 30.** Sigara içen ve içmeyen katılımcıların hastane başvuru ve yatış durumları

(N=278)	<b>Sigara kullanıyor veya kullanmış (n=234) Ort*(Min-Maks)</b>	<b>Mean rank</b>	<b>Hiç sigara kullanmamış (n=44) Ort*(Min-Maks)</b>	<b>Mean rank</b>	<b>Z***</b>	<b>p</b>
<b>Son 1 yılda hastaneye başvurma sayısı</b>	2,00(1-10)	148,35	1,00(1-5)	92,41	-4,420	<b>&lt;0,001</b>
<b>Son 1 yılda hastanede yatma sayısı</b>	1,00(0-7)	148,08	1,00(0-5)	93,85	-4,403	<b>&lt;0,001</b>

\* Ort: Ortanca değer. \*\*\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Hastalığınız hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında düşük eğitim düzeyine sahip olan hastaların %90,1’i (n=100) hayır cevabı verirken orta eğitim düzeyine sahip katılımcıların %67,2’si (n=88) hayır cevabı vermiş, yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların ise %33,3’ü (n=12) hayır cevabını vermiştir ve üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (**p<0,001**). Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Kullandığımız ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterince bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında düşük eğitim düzeyine sahip olan hastaların %99,1’i (n=110) hayır cevabı verirken orta eğitim düzeyine sahip katılımcıların %87,8’i (n=115) hayır cevabı vermiş, yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların ise %61,1’i (n=22) hayır cevabını vermiştir ve üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (**p<0,001**). Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Hastalığınızla ilgili doktorunuz tarafından yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında düşük eğitim düzeyine sahip olan hastaların %79,3’ü (n=88) hayır cevabı verirken orta eğitim düzeyine sahip katılımcıların %48,1’i (n=63) hayır cevabı vermiş, yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların ise %25’i (n=9) hayır cevabını vermiştir ve üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (**p<0,001**).

**Tablo 31.** Katılımcıların eğitim düzeyine göre hastalık hakkındaki bilgi sorularına verdikleri cevaplar

(N=278)					X <sup>2</sup>	P
		Düşük eğitim	Orta eğitim	Yüksek eğitim		
		n(%)	n(%)	n(%)		
Hastalığınız hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet (n=78)	11 (%9,9)	43 (%32,8)	24 (%66,7)	46,171	<0,001
	Hayır (n=200)	100 (%90,1)	88 (%67,2)	12 (%33,3)		
Kullandığımız ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterince bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet (n=31)	1 (%0,9)	16 (%12,2)	14 (%38,9)	-*	<0,001
	Hayır (n=247)	110 (%99,1)	115 (%87,8)	22 (%61,1)		
Hastalığınızla ilgili doktorunuz tarafından yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?	Evet (n=118)	23 (%20,7)	68 (%51,9)	27 (%75,0)	41,864	<0,001
	Hayır (n=160)	88 (%79,3)	63 (%48,1)	9 (%25,0)		

Ki-kare testi kullanılmıştır. - \* Fisher exact testi kullanılmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Kalple ilgili bir şikâyetiniz olduğunda aile hekiminize başvurur musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında düşük eğitim düzeyine sahip olan hastaların %90,1’i (n=100) hayır cevabı verirken orta eğitim düzeyine sahip katılımcıların %64,9’u (n=85) hayır cevabı vermiş, yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların ise %33,3’ü (n=12) hayır cevabını vermiştir ve üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (**p<0,001**). Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Şikâyetlerinizin başlaması ile KY tanısı almanız arasında geçen sürede aile hekiminize başvurduunuz mu?” sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında; düşük eğitim düzeyine sahip olan hastaların %91,9’u (n=102) hayır cevabı verirken orta eğitim düzeyine sahip katılımcıların %86,3’ü (n=113) hayır cevabı vermiş, yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların ise %69,4’ü (n=25) hayır cevabını vermiştir ve üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (**p=0,003**). Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Aile hekiminiz sizi kalp yetmezliği hakkında yeterli düzeyde bilgilendirdi mi?” sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında düşük eğitim düzeyine sahip olan hastaların %85,6’sı (n=95) hayır cevabı verirken orta eğitim düzeyine sahip katılımcıların %65,6’sı (n=86) hayır cevabı vermiş, yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların ise %30,6’sı (n=11) hayır cevabını vermiştir ve üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (**p<0,001**).

**Tablo 32.** Katılımcıların eğitim düzeyine göre KY tanı ve tedavi sürecinde aile hekimliğine başvurma durumları

(N=278)					X <sup>2</sup>	p
		Düşük eğitim	Orta eğitim	Yüksek eğitim		
		n(%)	n(%)	n(%)		
Kalple ilgili bir şikâyetiniz olduğunda aile hekiminize başvurur musunuz?	Evet (n=81)	11 (%9,9)	46 (%35,1)	24 (%66,7)	46,699	<0,001
	Hayır (n=197)	100 (%90,1)	85 (%64,9)	12 (%33,3)		
Şikâyetlerinizin başlaması ile KY tanısı almanız arasında geçen sürede aile hekiminize başvurduunuz mu?	Evet (n=38)	9 (%8,1)	18 (%13,7)	11 (%30,6)	11,609	0,003
	Hayır (n=240)	102 (%91,9)	113 (%86,3)	25 (%69,4)		
Aile hekiminiz sizi kalp yetmezliği hakkında yeterli düzeyde bilgilendirdi mi?	Evet (n=86)	16 (%14,4)	45 (%34,4)	25 (%69,4)	39,883	<0,001
	Hayır (n=192)	95 (%85,6)	86 (%65,6)	11 (%30,6)		

*Ki-kare testi kullanılmıştır.*

Katılımcıların eğitim düzeyine göre aile hekimliğine başvuru sebeplerini sorguladığımızda; düşük eğitimli hastaların %25,2'si (n=28), orta eğitimli hastaların %58,8'i (n=77), yüksek eğitimli hastaların ise %72,2'si (n=26) kan tahlili yaptırmak için, düşük eğitimli hastaların %85,6'sı (n=95), orta eğitimli hastaların %96,9'u (n=127), yüksek eğitimli hastaların ise %100'ü (n=36) raporlu ilaçlarının reçete edilmesi için, düşük eğitimli hastaların %12,6'sı (n=14), orta eğitimli hastaların %30,5'i (n=40), yüksek eğitimli hastaların ise %58,3'ü (n=21) ilaç yan etkisi yaşadığında, düşük eğitimli hastaların %2,7'si (n=3), orta eğitimli hastaların %6,9'u (n=9), yüksek eğitimli hastaların ise %19,4'ü (n=7) kalp yetmezliğine bağlı yaşanan şikayetlerin tedavisi için, düşük eğitimli hastaların %4,5'i (n=5), orta eğitimli hastaların %9,2'u (n=12), yüksek eğitimli hastaların ise %25'i (n=9) rahatsızlanma durumunda aciliyete göre yönlendirme için aile hekimlerine başvuruyorlardı. Sorgulanan başvuru sebepleri arasında her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu.

**Tablo 33.** Katılımcıların eğitim düzeyine göre aile hekimliğine başvuru sebepleri

(N=278)					X <sup>2</sup>	P
		Düşük eğitim	Orta eğitim	Yüksek eğitim		
		n(%)	n(%)	n(%)		
Kan tahlili yaptırmak için	Evet (n=131)	28 (%25,2)	77 (%58,8)	26 (%72,2)	37,605	<0,001
	Hayır (n=147)	83 (%74,8)	54 (%41,2)	10 (%27,8)		
Raporlu ilaç reçete edilmesi için	Evet (n=258)	95 (%85,6)	127 (%96,9)	36 (%100)	-.*	0,001
	Hayır (n=20)	16 (%14,4)	4 (%3,1)	0 (%0)		
İlaç yan etkisi yaşandığında	Evet (n=75)	14 (%12,6)	40 (%30,5)	21 (%58,3)	30,435	<0,001
	Hayır (n=203)	97 (%87,4)	91 (%69,5)	15 (%41,7)		
KY'ne bağlı yaşanan şikâyetlerin tedavisi için	Evet (n=19)	3 (%2,7)	9 (%6,9)	7 (%19,4)	-.*	0,003
	Hayır (n=259)	108 (%97,3)	122 (%93,1)	29 (%80,6)		
Rahatsızlanma durumunda aciliyete göre yönlendirme için	Evet (n=26)	5 (%4,5)	12 (%9,2)	9 (%25,0)	13,480	0,001
	Hayır (n=252)	106 (%95,5)	119 (%90,8)	27 (%75,0)		

Ki-kare testi kullanılmıştır. -.\*Fisher exact testi kullanılmıştır.

Katılımcıların rahatsızlandıklarında aciliyetine karar vermesi ve yönlendirmesi için aile hekimlerine başvurma durumu ile son 1 yılda olan hastane başvuru sayıları karşılaştırıldığında aile hekimlerine başvuran hastaların hastaneye daha az başvurdukları görülmüştür ( $p<0,001$ ).

**Tablo 34.** Aile hekimliğini kullanan hastaların hastane başvuru sayısı

(N=278)		Son 1 yılda hastane başvuru sayısı Ort*(Min-Maks)	Mean rank	Z***	P
Rahatsızlandığında aciliyetine karar vermesi ve yönlendirmesi için aile hekimine başvurma	Evet (n=26)	1,00(1-3)	84,19	-3,845	<0,001
	Hayır (n=252)	2,00(1-10)	145,21		

\* Ort: Ortanca değer. \*\*\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların rahatsızlandıklarında aciliyetine karar vermesi ve yönlendirmesi için aile hekimlerine başvurma durumu ile son 1 yılda olan hastanede yatma sayıları karşılaştırıldığında aile hekimlerine başvuran hastaların hastanede daha az yattıkları görülmüştür ( $p<0,001$ ).

**Tablo 35.** Aile hekimliğini kullanan hastaların hastane yatış sayıları

(N=278)		Son 1 yılda hastane yatış sayısı Ort*(Min-Maks)	Mean rank	Z***	P
Rahatsızlandığında aciliyetine karar vermesi ve yönlendirmesi için aile hekimine başvurma	Evet (n=26)	1,00(0-1)	78,87	-4,332	<0,001
	Hayır (n=252)	1,00(0-7)	145,76		

\* Ort: Ortanca değer. \*\*\* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Hastanede hiç yatmamış olan ve en az 1 kere yatmış olan hastaları, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi sorularını sorarak karşılaştırdığımızda hastanede hiç yatmamış olan hastaların %52'si (n=26) hastalık hakkında yeterli bilgisi olduğunu düşünüyorken, hastanede en az 1 kere yatmış olan hastaların %22,8'i (n=52) hastalık hakkında yeterli bilgisi olduğunu düşünmekteydi ve istatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark mevcuttu ( $p<0,001$ ). Kullandıkları ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilgileri olup

olmadığı sorgulandığında hastanede hiç yatmamış olan hastaların %20'si (n=10) bilgili hissettiğini ifade ederken, hastanede en az 1 kere yatmış olan hastaların %9,2'si (n=21) bilgili hissetmekte idi ve istatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark mevcuttu (**p=0,028**).

Hastalık hakkında doktor tarafından yeterli düzeyde bilgilendirilip bilgilendirilmediği sorusunda hastanede hiç yatmamış olan hastaların %68'i (n=34) yeterince bilgilendirilmiş iken, hastanede en az 1 kere yatmış olan hastaların %36,8'i (n=84) yeterince bilgilendirildiğini ifade ediyordu ve istatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark mevcuttu (**p<0,001**).

**Tablo 36.** Hastanede yatmış ve yatmamış olan hastaların hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri

(N=278)		Hastanede yatma durumu		X <sup>2</sup>	P
		Hastanede hiç yatmamış olanlar (n=50)	Hastanede en az bir kere yatmış olanlar (n=228)		
		n(%)	n(%)		
Hastalığınız hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet (n=78)	26 (%52)	52 (%22,8)	17,313	<0,001
	Hayır (n=200)	24 (%48)	176 (%77,2)		
Kullandığımız ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet (n=31)	10 (%20)	21 (%9,2)	4,818	0,028
	Hayır (n=247)	40 (%80)	207 (%90,8)		
Hastalığınızla ilgili doktorunuz tarafından yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?	Evet N=118	34 (%68)	84 (%36,8)	16,296	<0,001
	Hayır N=160	16 (%32)	144 (%63,2)		

*Ki-kare testi kullanılmıştır.*

Katılımcıların özbakım ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörler tek tek incelendiğinde; eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması, evli olmama, kırsalda yaşama, fazla kilolu olma, NYHA sınıf 3 ve 4 olma, hastalık hakkında yeterince bilgili hissetmeme, kullanılan ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterince bilgili hissetmeme, hastalıkla ilgili doktor tarafından yeterince bilgilendirilmemiş olma, kalple ilgili bir yakınmada aile hekimine başvurmama durumlarının mevcut olmasının özbakım ölçeğinden alınan puanları artırdığı tespit edilmiştir.

**Tablo 37.** Katılımcıların AKYÖBDÖ puanlamalarını etkileyen faktörler

(N=278)		<b>AKYÖBDÖ puanı Ort*(Min-Maks)</b>	<b>Mean rank</b>	<b>Z** H***</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	39,00(20-54)	147,49	-1,718**	0,086
	<b>Erkek</b>	39,00(19-52)	130,92		
<b>Yaş</b>	<b>65 yaş altı</b>	38,00(19-50)	123,67	-2,217**	0,27
	<b>65 yaş ve üstü</b>	40,00(19-54)	146,71		
<b>Eğitim durumu</b>	<b>Düşük eğitim</b>	42,00(23-54)	167,95	35,728***	<0,001
	<b>Orta eğitim</b>	38,00(19-52)	132,15		
	<b>Yüksek eğitim</b>	30,00(20-50)	78,56		
<b>Medeni durum</b>	<b>Evli</b>	39,00(19-53)	123,89	-5,189**	<0,001
	<b>Evli olmayan</b>	45,50(22-54)	179,54		
<b>Gelir durumu</b>	<b>Düşük gelir</b>	41,00(21-54)	164,51	-4,624**	<0,001
	<b>Orta-yüksek gelir</b>	37,00(19-52)	119,65		
<b>Yaşanılan yer</b>	<b>Kentsel</b>	37,00(19-54)	129,39	-3,361**	0,001
	<b>Kırsal</b>	41,50(20-53)	165,44		
<b>VKİ</b>	<b>Normal</b>	41,00(19-54)	144,58	9,033***	0,011
	<b>Fazla kilolu</b>	40,00(20,54)	145,90		
	<b>Obez</b>	34,00(20-51)	104,71		
<b>NYHA sınıfı</b>	<b>1</b>	29,00(23-48)	99,46	11,916***	0,008
	<b>2</b>	38,00(19-51)	120,71		
	<b>3</b>	40,00(20-54)	156,12		
	<b>4</b>	41,00(19-53)	141,50		
<b>LVEF</b>	<b>Azalmış</b>	39,00(19-54)	136,67	1,179***	0,555
	<b>Hafif azalmış</b>	40,00(22-53)	149,00		
	<b>Korunmuş</b>	39,50(23-50)	149,22		
<b>Hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgili olduğunu düşünme</b>	<b>Evet</b>	30,00(19-44)	79,40	-7,789**	<0,001
	<b>Hayır</b>	41,00(20-54)	162,94		
<b>İlaçlar ve yan etkileri ile ilgili bilgili olma</b>	<b>Evet</b>	29,00(20-46)	62,39	-5,669**	<0,001
	<b>Hayır</b>	40,00(19-54)	149,18		
<b>Hastalıkla ilgili doktor tarafından yeterince bilgilendirilme</b>	<b>Evet</b>	34,00(19-50)	103,19	-6,470**	<0,001
	<b>Hayır</b>	42,00(20-54)	166,28		
<b>Kalple ilgili bir şikâyetiniz olduğunda aile hekiminize başvurur musunuz?</b>	<b>Evet</b>	30,00(19-48)	80,19	-7,893**	<0,001
	<b>Hayır</b>	41,00(19-54)	163,89		

\* Ort: Ortanca değer. \*\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. \*\*\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Katılımcıların HADS anksiyete alt ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörler tek tek incelendiğinde; kadın cinsiyet olma, 65 yaş ve altında olma, eğitim düzeyinin düşük olması, evli olmama, fazla kilolu ve obez olma, korunmuş EF'ye sahip olma, hastalık hakkında yeterince bilgili hissetmeme, kullanılan ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterince bilgili hissetmeme, hastalıkla ilgili doktor tarafından yeterince bilgilendirilmemiş olma, kalple ilgili bir yakınmada aile hekimine başvurmama durumlarının mevcut olmasının HADS anksiyete alt ölçeğinden alınan puanları artırdığı tespit edilmiştir.

**Tablo 38.** Katılımcıların HADÖ anksiyete alt ölçeği puanlamalarını etkileyen faktörler

(N=278)		HADÖ Anksiyete alt ölçeği puanı Ort*(Min-Maks)	Mean rank	Z** H***	p
Cinsiyet	Kadın	13,00(6-19)	148,38	-1,997**	<b>0,046</b>
	Erkek	12,00(4-19)	129,96		
Yaş	65 yaş altı	13,00(4-19)	160,20	-2,914**	<b>0,004</b>
	65 yaş ve üstü	12,00(4-18)	130,07		
Eğitim durumu	Düşük eğitim	13,00(6-18)	150,74	10,234***	<b>&lt;0,001</b>
	Orta eğitim	12,00(4-19)	140,34		
	Yüksek eğitim	9,00(4-19)	101,78		
Medeni durum	Evli	12,00(4-19)	133,46	-2,018**	<b>0,044</b>
	Evli olmayan	13,00(7-17)	154,99		
Gelir durumu	Düşük gelir	12,00(6-18)	149,07	-1,778**	0,075
	Orta-yüksek gelir	12,00(4-19)	131,91		
VKİ	Normal	11,00(5-19)	117,84	8,328***	<b>0,016</b>
	Fazla kilolu	12,00(4-19)	145,78		
	Obez	13,00(4-18)	155,68		
NYHA sınıfı	1 ve 2	12,00(5-18)	133,77	-0,813**	0,416
	3 ve 4	12,00(4-19)	142,15		
LVEF	Azalmış	12,00(4-19)	132,58	9,141***	<b>0,01</b>
	Hafif azalmış	13,00(4-15)	137,53		
	Korunmuş	14,00(7-19)	171,13		
Hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgili olduğunu düşünme	Evet	10,00(4-18)	101,09	-5,005**	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	13,00(5-19)	154,48		
İlaçlar ve yan etkileri ile ilgili bilgili olma	Evet	8,00(4-18)	88,39	-3,778**	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	12,00(6-19)	145,91		
Hastalıkla ilgili doktor tarafından yeterince bilgilendirilme	Evet	12,00(4-18)	124,01	-2,775**	<b>0,006</b>
	Hayır	12,00(5-19)	150,92		
Kalple ilgili bir şikâyetiniz olduğunda aile hekiminize başvurur musunuz?	Evet	10,00(4-18)	112,48	-3,615**	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	12,00(5-19)	150,61		

\* Ort: Ortanca değer. \*\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. \*\*\*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların HADÖ depresyon alt ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen faktörler tek tek incelendiğinde; kadın cinsiyet olma, 65 yaş ve üstünde olma, eğitim düzeyinin düşük olması, fazla kilolu ve obez olma, NYHA sınıf 3 ve 4 olma, hastalık hakkında yeterince bilgili hissetmeme, kullanılan ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterince bilgili hissetmeme, hastalıkla ilgili doktor tarafından yeterince bilgilendirilmemiş olma, kalple ilgili bir yakınmada aile hekimine başvurumama durumlarının mevcut olmasının HADS depresyon alt ölçeğinden alınan puanları artırdığı tespit edilmiştir.

**Tablo 39.** Katılımcıların HADÖ depresyon alt ölçeği puanlamalarını etkileyen faktörler

(N=278)		HADÖ Depresyon alt ölçeği puanı Ort*(Min-Maks)	Mean rank	Z	p
Cinsiyet	Kadın	15,00(6-20)	154,38	-3,210**	0,001
	Erkek	13,00(5-20)	123,51		
Yaş	65 yaş altı	12,00(4-18)	159,79	-2,850**	0,004
	65 yaş ve üstü	14,00(5-20)	130,20		
Eğitim durumu	Düşük eğitim	14,00(7-20)	143,26	7,582***	<0,001
	Orta eğitim	15,00(5-20)	145,71		
	Yüksek eğitim	12,00(5-19)	105,33		
Medeni durum	Evli	14,00(5-20)	136,87	-0,878**	0,380
	Evli olmayan	14,00(7-20)	146,26		
Gelir durumu	Düşük gelir	14,00(6-20)	148,18	-1,609**	0,108
	Orta-yüksek gelir	14,00(5-20)	132,61		
VKİ	Normal	13,00(5-20)	115,94	9,442***	0,009
	Fazla kilolu	15,00(5-20)	149,88		
	Obez	15,00(7-20)	143,26		
NYHA sınıfı	1 ve 2	13,00(5-20)	118,92	-2,916**	0,004
	3 ve 4	15,00(5-20)	149,03		
LVEF	Azalmış	14,00(5-20)	136,66	2,400***	0,301
	Hafif azalmış	14,00(5-19)	129,33		
	Korunmuş	15,00(6-20)	155,39		
Hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgili olduğunu düşünme	Evet	12,00(5-20)	103,20	-4,719**	<0,001
	Hayır	15,00(5-20)	153,66		
İlaçlar ve yan etkileri ile ilgili bilgili olma	Evet	11,00(5-20)	83,37	-4,139**	<0,001
	Hayır	14,00(6-20)	146,54		
Hastalıkla ilgili doktor tarafından yeterince bilgilendirilme	Evet	13,00(5-20)	125,74	-2,460**	0,014
	Hayır	14,00(5-20)	149,65		
Kalple ilgili bir şikâyetiniz olduğunda aile hekiminize başvurur musunuz?	Evet	12,00(5-20)	108,18	-4,181**	<0,001
	Hayır	15,00(5-20)	152,38		

\* Ort: Ortanca değer. \*\*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. \*\*\*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Katılımcıların HADÖ alt ölçekleri puanları ve AKYÖBDÖ puanları arasındaki ilişki Spearman's korelasyon testi ile incelendi. Katılımcıların HADÖ anksiyete alt ölçeği puanları ile AKYÖBDÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki mevcuttu. ( $r=0,456$   $p<0,001$ ). Katılımcıların HADÖ depresyon alt ölçeği puanları ile AKYÖBDÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki mevcuttu. ( $r=0,465$   $p<0,001$ ).

**Tablo 40.** Katılımcıların AKYÖBDÖ ve HADÖ ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon

		<b>AKYÖBDÖ puan</b>
<b>HADÖ anksiyete alt ölçeği puanı</b>	<b>r</b>	0,456
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>HADÖ depresyon alt ölçeği puanı</b>	<b>r</b>	0,465
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>

*Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır.*

## 5. TARTIŞMA

Kalp yetmezliği tanılı hastaları kapsamlı değerlendirmek amacıyla, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne gelen, araştırmaya katılmayı kabul eden 278 kalp yetmezliği tanılı hasta ile gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışıldı.

KY ilerleyici bir hastalık olduğundan, istenen terapötik sonuçlara ulaşmak, hastalığın ömür boyu yönetimini zorunlu kılar(64). Özbakım, kişilerin sağlıklarını bazı açılardan yönetme yetkisini alma, hastalığı önleme ve gerekirse sınırlama, sağlıklarını iyileştirmek için bazı davranışları hayata geçirme süreci olarak bilinir(65). Hastalar sürekli özbakıma bağlı kalırlarsa, hastalıkları üzerinde daha iyi kontrol sahibi olabilirler. Hasta özbakım davranışlarının teşvik edilmesi, hastaların günlük aktivitelerini daha verimli gerçekleştirmelerine ve yaşam kalitelerini artırmalarına yardımcı olabilir(58). Bizim alışmamızda kullandığımız özbakım ölçeğinde elde edilen medyan puan olan 39,00 değeri, katılımcılarımızda özbakıma orta düzeyde bağlılık ortaya koymaktadır. Gallagher ve ark. tarafından Hollanda'da ortalama yaşları 72 ve NYHA sınıfları çoğunlukla 3 olan 333 KY hastası ile yapılan çalışmada özbakım ölçeği puanının ortalama değerinin 25,59 olduğu, Kato ve ark. tarafından Japonya'da 116 hasta ile yapılan çalışmada ortalama özbakım ölçeği puanının  $32,6 \pm 9,1$  olduğu bulunmuştur. Kato ve ark.'nın çalışmasında düşük özbakımı etkileyen iki faktörün diyabet tanısına sahip olma ve bir işte alışmıyor olma olduğu görölmektedir(66,67). Ok ve ark. tarafından Kore'de yapılan bir çalışmada özbakım ölçeği ortalama puanı  $31,98 \pm 6,81$  olarak bulunmuştur, aynı zamanda daha düşük NYHA sınıfı, daha fazla sosyal destek ve KY hakkında daha fazla bilgi sahibi olmanın özbakımı da artıracadığı bulunmuştur.(68). Peters-Klimm ve ark. tarafından, Almanya'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada ortalama yaşları 69 olan 318 KY tanılı hastanın özbakım ölçeği ortalama puanı 24,7 olarak bulunmuştur(69). Asadi ve ark. tarafından 77 KY hastası üzerinde yapılan çalışmada ortalama özbakım ölçeği puanı  $39.42 \pm 7.04$  olarak bulunmuştur (70). Shojaei ve ark. tarafından İran'da 250 KY hastası ile yapılan çalışmada hastaların %26'sının iyi özbakıma sahip olduğunu bulunmuştur(71).

Çalışmamızdaki katılımcıların özbakımlarının literatürdeki çoğu çalışmaya kıyasla daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca çalışmamızda özbakımdaki eksikliğin; düşük eğitim düzeyi, evli olmama, düşük gelire sahip olma, kırsalda yaşama, fazla kilolu olma, NYHA sınıf 3 ve 4 olma durumlarından etkilendiği bulunmuştur. Aynı zamanda özbakımı düşük olarak bulunan hastaların kendilerini hastalık, kullanılan ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili daha az bilgili buldukları, kalp yetmezliğine bağlı şikayetleri için aile hekimlerine başvurmadıkları bulunmuştur. Çalışmamızda evli olmanın, özbakım üzerine olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur. Asadi ve ark. tarafından yapılan çalışmada da bizim çalışmamıza uyumlu olarak evli olan hastalarda daha yüksek özbakım bulunmuştur(70). Bizim çalışmamızda kadın-erkek cinsiyet ayrımının özbakımı etkilemediği bulunurken Shojaei ve ark. tarafından yapılan çalışmada erkek cinsiyetin özbakımlarının daha iyi olduğu bulunmuştur(71). Ok ve ark. tarafından yapılan çalışmada da erkek cinsiyetin özbakımının daha iyi olduğu bulunmuştur(68).

Bizim çalışmamızda yüksek eğitim düzeyinin daha iyi özbakım ile ilişkisi olduğu bulunmuştur. Shojaei ve ark. tarafından yüksek eğitim düzeyinin, iyi özbakımla ilişkilendirilebileceği bulunmuştur, bu sonuç bizim çalışmamızla da tutarlıdır(71). Rockwell ve ark.'nın 209 KY tanılı hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada, özbakımı etkileyen iki faktörün eğitim düzeyi ve semptomlardaki ciddiyet olduğu bulunmuştur(72).

KY tanısı olan hastaların değerlendirilmesinde bu hastaların özbakımlarının da hekim tarafından değerlendirilmesi hem hastalık hakkındaki bilinç düzeylerinin hem de kendi kendine hastalığı yönetme becerilerinin artmasıyla daha kaliteli bir hayat yaşamaları sağlanabilir.

Kalp yetmezliğinde kanıta dayalı ilaç tedavisi, sağkalım ile ilişkilidir. Bu nedenle prognozu iyiye götürmek için tıbbi tedavi esastır. KY'de zayıf ilaç uyumu hastalıkta alevlenmelere, fiziksel işlevsellikte azalmaya, hastane yatışlarına, ölüme ve yüksek sağlık hizmeti maliyetlerine sebep olması nedeniyle üzerine düşünülmesi gereken bir konudur(73). Bizim çalışmamızda ilaçları düzenli kullanma durumu beşli Likert tipi soru ile sorgulanmış olup katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalaması  $3,46 \pm 1,3$  olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki katılımcıların genel olarak ilaçlarını orta-iyi düzeyde düzenli kullanmaya özen gösterdiklerini söyleyebiliriz.

Katılımcılarımızın günde kullandıkları ilaç sayılarının ortanca değeri 6,00 olarak bulunmuştur. Günde yüksek sayıda kullanılan ilaç adeti, hastalarımızın ilaç uyumluluğunu bir miktar azaltmış olabilir. Zhang ve ark.'nın Çin'de yaptıkları bir çalışmada KY hastalarının geniş bir örnekleme ilaç bağılılığının %37-%71 arasında değiştiği ortalama olarak hastaların %52'sinin ilaç tedavisine uyumunun iyi olduğu bildirilmiştir(74). Andrews ve ark.'nın 8 çalışmayı dahil ettikleri bir sistematik derlemede, KY'de ilaç uyumu iyi olanların örneklemin %50'sini oluşturduğu bildirilmiştir(75). Ruppap ve ark.'nın ABD'de yaptığı 57 çalışmanın dahil olduğu bir meta-analizde, hastaların %86'sının ilaçlarını öz denetimsiz bir şekilde kullandıkları bulunmuştur(76). Albuquerque ve ark. tarafından Brezilya'da 3013 KY hastası ile yapılan çalışmada ilaç uyumsuzluğu yaşayan hastaların oranı %27,8 olarak bulunmuştur(77).

KY hastalarında ilaç uyumunu artırmaya yönelik eğitimlerin verilmesi, ilaç uyumsuzluğu varsa bunun altında yatan sebeplerin ne olabileceği derinlemesine araştırılmalıdır.

Çalışmamızda ilaç dışı öneri alan hastaların; %58,6'sı sağlıklı beslenme, %36,7'si egzersiz, %23,4'ü sıvı kısıtlama önerisi almıştır. Korzh ve ark. tarafından Ukrayna'da toplam 371 KY hastası ile yürütülen çalışmada hastaların %65'ine kan şekeri takibi, %78'ine sağlıklı beslenme, %79'una egzersiz, %82'sine kan kolesterol düzeyini normal sınırlarda tutma, %85'ine kan basıncı kontrolü, %86'sına sigara bırakma konusunda öneri yapılmıştır(78). Van der Wal ve ark. tarafından Hollanda'da ortalama yaşları 70 olan, 15 KY hastası ile hasta bazlı yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, hastalara; sıvı ve sodyum kısıtlaması, günlük egzersiz önerilmiş olup, sıvı ve sodyum kısıtlamasının hastaların yedikleri yemekten keyif almamaları sebebi ile, fazla ilaç kullanan hastaların ise ilaçlar ile tükettikleri sıvı miktarının günde 500 mililitreye yaklaşması sebebi ile günün kalanında daha az sıvı tüketmeleri gerekmesi nedeniyle zorlandıklarını belirtmişlerdir(79). Zwisler ve ark. tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında hastaların %61'ine egzersiz önerisinde bulunulmuştur(80). Hastalarımızın sağlıklı hallerini sürdürmelerine katkı yapmak için bütün hastalarımıza sağlıklı beslenme, günlük egzersiz önerilerinin yapılması gerekmektedir.

Çalışmamızda KY'ye eşlik eden en sık üç komorbid durum şu şekilde idi; hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı ve diyabet. Forsyth ve ark.nın İskoçya'da azalmış EF'li KY hastaları ile yaptığı çalışmada KY'ye en sık eşlik eden komorbiditeler; MI, AF ve hipertansiyon idi(81). Patel ve ark. tarafından ABD'de 5 yıllık süre boyunca KY sebebi ile gerçekleşmiş 365.494 hastane yatışının incelendiği kohort çalışmasında KY hastalarında en sık görülen ek komorbiditeler; AF, KOAH/Astım, SVO/TİA idi(82). Chioncel ve ark.nın 6629 KY hastası ile yürüttükleri çalışmada KY ile birlikte en sık görülen komorbiditeler; DM, KBH ve KOAH idi(83). Triposkiadis ve ark. tarafından Yunanistan'da 3499 KY hastasında yapılan çalışmada ise KY'ye eşlik eden kronik hastalıklar; AF, akciğer ve böbrek hastalıkları, OSAS, anksiyete ve depresyon, anemi idi(84). Mamas ve ark.'nın yaptığı 19.440 KY tanılı hasta içeren çalışmada KY ile birlikte görülen en sık kronik hastalıklar; koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet idi(85). Crespo-Leiro ve ark.'nın 12.440 KY tanılı hasta ile yaptığı çalışmada KY ile birlikte en sık görülen ek kronik hastalıklar ise; hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, AF ve diyabet idi. Bizim çalışmamızla, literatür arasındaki farklılıkların nedenleri yaş grupları olabilir. Ek kronik hastalıkların yakın takip ile kontrol edilerek, tedavi edilmesi KY alevlenmelerini de azaltacak ve KY tedavisine olan uyumu da artıracaktır.

Kalp yetmezliği hastalarında depresyon ve anksiyete bozuklukları sık görülmekte ve bu durum; tedavi uyumunun azalması, hastaneye yatışların ve mortalitenin artması gibi negatif sonuçlarla bağlantılı bulunmuştur(40). Bizim çalışmamızda hastalarımızın anksiyete ve depresyon riski altında olup olmadıkları HADÖ ile ölçülmüş olup hastaların %67,6'sı anksiyete bozukluğu riski taşımakta iken %94,6'sı depresyon riski taşımakta olarak bulunmuştur. Chiala ve ark.'nın 96 KY hastası ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada HADÖ anksiyete kesme değerine göre hastaların %48'i anksiyete riski altında iken, depresyon kesme değerine göre hastaların %49'u depresyon riski altındaydılar. Hastaların %36,5'i ise hem anksiyete hem depresyon açısından risk altında olarak bulunmuştur(86). Peters-Klimm ve ark. tarafından Almanya'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında 318 KY tanılı hasta ile yapılan çalışmada depresyonu taramak için Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) kullanılmış olup hastaların %12,9'unun majör depresyon kriterlerini karşıladığı bulunmuştur(69). Rutledge ve ark. yaptıkları çalışmada KY hastalarında %9'dan %60'a kadar değişen

oranlarda ortalama %21,5 depresyon yaygınlığı bulunmuştur(45). Sokoreli ve ark.'nın 27 çalışma içeren meta-analizlerinde KY hastalarında %10 ile %79 oranları arasında değişen ortalama %29 depresyon yaygınlığı saptanmıştır(87). Crespo-Leiro ve ark. KY hastalarında %7,7 oranında depresyon saptamıştır(88). Yine benzer olarak Chioncel ve ark.'nın 6629 KY hastası ile yaptığı çalışmada da KY hastalarında %7,1 depresyon yaygınlığı saptanmıştır(38). Depresyon ve anksiyete aynı zamanda sağlıklı bireylerin KY geliştirme ihtimalini de artırmaktadır(89). Van der Kooy ve ark. tarafından Hollanda'da yapılan 28 çalışmanın meta-analizi, depresif hastalarda, sağlıklı bireylere kıyasla kardiyovasküler hastalık ve dolayısı ile KY geliştirme riskinde %46'lık bir artış olduğunu bulunmuştur(90). Çalışmamızda bulunan depresyon yaygınlığı literatüre kıyasla oldukça yüksek gözükmektedir. Katılımcılarımıza başvurdukları hekim tarafından ruhsal durum sorgulaması yapıp yapılmadığı sorulduğunda aile hekimliklerine başvuran hastaların %23'ü, hastaneye başvuran hastaların ise %12,6'sı ruhsal durumlarının sorgulandığını söylemiştir. Hem KY'de optimal şartları sağlamak hem de KY gelişme riskini önlemek bakımından birinci basamak sağlık hizmeti verirken depresyon ve anksiyete semptomları KY hastalarında dikkatle sorgulanmalı, tedavi edilmeli ve gerekirse psikiyatriste sevk edilmelidir.

Çalışmamızda katılımcıların %28,1'i kendini hastalık hakkında bilgili görürken, %11,2'si kendilerini kullandıkları ilaçlar ve yan etkiler ile ilgili bilgili hissediyordu. Hastaların kendilerini hastalık ve kullandıkları ilaçlar hakkında bilgili hissetme durumları; eğitim düzeyi arttıkça artmakta idi. Hastalarımızın hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini artırmak için; küçük gruplar halinde alınacak olan hastalık eğitimi, çeşitli broşür ve kitapçıklar faydalı olabilir.

Bizim çalışmamızda KY hastalarının hastane başvuru sayılarının yıllık medyan değeri 2 olarak bulunmuştur. Peters-Klimm ve ark.'nın 318 KY tanılu hasta ile Almanya'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürüttüğü çalışmada hastaların 12 ay boyunca ortalama  $2,2 \pm 2,0$  defa aile hekimlerine,  $0,6 \pm 0,1$  defa kardiyoloğa başvurduklarını bulunmuştur(69). Gelfman ve ark. tarafından, ortalama yaşları 82 olan 3067 KY tanılu hastayla yürütülen bir çalışmada 6 aylık takip sürecinde hastaların ortalama hastane başvuru sayısının 2,73 olduğu bulunmuştur(91). Çalışmamızda hastane başvuru ve yatış sayılarını artıran faktörlerin; hastalık ve ilaçlar hakkında yeterince bilgili olmama, KY hastalığı için birinci basamak sağlık hizmetini daha az

kullanıyor olma, rahatsızlandığında acil servis veya kalp doktoruna yönlendirmesi için aile hekimlerine daha az başvurma, düşük eğitim ve gelir düzeyi, evli olmama ve sigara kullanmış veya kullanıyor olma durumları olduğu bulunmaktadır. Hastalarımızın birinci basamak sağlık sistemini kullanmalarını daha çok teşvik edersek onların sağlık durumunu yakın takip ederek, yaşam tarzı önerilerini daha sık yaparak hastane başvuru ve yatış sayılarında azalma sağlayabiliriz.

Çalışmamızda katılımcılarımızın sağlık hizmetine ulaşırken yaşadıkları zorlukları sorguladığımızda; katılımcıların %60,8'i uzman doktora muayene olmak için randevu bulamadıklarını söylemiştir. Bu hasta grubuna yardımcı olarak daha kolay randevu bulabilmeleri konusunda bakanlığımızca çeşitli sorumluluklar alınabilir.

NYHA sınıflandırması, semptomatik (evre C) KY veya ileri evre KY (evre D) hastalarının semptomlarını ve fonksiyonel kapasitelerini belirlemek için kullanılan ve bir klinisyen tarafından yapılan öznel bir değerlendirmedir ve zaman içinde değişebilir(12). Çalışmamızda katılımcıların %38,1'i NYHA sınıf 3, %30,2'si NYHA sınıf 4, %27'si NYHA sınıf 2, %4,7'si NYHA sınıf 1 idiler. Crespo-Leiro ve ark. 4449 akut KY , 7173 kronik KY hastası ile yaptığı çalışmada NYHA sınıf 3 ve 4 olma oranları sırası ile %85,2 ve 25,2 idi(88). Crespo-Leiro ve ark. çalışmasında akut KY sahibi olan hastaların medyan yaş değeri 71, kronik KY sahibi olan hastaların medyan yaş değeri 66 idi. Zannad ve ark. yaptıkları çalışmada 8474 KY tanılı ve yaş ortalamaları 66 olan hastalar içerisinde, hastaların %71,3'ü NYHA sınıf 2, %28'i NYHA sınıf 3 ve %0,7'si NYHA sınıf 4 olarak gruplandırılmışlardır(92). Çalışmamızda NYHA sınıf 3 ve 4 olan hastaların sayısı literatüre kıyasla yüksek gözükmektedir. Bunun sebebinin yaş ortancamızın görece yüksek olması ve çalışmayı yaptığımız hastanenin üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlayan bir hastane olması olası gözükmektedir.

LVEF, farklı prognoz ve tedavi yanıtlarına sahip olması nedeniyle ve çoğu klinik çalışmanın hastaları ejeksiyon fraksiyonuna göre sınıflaması nedeniyle KY hastalarının sınıflandırılmasında önemli kabul edilmektedir(12). Çalışmamızda bulunan ortanca EF değeri 35,00'tir. Çalışmamızda katılımcılardan %77,3'ü azalmış EF, %17,3'ü korunmuş EF, %5,4'ü ise hafif azalmış EF'ye sahipti. Vaillant-Roussel ve ark.'nın 115 adet KY tanılı eğitim müdahalesi yapılan hasta grubu ve 126 adet KY tanılı kontrol grubu ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptığı çalışmada eğitim

müdahalelerinde bulunmuş olan grubun ortalama EF skoru 50,9 iken, kontrol grubunun ortalama EF'si 47.2 idi(93). Chioncel ve ark. tarafından 75 yaşından büyük hastaların örneklemin %34'ünü oluşturduğu 6629 KY hastası ile yürüttüğü çalışmada ortalama EF değeri  $39.2 \pm 14.5$  olarak bulunmuştur(83). Bizim çalışmamızda daha düşük bir EF medyan değeri çıkmasının sebebinin, çalışmamıza katılan hastaların medyan yaş değerinin yüksek olması ve çalışmayı yürüttüğümüz hastanenin üçüncü basamak bir hastane olması mümkün gözükmektedir.

Semptom KY, birden çok semptom ve bulgu ile tanınabilecek bir hastalıktır. 2021 ESC KY kılavuzuna göre görülen en sık semptomlar; nefes darlığı, ayak bileğinde şişme ve yorgunluk idi(16). Bizim çalışmamızda katılımcılarda en sık görülen semptomlar sırasıyla; nefes darlığı, çabuk yorulma ve ayak bileklerinde şişme idi. Martindale ve ark. tarafından 57 çalışmanın meta-analizi ile yapılan çalışmada KY'de en sık görülen üç semptom; ortopne, PND, dispne idi(94). Perez-Moreno ve ark.'nın 5011 adet, 60 yaş ve üstü, NYHA sınıf 2'den 4'e kadar değişen yelpazede katılımcılar ile yaptıkları çalışmada en sık görülen iki semptom çabuk yorulma ve dispne olmuştur(95). Çalışmamızda en sık görülen semptomlar ile literatür uyumlu gözükmektedir. Bu semptomları gördüğümüz özellikle yaşlı popülasyonda KY açısından ileri tetkikler için yönlendirmek, tanı mevcut ise bu semptomları etkin şekilde tedavi edebilmek birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler açısından önemli gözükmektedir.

Çabuk yorulma ve nefes darlığı semptomları KY hastalarının sosyal hayatlarını oldukça olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların sosyal hayatlarını beşli Likert tipi sorularla sorguladığımızda; arkadaşlık ilişkilerinde zorlanma sorusuna verilen yanıtın ortalama puanı  $3,34 \pm 1,3$ , eğlence, spor ve hobilerini yaparken zorlanma sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı  $3,39 \pm 1,3$  ve KY tanısı aldıktan sonra evde geçirdikleri vaktin artıp artmadığı sorusuna verilen yanıtların ortalama puanı  $3,45 \pm 1,3$  idi. Hastaların daha iyi bir sosyal hayat yaşaması için güncel kılavuzların ışığında hastalarımıza yapabilecekleri ve yapamayacakları şeyleri daha detaylandırarak anlatmak örneğin; seyahat, araba kullanımı gibi aktiviteleri gereksiz yere kısıtlamalarını önleyecektir. KY tanısına sahip olan hastaların yakınlarının da bu hastaların sosyal hayata daha çok dahil olması konusunda cesaretlendirilmesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Obezite, genel bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte, KY geliştirme riskini, halihazırda olan KY hastalığını ktleştirebilmesi açısından da bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır(96). Obez hastalarda KY'ye özgü yüklenme bulgularını da muayene ile saptamak g olabilmektedir(97). Çalışmamızda hastalarımızın %57,6'sının fazla kilolu, %14,7'sinin obez olduğu görülmüştür. Katılımcılarımızın VKİ değeri ortancası 26,95 kg/m<sup>2</sup>'dir. Çalışmamıza katılan katılımcıların yaş ortancasının yüksek olması bizi fazla kilolu olan hastalar açısından endişelendirmemektedir. Bozkurt ve ark. tarafından yapılan bir kohortta KY hastalarının %29-40'ı fazla kilolu iken, %30-49'u obez olarak görülmüştür(98). Crespo-Leiro ve ark.'nın 2011-2013 yılları arasında toplam 12.440 KY tanılı hasta ile yaptığı çalışmada ortanca VKİ değeri 28,00 kg/m<sup>2</sup> olarak bulunmuştur(88). Vaillant-Roussel ve ark.'nın Fransa'da birinci basamak sağlık muayenehanelerinden toplam 241 KY hastası ile yaptığı çalışmada obez olan KY hastalarının oranı %35,6 idi(93). Çalışmamızda obez olan hastaların oranı, literatüre kıyasla daha düşük gözükmektedir. İleri evre KY, kaşeksi ile birliktelik gösterebilen bir durumdur ve alışmamızdaki NYHA sınıf 3 ve 4 KY'si olan hasta oranının yüksekliği obezite oranındaki düşüklüğün bir nedeni olabilir. KY ile birlikte obeziteye de sahip olan hastaların tarafımızca daha dikkatli değerlendirilmeleri, kilo vermelerini sağlayarak sağlıklarını iyi halde tutmak için daha çok çaba sarf etmemiz gerektiği gözükmektedir.

Sigara içmenin, hayat boyu koroner arter hastalığının riskini arttırarak kalp yetmezliği ile neticelenmesinde önemli bir rolü vardır(99). Genel alışma rneklemimizde KY hastalarının %53,6'sı sigara kullanıyor durumdadır, %30,6'sı eski sigara kullanıcısı, %15,8'i ise hiç sigara kullanmamıştır. Mamas ve ark. tarafından İskoçya'da toplam 19.440 KY tanılı hasta ile yapılan çalışmada KY hastalarının halen %17'si sigara kullanmakta, %42,6'sı ise eski sigara kullanıcısı ve %23' ise hiç sigara kullanmamıştı(85). Crespo-Leiro ve ark. 2011-2013 yılları arasında 12.440 KY hastası ile yaptığı çalışmada KY hastalarının %11,2'si halen sigara kullanmaktaydı(88). Vaillant-Roussel ve ark.'nın Fransa'da yaptığı 241 KY hastası içeren ve 19 aylık takip süresi olan birinci basamak sağlık sistemi çalışmasında halen sigara kullanıcısı olan KY hastalarının oranı %12,2 idi(93). Tromp ve ark. tarafından 24.675 KY tanılı, ortalama yaşları 56 olan hastalar ile yapılan kohort çalışmasında hastaların %24' halen sigara kullanmaktaydılar(100). Literatüre göre çalışmamızda sigara kullanma oranları oldukça yüksektir. Bizim alışmamızda bu oranın daha yüksek çıkmış olması, birinci basamak

sağlık hizmeti verirken hastalarımıza sigara bıraktırma konusunda transteorik modeli kullanarak motivasyonel görüşmeler yapma gerekirse sigara bıraktırma polikliniklerine daha çok yönlendirme sorumluluğunun üzerimizde olduğuna işaret etmektedir.



## 6. SONUÇLAR

Kalp yetmezliği hastalarının hastalık ile ilgili bilgi düzeylerini, özbakım davranışlarını ve ruhsal durumlarını ayrıntılı olarak incelediğimiz kesitsel çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Katılımcıların medyan özbakım ölçeği puanı 39,00 olup bu puan orta düzeyde özbakımı göstermekteydi.
2. Katılımcıların HADÖ'ye göre %67,6'sı anksiyete bozukluğu riski altında iken, %94,6'sı ise depresyon riski altında idi.
3. Katılımcıların yalnızca %28,1'i KY hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu ifade ederken, %11,2'si kullandıkları ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu ifade ediyordu.
4. Katılımcıların %42,4'ü doktorundan KY hakkında yeterli bilgilendirme aldığını ifade ederken, yalnızca %30,9'u aile hekimlerinden KY hakkında yeterli bilgilendirme aldığını ifade etmekteydi.
5. Doktor tarafından yeterli bilgilendirme alan ve hastalık hakkında kendini daha bilgili hisseden katılımcıların özbakım ve anksiyete-depresyon yönünden daha iyi durumda oldukları görülmüştür.
6. Katılımcıların eğitim düzeyleri, gelirleri düştükçe son 1 yıl içerisinde KY sebebiyle hastanede yatma sayıları artmaktaydı. Sigara kullanıyor olmak ve evli olmamak durumları da hastane yatışını artıran faktörlerdendi.
7. Katılımcılardan doktor tarafından yeterli bilgilendirme alanların ve hastalık hakkında kendini daha bilgili hissedenlerin son 1 yılda KY nedenli hastane yatış sayıları daha düşüktü.
8. Rahatsızlandığında aciliyetine karar verip yönlendirmesi için aile hekimine başvuran katılımcıların son 1 yılda KY nedenli hastane başvuru ve yatış sayıları daha düşüktü.
9. Katılımcıların hastane başvuruları esnasında hekim tarafından %58,6'sına sağlıklı beslenme, %36,7'sine egzersiz önerilmişti.
10. Katılımcıların sağlık hizmetine ulaşırken yaşadıkları en büyük güçlük %60,8 oran ile uzman doktora randevu almakta zorlanmaları idi.

11. Katılımcılardan aile hekimliğine başvuruda bulunanlardan %23'ü kendilerine ruhsal durumlarıyla alakalı sorular sorulduğunu beyan ederken hastaneye başvuranlarda bu oran %12,6 idi
12. Katılımcıların Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranış Ölçeği puanları ile HADÖ anksiyete ve depresyon alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki mevcuttu.



## 7. ÖNERİLER

1. Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı kalp yetmezliği hastaları, tanı sürecinin başlangıcından itibaren düzenli olarak kontrollere çağrılmalı ve biyopsikososyal yönden değerlendirilmelidir.
2. Aile Sağlığı Merkezlerinde kalp yetmezliğine sahip olan hastalar, hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında detaylı olarak bilgilendirilmeli, hastalık sürecinde karşılaşılabilecekleri semptomlara karşı hazırlanmalı, hastalara ve yakınlarına yönelik eğitim müdahaleleri yapılmalıdır.
3. Aile Sağlığı Merkezlerinde, kalp yetmezliği hastalarının daha sağlıklı bir hayat yaşaması için hastalık gidişatında kötüleşmeye yol açabilecek durumlardan uzak durmalarına yönelik özbakım davranışlarını geliştirecek çalışmalar yapılmalıdır.
4. Birinci basamakta kalp yetmezliğinde sık görülen semptomlar, özellikle yaşlı hasta popülasyonunda görülürse ayırıcı tanı olarak kalp yetmezliği düşünülerek hasta hastaneye yönlendirilebilir.
5. Kalp yetmezliği hastaları sosyal ve ruhsal yönden daha ayrıntılı değerlendirilmeli; ruhsal durumlarına göre gerekli durumlarda psikiyatriye yönlendirilmeli ve sosyal desteğe daha kolay ulaşabilmeleri için ilgili birimlere yönlendirilmelidir.

## **8. ARAŞTIRMANIN KISITLI YÖNLERİ:**

Çalışmamız 3. Basamak bir hastanenin Kardiyoloji Polikliniği'nde gerçekteğiği için; bu hasta grubunda bulduğumuz sonuçlar birinci basamak hasta grubunu yansıtmayabilir. Bu durum çalışmamızın kısıtlılığı olarak değerlendirildi.



## KAYNAKLAR

1. **Kurmani S, Squire I.** Acute Heart Failure: Definition, Classification and Epidemiology. *Curr Heart Fail Rep.* Ekim **2017**;14(5):385-92.
2. **Ziaecian B, Fonarow GC.** Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol.* Haziran **2016**;13(6):368-78.
3. **Roger VL.** Epidemiology of Heart Failure. *Circ Res.* 30 Ağustos **2013**;113(6):646-59.
4. **Tomasoni D, Adamo M, Lombardi CM, Metra M.** Highlights in heart failure. *ESC Heart Failure.* Aralık **2019**;6(6):1105-27.
5. **Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, vd.** State of the Science: Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 22 Eylül **2009**;120(12):1141-63.
6. **Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, vd.** Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* Nisan **2015**;14(2):126-36.
7. **Mosterd A, Hoes AW.** Clinical epidemiology of heart failure. *Heart.* 01 Eylül **2007**;93(9):1137-46.
8. **Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC.** Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol.* Ocak **2011**;8(1):30-41.
9. **Shively MJ, Gardetto NJ, Kodiath MF, Kelly A, Smith TL, Stepnowsky C, vd.** Effect of Patient Activation on Self-Management in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing.* Ocak **2013**;28(1):20-34.
10. **Świątoniowska N, Sławuta A, Dudek K, Jankowska K, Jankowska-Polańska B.** The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients. *Adv Clin Exp Med.* 29 Nisan **2020**;29(4):481-92.
11. **Davis RC.** ABC of heart failure: History and epidemiology. *BMJ.* 01 Ocak **2000**;320(7226):39-42.
12. **Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, vd.** **2022** ACC/AHA/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure.* 01 Mayıs **2022**;28(5):e1-167.
13. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, vd.** **2021** ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal.* 21 Eylül **2021**;42(36):3599-726.
14. **Ivynian SE, Ferguson C, Davidson PM.** Time to re-think the terminology of heart failure? *European Journal of Cardiovascular Nursing.* Aralık **2019**;18(8):648-50.
15. **Kosaraju A, Goyal A, Grigorova Y, Makaryus AN.** Left Ventricular Ejection Fraction. İçinde: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; **2022** [a.yer 27 Kasım 2022]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459131/>

16. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, vd.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*. 21 Eylül 2021;42(36):3599-726.
17. **Braunwald E.** Cardiovascular Medicine at the Turn of the Millennium: Triumphs, Concerns, and Opportunities. *New England Journal of Medicine*. 06 Kasım 1997;337(19):1360-9.
18. **Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW.** Epidemiology of heart failure. *European J of Heart Fail*. Ağustos 2020;22(8):1342-56.
19. **Dunlay SM, Roger VL.** Understanding the epidemic of heart failure: past, present, and future. *Current heart failure reports*. 2014;11(4):404-15.
20. **Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, vd.** Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure: the Rotterdam Study. *European heart journal*. 2004;25(18):1614-9.
21. **Lippi G, Sanchis-Gomar F.** Global epidemiology and future trends of heart failure. *AME Med J. Haziran* 2020;5:15-15.
22. **Zarrinkoub R, Wettermark B, Wändell P, Mejhert M, Szulkin R, Ljunggren G, vd.** The epidemiology of heart failure, based on data for 2.1 million inhabitants in Sweden. *European journal of heart failure*. 2013;15(9):995-1002.
23. **Levy D, Kenchaiah S, Larson MG, Benjamin EJ, Kupka MJ, Ho KK, vd.** Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(18):1397-402.
24. **Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, vd.** Heart Disease and Stroke Statistics—2018 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 20 Mart 2018 [a.yer 19 Kasım 2022];137(12). Erişim adresi: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000558>
25. **Störk S, Handrock R, Jacob J, Walker J, Calado F, Lahoz R, vd.** Epidemiology of heart failure in Germany: a retrospective database study. *Clin Res Cardiol*. Kasım 2017;106(11):913-22.
26. **Smeets M, Vaes B, Mamouris P, Van Den Akker M, Van Pottelbergh G, Goderis G, vd.** Burden of heart failure in Flemish general practices: a registry-based study in the Intego database. *BMJ Open*. 07 Ocak 2019;9(1):e022972.
27. **Conrad N, Judge A, Tran J, Mohseni H, Hedgecote D, Crespillo AP, vd.** Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals. *Lancet*. 10 Şubat 2018;391(10120):572-80.
28. **Braunwald E.** The war against heart failure: the Lancet lecture. *Lancet*. 28 Şubat 2015;385(9970):812-24.
29. **Wasywich CA, Gamble GD, Whalley GA, Doughty RN.** Understanding changing patterns of survival and hospitalization for heart failure over two decades in New Zealand: utility of 'days alive and out of hospital' from epidemiological data. *European J of Heart Fail*. Mayıs 2010;12(5):462-8.
30. **Turkiyede-kalp-yetersizligi-yol-haritasi.pdf** [İnternet]. [a.yer 14 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiyede-kalp-yetersizligi-yol-haritasi.pdf>
31. **Degertekin M, Erol C, Ergene O, Tokgozolu L, Aksoy M, Erol MK, vd.** Heart Failure Prevalence and Predictors in Turkey (HAPPY) Çalışması. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2012;40(4):298-308.

32. **Ziaecian B, Fonarow GC.** Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol.* Haziran **2016**;13(6):368-78.
33. **Borlaug BA, Paulus WJ.** Heart failure with preserved ejection fraction: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *European heart journal.* **2011**;32(6):670-9.
34. The Effect of Digoxin on Mortality and Morbidity in Patients with Heart Failure. *N Engl J Med.* 20 Şubat **1997**;336(8):525-33.
35. Ünal DB. TÜRKİYE KRONİK HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI ÇALIŞMASI. :353.
36. **Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, vd.** **2016 ESC** Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 14 Temmuz **2016**;37(27):2129-200.
37. **Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, vd.** Heart disease and stroke statistics—**2007** update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation.* **2007**;115(5):e69-171.
38. **Chioncel O, Mebazaa A, Harjola VP, Coats AJ, Piepoli MF, Crespo-Leiro MG, vd.** Clinical phenotypes and outcome of patients hospitalized for acute heart failure: the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *European journal of heart failure.* **2017**;19(10):1242-54.
39. **Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene SJ, Vaduganathan M, vd.** The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *Journal of the American College of Cardiology.* **2014**;63(12):1123-33.
40. **Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, Gaggin HK, Huffman JC.** Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. *Harv Rev Psychiatry.* Temmuz **2018**;26(4):175-84.
41. **Barlow DH.** Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. Guilford press; **2004**.
42. **Seligman L, Reichenberg LW.** Selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating mental disorders. John Wiley & Sons; **2011**.
43. **Konstam V, Moser DK, De Jong MJ.** Depression and anxiety in heart failure. *Journal of cardiac failure.* **2005**;11(6):455-63.
44. **Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, vd.** The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology.* **2004**;43(9):1542-9.
45. **Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ.** Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American college of Cardiology.* **2006**;48(8):1527-37.
46. **Sullivan M, Levy WC, Russo JE, Spertus JA.** Depression and health status in patients with advanced heart failure: a prospective study in tertiary care. *Journal of Cardiac Failure.* Ekim **2004**;10(5):390-6.
47. **Koenig HG.** Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *General Hospital Psychiatry.* Ocak **1998**;20(1):29-43.

48. **Murberg TA, Bru E, Aarsland T, Svebak S.** Functional Status and Depression among Men and Women with Congestive Heart Failure. *Int J Psychiatry Med.* Eylül **1998**;28(3):273-91.
49. **Alhurani AS, Dekker RL, Abed MA, Khalil A, Al Zaghal MH, Lee KS, vd.** The Association of Co-morbid Symptoms of Depression and Anxiety With All-Cause Mortality and Cardiac Rehospitalization in Patients With Heart Failure. *Psychosomatics.* Temmuz **2015**;56(4):371-80.
50. **Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, Kobayashi S, Suzuki S, Nishimura K, vd.** Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. *Journal of Cardiology.* Aralık **2014**;64(6):456-62.
51. **Freedland KE, Carney RM, Rich MW.** Effect of depression on prognosis in heart failure. *Heart Fail Clin.* Ocak **2011**;7(1):11-21.
52. **Denollet J, Brutsaert DL.** Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation.* **1998**;97(2):167-73.
53. **Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K.** Development and testing of the European heart failure self-care behaviour scale. *European Journal of Heart Failure.* **2003**;5(3):363-70.
54. **Cao X, Wang XH, Wong EM, Chow CK, Chair SY.** Type D personality negatively associated with self-care in Chinese heart failure patients. *Journal of geriatric cardiology: JGC.* **2016**;13(5):401.
55. **Dickson VV, Buck H, Riegel B.** Multiple comorbid conditions challenge heart failure self-care by decreasing self-efficacy. *Nursing Research.* **2013**;62(1):2-9.
56. **Cameron J, Worrall-Carter L, Riegel B, Lo SK, Stewart S.** Testing a model of patient characteristics, psychologic status, and cognitive function as predictors of self-care in persons with chronic heart failure. *Heart & Lung.* **2009**;38(5):410-8.
57. **Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, vd.** Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International journal of nursing studies.* **2015**;52(11):1714-22.
58. **Sahebi A, Mohammad-Aliha J, Ansari-Ramandi M, Naderi N.** Investigation the relationship between self-care and readmission in patients with chronic heart failure. *Research in cardiovascular medicine.* **2015**;4(1).
59. **Clark AP, McDougall G, Riegel B, Joiner-Rogers G, Innerarity S, Meraviglia M, vd.** Health status and self-care outcomes following an education-support intervention for people with chronic heart failure. *The Journal of cardiovascular nursing.* **2015**;30(4 0 1):S3.
60. **Hamar GB, Rula EY, Coberley C, Pope JE, Larkin S.** Long-term impact of a chronic disease management program on hospital utilization and cost in an Australian population with heart disease or diabetes. *BMC health services research.* **2015**;15(1):1-9.
61. **Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Mazur G, Sivarajan Froelicher E.** Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging.* **2017**;1565-72.
62. **Doğu Kökcü Ö, TiRyaki Ö.** Kalp Yetmezliği Hastalarının Öz Bakım Davranışları ve Bakım Gereksinimlerini Karşılama Bağımsızlık Durumlarının İncelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi.* 30 Haziran **2020**;364-74.

63. **Baydemir C, Ozdamar K, Unalir A.** Validity of the Turkish version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Anadolu Kardiyol Derg* [Internet]. 08 Mayıs 2013 [a.yer 04 Aralık 2022]; Erişim adresi: <https://www.anatoljcardiol.com/en/validity-of-the-turkish-version-of-the-european-heart-failure-self-care-behavior-scale-13402>
64. **Lee KS, Moser DK, Pelter MM, Nesbitt T, Dracup K.** Self-care in rural residents with heart failure: What we are missing. *Eur J Cardiovasc Nurs*. Nisan 2017;16(4):326-33.
65. **Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Riegel B, Lo SK, Stewart S.** Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure? *European Journal of Heart Failure*. Mayıs 2010;12(5):508-15.
66. **Gallagher R, Luttk ML, Jaarsma T.** Social Support and Self-care in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Kasım 2011;26(6):439-45.
67. **Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y, vd.** Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart & Lung*. Eylül 2009;38(5):398-409.
68. **Ok JS, Choi H.** Factors Affecting Adherence to Self-care Behaviors among Outpatients with Heart Failure in Korea. *Korean J Adult Nurs*. 2015;27(2):242.
69. **Peters-Klimm F, Freund T, Kunz C, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T, vd.** Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Nisan 2013;12(2):167-76.
70. Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [a.yer 03 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2405844019361535?token=3776CF7537A028BE7986AEC84B656E56B8ABEE8D37163CD635EEDD76DFDE073CFE2F1016F6D6FB4B5BAA154BACF64333&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230503170615>
71. **Shojaei F, Ebrahimi SM, Assemi S.** Self-care behavior and affecting factors among patients with heart failure in Iran. *Saudi medical journal*. 01 Ekim 2011;32:1034-8.
72. **Rockwell JM, Riegel B.** Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung*. 2001;30(1):18-25.
73. **Rasmussen AA, Wiggers H, Jensen M, Berg SK, Rasmussen TB, Borregaard B, vd.** Patient-reported outcomes and medication adherence in patients with heart failure. *European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy*. 23 Temmuz 2021;7(4):287-95.
74. **Zhang Y, Wu SH, Fendrick AM, Baicker K.** Variation in Medication Adherence in Heart Failure. *JAMA Intern Med*. 25 Mart 2013;173(6):468.
75. **Andrews AM, Russell CL, Cheng AL.** Medication Adherence Interventions for Older Adults With Heart Failure: A Systematic Review. *J Gerontol Nurs*. Ekim 2017;43(10):37-45.
76. **Ruppar TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob JM.** Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. *JAMA*. 13 Haziran 2016;5(6):e002606.
77. **Albuquerque DC, Barros E Silva PG, Lopes RD, Hoffmann C, Nogueira PR, Reis H, vd.** Main results of the first Brazilian Registry of Heart Failure (BREATHE). *European Heart Journal*. 03 Ekim 2022;43(Supplement\_2):ehac544.1078.

78. **Korzh O, Krasnokutskiy S.** Significance of education and self-management support for patients with chronic heart failure in family physician practice. *fmper.* **2016**;4:432-6.
79. **Van Der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, Van Gilst WH, Van Veldhuisen DJ.** Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. *Heart & Lung.* Mart **2010**;39(2):121-30.
80. **Zwisler AD, Norton RJ, Dean SG, Dalal H, Tang LH, Wingham J, vd.** Home-based cardiac rehabilitation for people with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology.* 15 Ekim **2016**;221:963-9.
81. **Forsyth P, Richardson J, Lowrie R.** Patient-reported barriers to medication adherence in heart failure in Scotland. *International Journal of Pharmacy Practice.* 06 Eylül **2019**;27(5):443-50.
82. **Patel RB, Fonarow GC, Greene SJ, Zhang S, Alhanti B, DeVore AD, vd.** Kidney Function and Outcomes in Patients Hospitalized With Heart Failure. *J Am Coll Cardiol.* 27 Temmuz **2021**;78(4):330-43.
83. **Chioncel O, Mebazaa A, Harjola VP, Coats AJ, Piepoli MF, Crespo-Leiro MG, vd.** Clinical phenotypes and outcome of patients hospitalized for acute heart failure: the ESC Heart Failure Long-Term Registry: Outcome of patients hospitalized for acute heart failure. *Eur J Heart Fail.* Ekim **2017**;19(10):1242-54.
84. **Triposkiadis F, Xanthopoulos A, Parissis J, Butler J, Farmakis D.** Pathogenesis of chronic heart failure: cardiovascular aging, risk factors, comorbidities, and disease modifiers. *Heart Fail Rev.* Ocak **2022**;27(1):337-44.
85. **Mamas MA, Sperrin M, Watson MC, Coutts A, Wilde K, Burton C, vd.** Do patients have worse outcomes in heart failure than in cancer? A primary care-based cohort study with 10-year follow-up in Scotland. *European Journal of Heart Failure.* ;19(9):1095-104.
86. **Chialà O, Vellone E, Klompstra L, Ortali GA, Strömberg A, Jaarsma T.** Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure. *Heart & Lung.* Eylül **2018**;47(5):465-70.
87. **Sokoreli I, de Vries JJG, Pauws SC, Steyerberg EW.** Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev.* Ocak **2016**;21(1):49-63.
88. **Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, Coats AJ, Filippatos G, Ruschitzka F, vd.** European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry ( ESC-HF-LT ): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *Eur J Heart Fail.* Haziran **2016**;18(6):613-25.
89. **Sbolli M, Fiuzat M, Cani D, O'Connor CM.** Depression and heart failure: the lonely comorbidity. *Eur J Heart Fail.* Kasım **2020**;22(11):2007-17.
90. **Van der Kooy K, van Hout H, Marwijk H, Marten H, Stehouwer C, Beekman A.** Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* Temmuz **2007**;22(7):613-26.
91. **Gelfman LP, Barrón Y, Moore S, Murtaugh CM, Lala A, Aldridge MD, vd.** Predictors of Hospice Enrollment for Patients With Advanced Heart Failure and Effects on Health Care Use. *JACC: Heart Failure.* Eylül **2018**;6(9):780-9.
92. **Zannad F, Ferreira JP, Pocock SJ, Anker SD, Butler J, Filippatos G, vd.** SGLT2 inhibitors in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a meta-analysis of the EMPEROR-Reduced and DAPA-HF trials. *The Lancet.* Eylül **2020**;396(10254):819-29.

93. **Vaillant-Roussel H, Laporte C, Pereira B, De Rosa M, Eschalier B, Vorilhon C, vd.** Impact of patient education on chronic heart failure in primary care (ETIC): a cluster randomised trial. *BMC Fam Pract.* 19 Temmuz **2016**;17:80.
94. **Martindale JL, Wakai A, Collins SP, Levy PD, Diercks D, Hiestand BC, vd.** Diagnosing Acute Heart Failure in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Emergency Medicine.* **2016**;23(3):223-42.
95. **Perez-Moreno AC, Jhund PS, Macdonald MR, Petrie MC, Cleland JGF, Böhm M, vd.** Fatigue as a Predictor of Outcome in Patients With Heart Failure. *JACC: Heart Failure.* Nisan **2014**;2(2):187-97.
96. **Horwich TB, Fonarow GC, Clark AL.** Obesity and the Obesity Paradox in Heart Failure. *Progress in Cardiovascular Diseases.* Temmuz **2018**;61(2):151-6.
97. **Mullens W, Damman K, Harjola VP, Mebazaa A, Brunner-La Rocca HP, Martens P, vd.** The use of diuretics in heart failure with congestion - a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology: Diuretics in heart failure. *Eur J Heart Fail.* Şubat **2019**;21(2):137-55.
98. **Bozkurt B, Aguilar D, Deswal A, Dunbar SB, Francis GS, Horwich T, vd.** Contributory Risk and Management of Comorbidities of Hypertension, Obesity, Diabetes Mellitus, Hyperlipidemia, and Metabolic Syndrome in Chronic Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation [Internet].* 06 Aralık **2016** [a.yer 07 Mayıs 2023];134(23). Erişim adresi: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000450>
99. **Fox K.** Coronary artery disease as the cause of incident heart failure in the population. *European Heart Journal.* 01 Şubat **2001**;22(3):228-36.
100. **Tromp J, Paniagua SMA, Lau ES, Allen NB, Blaha MJ, Gansevoort RT, vd.** Age dependent associations of risk factors with heart failure: pooled population based cohort study. *BMJ.* 23 Mart **2021**;372:n461.

## EKLER

### Ek 1. Onam Formu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Hastanemizde, Hüseyin Aksoy'un sorumlu araştırmacısı olduğu “**Kardiyoloji Polikliniğinde Kalp Yetmezliği Tanısı ile Takip Edilen Hastaların Aile Hekimliği Bakış Açışı ile Kapsamlı Olarak Değerlendirilmesi**” isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Hekimin Açıklaması: Bu çalışmanın amacı kalp yetmezliği hakkında bilgi ve tutumu değerlendirmek ve kalp yetmezliği hastalarının özbakım davranışlarını, anksiyete bozukluğu, depresyon durumlarını tespit etmektir. Araştırmaya gönüllü olarak katılıyor olmanız durumunda size anket formu şeklinde sorular yöneltilecektir. Anket formunda kalp yetmezliği hakkında bilgi, tutum soruları ve mevcut özbakıma yönelik sorular mevcuttur. Araştırmada 278 gönüllünün yer alması hedeflenmiştir. Sizin kişisel bilgileriniz deklare edilmeyecek, çalışma karşılığı bir ödeme yapılmayacak ve çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz. Yardıma ihtiyacınız olduğu anda soru sormaktan çekinmeyiniz.

**Katılımcının Beyanı:** Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana tanık huzurunda yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

**Not:** “Bu araştırmada onam yeteneği olmayan ya da kısıtlı olanlar için hastanın birinci derecede yakınlarından onay alınacaktır.”

#### **Katılımcı ve/veya birinci derece yakını:**

Adı, soyadı:

Tel.

Tarih:

İmza:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

**Katılımcı ile görüşen araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı: Asist. Dr. Sena Ağırbaş

Tel:

Tarih:

İmza:



## Ek 2. Anket Formu

### Kardiyoloji Polikliniğinde Kalp Yetmezliği Tanısı ile Takip Edilen Hastaların Aile Hekimliği Bakış Açısı ile Kapsamlı Olarak Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın amacı Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'nde kalp yetmezliği tanısı ile takip edilen hastaların ayrıntılı incelenmesi ve Aile Hekimliği 'ne olan bakış açılarının öğrenilmesidir. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler isimsiz olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:.....

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

#### **A. Sosyodemografik Veriler:**

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz:  Evli  Bekar  Boşanmış / Eşini kaybetmiş

4. Yaşadığınız yer:  İl  İlçe  Köy

5. Eğitim durumunuz:  Eğitim almamış  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite ve üzeri

6. Çalışma durumunuz:  Çalışmıyor  Çalışıyor  Emekli

7. Ailenizin ekonomik durumu: ..... TL

#### **Antropometrik Ölçümler:**

Boy: ..... cm Kilo: ..... kg VKİ: ..... kg/m<sup>2</sup>

#### **B. Tıbbi Özgeçmiş:**

1. Kalp yetmezliği tanısını ne zaman aldınız? :.....

2. Aşağıdaki kalp yetmezliği semptomlarından hangisi veya hangileri sizde mevcuttur?

	YOK	VAR
Nefes Darlığı		
Halsizlik/Yorgunluk		
El ve Ayaklarda Şişme		
Karın Ağrısı/Karında Şişlik		
Öksürük		
İştahsızlık		
Kilo Kaybı		
Kilo Alımı		
Kanlı Balgam		
Unutkanlık		

3. NYHA Sınıfı:.....

4. LVEF:.....

5. Sigara kullanıyor musunuz?  Hayır  Evet ise kaç p/yıl?.....  Braktım

6. Kronik hastalığınız var mı?  Hayır  Evet

7. Mevcut kronik hastalık sayısı: .....

8. Mevcut kronik hastalıklar:

	YOK	VAR
İskemik Kalp Hastalığı		
Hipertansiyon		
Diyabet		
Dislipidemi		
Kalp Kapak Hastalığı		
Kardiyomiopati		
Aritmi		
Diğer Hastalıklar:		

### **C. Medikal Tedavi:**

1. Günde kaç adet ilaç kullanıyorsunuz? .....adet

2. Düzenli kullandığınız ilaçlar nelerdir?.....

.....

### **D. Tedavi Uyumu**

1. Kalp yetmezliği tedaviniz için olan ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

Hiç düzenli kullanmıyorum  Biraz düzenli kullanıyorum  Orta düzeyde düzenli kullanıyorum  Oldukça düzenli kullanıyorum  Çok düzenli kullanıyorum

2. Son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle kaç defa hastaneye başvurdunuz?.....

3. Son 1 yılda kalp yetmezliği nedeniyle kaç defa hastanede yattınız?.....

4. Kalp doktoruna ulaşmakta güçlük çekiyor musunuz?  Hayır  Evet

5. Kalp doktoruna ulaşırken yaşadığınız güçlükler nelerdir?

- Randevu bulmakta zorlanıyorum.  
 Sıra beklerken zorlanıyorum.  
 Hastanenin evime uzaklığı fazla olduğu için zorlanıyorum.

### **E. Hastalık Yönetimi ve Bilgi Düzeyi**

1. Hastalığınız hakkında yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?  Hayır  Evet

2. Kullandığınız ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?   
Hayır  Evet

3. Hastalığınızla ilgili doktorunuz tarafından yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?   
Hayır  Evet

## **F. Sosyal Yaşam**

**1. Arkadaş ilişkilerinizde ya da onlarla birlikte vakit geçirmekte zorluk çekiyor musunuz?**

- Hiç zorluk çekmiyorum  Biraz zorluk çekiyorum  Orta düzeyde zorluk çekiyorum  Oldukça zorluk çekiyorum  Çok zorluk çekiyorum

**2. Eğlence, spor aktiviteleri ya da hobilerinizi yaparken zorluk çekiyor musunuz?**

- Hiç zorluk çekmiyorum  Biraz zorluk çekiyorum  Orta düzeyde zorluk çekiyorum  Oldukça zorluk çekiyorum  Çok zorluk çekiyorum

**3. Kalp yetmezliği tanısı aldıktan sonra evde geçirdiğiniz vakit arttı mı?**  Hiç artmadı  Biraz

arttı  Orta düzeyde arttı  Oldukça fazla arttı

**4. Hastaneye veya ASM'ye gittiğinizde size ilaç tedavisi dışında ne tür önerilerde bulunuldu?**

- Sıvı Kısıtlaması  Sağlıklı Beslenme  Egzersiz

## **G. Aile Hekimliği ile İlgili Sorular:**

**1. Kalple ilgili bir şikâyetiniz olduğunda aile hekiminize başvurur musunuz?**  Hayır

Evet

**2. Şikâyetlerinizin başlaması ile kalp yetmezliği tanısı almanız arasında geçen sürede hiç aile hekiminize başvurduunuz mu?**  Hayır  Evet

**3. Aile hekiminiz sizi kalp yetmezliği hakkında bilgilendirdi mi?**  Hayır  Evet

**4. Kalp hastalığınız nedeniyle aile hekiminize en çok hangi nedenlerle başvurursunuz?**

- Kan tahlili yaptırmak için  
 Raporlu ilaçlarımın reçete edilmesi için  
 İlaç yan etkisi yaşadığımda  
 Kalp yetmezliğine bağlı yaşadığım şikâyetleri tedavi etmesi için  
 Rahatsızlandığımda aciliyetine karar vermesi ve kardiyolog ya da acil servise başvurmamı

söylemesi için

Diğer nedenlerle : .....

**5. Aile hekiminize gittiğinizde ruhsal durumunuzla alakalı sorular soruldu mu?**  Hayır

Evet

**6. Aile hekiminize gittiğinizde sosyal ve günlük yaşamınızla alakalı sorular soruldu mu?**  Hayır

Evet

**7. Hastaneye gittiğinizde ruhsal durumunuzla alakalı sorular soruldu mu?**  Hayır  Evet

**8. Hastaneye gittiğinizde sosyal ve günlük yaşamınızla alakalı sorular soruldu mu?**  Hayır

Evet

### EK 3. Avrupa Kalp Yetmezliği Özbakım Davranış Ölçeği-12 (AKYÖBDÖ-12)

	Hiçbir zaman (1 puan)	Nadiren (2 puan)	Bazen (3 puan)	Sıklıkla (4 puan)	Her zaman (5 puan)
1. Her gün tartılırım.					
2. Solunum sıkıntım (nefes darlığım) olursa, onu rahatlatacak şekilde davranırım. (adımlarımı yavaşlatmak, dinlenmek)					
3. Solunum sıkıntım (nefes darlığım) artarsa, doktorumu veya hemşiremi ararım.					
4. Ayaklarım/bacaklarım normalden fazla şişerse doktorumu veya hemşiremi ararım.					
5. Eğer bir hafta içinde iki kilo alırsam (ağırlaşırsam, kazanırsam), doktorumu veya hemşiremi ararım.					
6. İçtiğim sıvı miktarımı kısıtlarım. (günde 1,5-2 litreden fazla olmamak üzere)					
7. Gün içinde dinlenirim.					
8. Yorgunluğumun arttığını hissedersen doktorumu veya hemşiremi ararım.					
9. Az tuzlu bir diyetle (yiyeceklerle) beslenirim.					
10. İlaçlarımı önerildiği şekilde alırım.					
11. Her yıl grip aşıyı olurum.					
12. Düzenli egzersiz yaparım.					

#### Ek 4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

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

- 1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.  
 Çoğu zaman  Birçok zaman  Zaman zaman, bazen  Hiçbir zaman
- 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.  
 Aynı eskisi kadar  Pek eskisi kadar değil  Yalnızca biraz eskisi kadar  
 Neredeyse hiç eskisi kadar değil
- 3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.  
 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli  Evet, ama çok da şiddetli değil  
 Biraz, ama beni endişelendirmiyor.  Hayır, hiç öyle değil
- 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.  
 Her zaman olduğu kadar  Şimdi pek o kadar değil  Şimdi kesinlikle o kadar değil  Artık hiç değil
- 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.  
 Çoğu zaman  Birçok zaman  Zaman zaman, ama çok sık değil  
 Yalnızca bazen
- 6) Kendimi neşeli hissediyorum.  
 Hiçbir zaman  Sık değil  Bazen  Çoğu zaman
- 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.  Kesinlikle  
 Genellikle  Sık değil  Hiçbir zaman
- 8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.  
 Hemen hemen her zaman  Çok sık  Bazen  Hiçbir zaman
- 9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.  
 Hiçbir zaman  Bazen  Oldukça sık  Çok sık
- 10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.  
 Kesinlikle  Gerektiği kadar özen göstermiyorum  Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum  Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

Gerçekten de çok fazla  Oldukça fazla  Çok fazla değil  Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar  Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az  Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık  Oldukça sık  Çok sık değil  Hiçbir zaman

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

Sıklıkla  Bazen  Pek sık değil  Çok seyrek

