

# Kalp Yetersizliğinde Tekrarlı Yatışlar Önlenebilir mi?

## *Can be Prevented Re-hospitalizations in Heart Failure?*

Semiha Alkan<sup>1</sup>, Nesrin Nural<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Ahi Evren Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon.

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon.

### ÖZET

Kalp yetersizliği (KY) fiziksel ve duygusal birçok semptomun eşlik ettiği, yaşam boyu semptom kontrolü, diyet, egzersiz uyumu gibi hastalık yönetimini gerektiren, ölüm ve tekrarlı hastaneye yatış oranı yüksek kronik bir hastalıktır. Hastaların önerilen tedavi programına uyum sağlayamaması semptomların şiddetlenmesine, hastaların acil servise başvurma-sına ve sık hastaneye yatışlara neden olmaktadır. Başarılı hastalık yönetiminde semptomların izlenmesi, kötüleşen semptomların farkına varılması ve hangi durumlarda yardım alınması gerektiğini bilme evde öz bakımı sürdürmede esastır. Uyum sürecindeki hasta engellerinin belirlenerek yapılacak kapsamlı eğitimler, hasta takip ve izlemleri, hastanın öz bakım becerileri geliştirmede ve hastaneye tekrarlı yatışları azaltmada etkili olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kalp Yetersizliği; Hastaneye Tekrarlı Yatış; Öz Bakım; Semptom Yönetimi.

### ABSTRACT

Heart failure (HF) is a chronic disease with a high rate of mortality and re-hospitalization, accompanied by many physical and emotional symptoms, requiring lifelong symptom control, diet, exercise compliance, and disease management. The inability of patients to adjust to the recommended treatment program causes exacerbation of symptoms, apply emergency services and frequent hospitalizations. Monitoring of symptoms, being aware of worsening symptoms, knowing that help is needed in which situation are essential for maintaining self-care at home in successful management. Comprehensive training by identifying patient barrier during compliance, patient monitoring will be effective in reducing re-hospitalizations and improving the patients's self-care skills.

**Keywords:** Heart Failure; Re-Hospitalization; Self-Care; Symptom Management.

Geliş tarihi: 24.04.2017 Kabul tarihi: 28.08.2017

Sorumlu Yazar: Semiha Alkan

Yazışma adresi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi EAH Trabzon – Türkiye.

E-posta: [semi.alkan@hotmail.com](mailto:semi.alkan@hotmail.com)

## GİRİŞ

Kalp yetersizliği (KY) kardiyak işlev bozukluğu sonucu ortaya çıkan semptomların eşlik ettiği, yaşam süresinin azalmasıyla sonuçlanan, acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır. [1,2] Kalp yetersizliği olan hastaların birden fazla sayıda semptomla karşı karşıya kalması hastaların iş hayatında, sosyal ilişkilerinde, psikolojik alanında ve yaşam kalitesinde belirgin düzeyde bozulmalara yol açmaktadır. [3,4]

Bugün için Avrupa ülkelerinde 15 milyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 6 milyon kişide KY vardır. Amerikan Kalp Birliği 2012'den 2030 yılında kadar kalp yetersizliğinde yaklaşık %46'lık bir artış beklediğini bildirmiş ve ABD'de 18 ve üzeri yaş grubunda sekiz milyondan fazla kişide KY görüleceğini öngörmüştür. [5] Türkiye'de 35 yaş üzerinde kalp yetersizliği yaygınlık oranı %2.9'un üzerinde olmakla birlikte, ortalama kalp yetersizliği yaşı 60'dır. [5,6] Kalp yetersizliği olan hastalarda yıllık ölüm oranı %8-12'dir. [6] Toplum temelli çalışmalarda, bir yıl içinde teşhis edilen kalp yetersizliği hastalarının ölüm oranlarının %30 ile %40, 5 yıl içerisinde teşhis edilenlerin ölüm oranlarının ise %60 ile %70 arasında değiştiği bildirilmektedir. [7]

Türkiye'de iki milyon KY hastası bulunduğu tahmin edilmektedir ve önümüzdeki 10 yıl içinde 3-4 kat artacağı öngörülmektedir. [5] Kalp yetersizliği hastaları günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememekte, ekonomik, cinsel, psikososyal sorunlar yaşamakta ve özellikle iş yaşamında, aile ve arkadaş ilişkilerinde sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca sık hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına neden olması bireysel ve toplumsal ekonomik sorunlar oluşturabilmektedir. [8]

Kalp yetersizliğinde birincil önleme yetersizlik gelişiminin önlenmesi, ilerlemesinin engellenmesi, semptomların kontrol altına alınmasıyla sağlanabilir. [9,10,11,12] European Society of Cardiology'nin (ESC) 2005 rehberinde kalp yetersizliğinin önlenmesi kalp yetersizliğine yol açan durumların tedavisi ile mümkün olduğu belirtilmektedir. [13] Özellikle kalp yetersizliği gelişimi için bağımsız risk faktörlerinden biri olan koroner arter hastalığı, değiştirilebilir risk faktörlerinin izlenmesi, hipertansiyon ve diyabet gelişiminin engellenmesi, damar endotel hasarının önlenmesi büyük önem taşır. [10] Bu da şişmanlık, kolesterol yüksekliği gibi risk faktörlerinden kaçınma, sağlıklı beslenme, düşük tuz tüketimi, düzenli egzersiz gibi önlemlerle ilgili toplumun

bilinçlendirilmesi ile ilişkilidir. [5]

Kalp yetersizliği hastalarının yaklaşık yarısı 90 gün içerisinde %21.9'u iki kez, %27.7'si üç kez, %50.4'ü dört ve üzerinde hastaneye yatmaktadır. [2] Özellikle yaşlı hastaların taburcu olduktan sonra tekrarlı hastaneye yatış oranları daha fazladır. [14] Garcia Perez ve ark. 75 yaş ve üzerindeki hastaların %10-25'nin taburcu olduktan sonra ilk 3 ay, %40-50'sinin taburcu olduktan sonra 6-12 ay içinde tekrardan hastaneye yattığını saptamıştır. [15] Yapılan çalışmalarda, KY hastalarında hastanede kalış süresinin 6 günden daha fazla uzamasının periferik ödem, göğüs ağrısı, yorgunluk gibi semptomlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Hastaların akut bir seviyeye gelmeden önce kötüleşen semptomları tanımaması ve bunlara cevap verememesi, önlenebilir tekrarlı yatışların ortak nedenleridir. [16,17] Buna ila-veten hastaların önerilen diyet, sıvı kısıtlaması ya da ilaca uyum sağlayamaması, bilgi yetersizliği, yapması gerekenleri anlayamaması, sigara ve alkol bağımlılığı, sosyal destek eksikliği, evde özbakımı sürdürmemesi, erken taburculuk ve yetersiz hasta/aile eğitimi gibi faktörler diğer önemli nedenler arasında yer almaktadır. [2,18,19,20,21]

## Semptom Yönetimi

Hastanın yaşam kalitesini iyileştirmede en önemli bileşenlerden biri olan semptom yönetimi sağlıklı seçimler yoluyla davranış değişikliğini gerektirir. Kalp yetersizliğine pek çok fiziksel ve duygusal semptom eşlik etmektedir. [2,22] Semptomlar hastanın demografisine (yaş, mental algılama, genel durum gibi), kalp yetersizliğinin başlama şekline (yeni ve kronik zeminde başlayan) ve kullanılan tedavilerin (diüretik alınması) süresi ile eşlik eden hastalıkların durumlarına bağlıdır. [23] Yapılan çalışmalarda hastaların yaygınlıkla; nefes darlığı, enerji azlığı, uyku problemleri, bacaklarda veya ayak bileklerinde şişme, ağız kuruluğu, üzgün hissetme, endişelenme ve iştahsızlığı içeren çeşitli semptomlar yaşadıkları belirtilmiştir. [22,24,25,26] Kalp yetersizliği hastaları bu semptomların ağırlaşması nedeniyle acil servise başvurmak, hatta yoğun bakım ünitelerinde yatmak zorunda kalmaktadır. [27] Hastalar genellikle kronik kalp yetersizliğinin etkileri, semptomları ve nedenleri hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. [28,29] Yapılan çalışmalar, KY hastaların %50'sinden fazlasının semptomlarının sebeplerini bilmediklerini, hastaların üçte birinin KY semptomlarını yaşlanma, ilaçların yan etkisi gibi ilişkisi olmayan koşullara bağladıklarını göstermektedir. Hastaların %87'sinin semptomların ciddi olabileceğine inanmalarına rağmen, %80'i semptomların kaybolmasını beklediklerini,

kötüleşen semptomlar için tedavi aramada geciken KY hastalarının %50'sinin sağlık durumlarının bozulacağını farkında olmadıklarını göstermiştir.<sup>[16,17,27]</sup> Kalp yetersizliğinde tıbbi yardım aramada dispne anahtar semptomdur. Dispne (efor dispnesi) ilk zamanlar hareket etmekle artar. Hasta yüksek yastıkla yatma veya dik pozisyonda oturmaya (ortopne) gereksinim duyar. Gece artan nefes darlığı veya öksürük (paroksizmal nokturnal dispne) ile uyanır. Ayak bileğinde ödem (periferik ödem) çabuk yorulma ve efor toleransında azalma mevcuttur.<sup>[30]</sup> Van der Wal ve ark. çok az sayıda hastanın kilo almanın hastaneye yatış için bir belirti olduğunu, fakat bu hastaların da tıbbi yardım aramadan önce 3-7 gün boyunca beklediklerini bildirmiştir.<sup>[31]</sup> Hastaların KY semptomlarını tanınamaması ya da semptomlarını izlememesi en önemli gecikme nedenlerinden biridir.<sup>[16,27,29,32]</sup>

### Kalp Yetersizliğinde Özbakım

ESC2012 rehberinde KY'de başarılı tedavinin önemli bir parçasının öz bakım olduğu vurgulanmaktadır.<sup>[33]</sup> Öz bakım, hastaların semptomları izleme ve bunlara cevap verme ve tedaviye uyma gibi davranışlarla ilgili olarak günlük yaşamda kullandıkları karar verme sürecidir. Öz bakımını uygulayabilen birey, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilmekte ve başkalarına bağımlı olmamaktadır. KY hastaları karmaşık tedavi rejimlerini yönetebilme, düşük sodyum içerikli diyeti uygulayabilme, sıvı retansiyonu, nefes darlığı ve yorgunluk gibi erken semptomları düzenli olarak izleyebilme ve gerekli girişimleri uygulayabilme gibi öz bakım aktivitelerini geliştirmek ve uymak zorundadır.<sup>[17,28,34]</sup> Yapılan çalışmalar, KY hastalarının ilaç kullanımı, kilo-sıvı izlemi, diyet ve aktivite-dinlenmeye ilişkin özbakım davranışlarını sergilemede yetersiz olduklarını göstermiştir.<sup>[35,36]</sup> Özer ve ark. kalp yetersizliğinde sağlık davranışlarını belirlemeye ilişkin yaptıkları çalışmada, hastaların %94.1'ine doktor tarafından bir diyet önerildiğini, hastaların %39.2'sinin önerilen diyete tamamen uyduğunu ancak, %37.3'ünün kısmen uyduğunu, %23.5'inin ise önerilen diyete uymadığını saptamıştır.<sup>[20]</sup> Hastaları davranış değişikliğine sevk etme ve sürdürmeye ilişkin müdahale geliştirme konusunda (örneğin sigarayı bırakma, beslenme tavsiyeleri ve egzersiz düzeyindeki artışlar) hastaların algıları, becerileri ve bu konularla başedebilme yeteneklerinin önemli olduğu belirtilmektedir.<sup>[32]</sup> Kalp yetersizliğinde geliştirilen öz yönetim davranışları semptom kontrolünü sağlamakta ve dolayısıyla hastaneye

yatışları önemli oranda azaltmaktadır. Öz yönetim becerisi olan hastaların daha az hastaneye yattığı, ölüm ve maliyet oranlarının daha düşük olduğu çalışmalarda gösterilmiştir.<sup>[28]</sup> Jones ve ark. kilo kontrolü ve diüretik kullanımına uyumun kalp yetersizliğine bağlı acil servise başvuru ya da hastaneye yatış oranlarını azaltmada etkili olduğunu göstermiştir.<sup>[37]</sup> Wang ve ark. çalışmasında, kalp yetersizliği hastaları için düzenlenen öz bakım programlarının hastaların semptomlarını azalttığını, fonksiyonel durumlarını arttırdığını ve yaşam kalitesinin iyileştiğini göstermiştir.<sup>[38]</sup> Mental hastalıklar, yaş, bilişsel bozukluklar, uyku sorunları ve sağlık hizmeti ile ilgili konular öz bakım davranışlarını geliştirmeyi olumsuz etkilemektedir.<sup>[28,39]</sup> Kalp yetersizliğine yönelik semptom yönetimi ve kendini izlemeyi içeren bir özbakım programında kötü sağlık okuryazarlık düzeylerinin de olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir.<sup>[40]</sup>

### Kalp Yetersizliği Yönetiminde Olası Engeller

Eğitim ve danışmanlık, bir hastanın engellerini gidermeye yardımcı olabilir ve bir hastanın durumunun yönetimi ile ilgili yanlış algılamalarına cevap verme olanağı sağlar.<sup>[17,41]</sup> Semptomları tanımadaki olası hasta engelleri;

- Semptom izleme eksikliği,
- Kesin semptomların önemini anlama eksikliği,
- Semptomların şiddetli olmadığına inanma,
- Semptomlara ilaçların ya da diğer durumların neden olduğuna inanma,
- Hastaların "yetersiz" ve "sorunlu" sağlık okuryazarlığına sahip olması,
- Kendi kendini güçlendirmede eksiklik,
- Motivasyon eksikliği,
- Semptomların nasıl kontrol edilebileceğini bilmeme,
- Önerilen tedavilere uyabilmek için sağlık davranışlarında değişiklikler yapmaya kendini hazır hissetmeme olabilir.<sup>[29]</sup>

Hastaların yeterli bilgi alması, tedavisinin ve uygulanan girişimlerin yararlarını anlaması sağlık

davranışlarında değişiklik yapmada ve tıbbi tedaviye uyum sağlamada etkili olmaktadır. Heo ve ark. KY hastalarının diyetle uyum algılarını incelediği çalışmada, hastaların genel olarak yemeklerin sağlıklarını etkilediğini düşünmesine rağmen, yarısından azının tuzun KY semptomlarını etkileyen bir faktör olarak tanımladığını bildirmiştir. Aynı zamanda, hastaların bilgi düzeyinin, sosyal baskının ve diğerleri tarafından teşvikin, sosyal statünün ve zevk kaynağı olarak yemek yemenin diyetle olan uyumsuzluğu etkileyen faktör-ler olarak bildirmiştir.<sup>[42]</sup> İlaç terapisine ve sağlıklı bir diyetle uyumun yanısıra egzersiz eğitimi de destekleyici olarak kullanılmalıdır.<sup>[43]</sup> Özer ve ark. hastaların %50'sine egzersiz önerildiğini, %46.1'inin önerilen egzersizi yaptığı, %53.9'unun ise yapmadığını saptamıştır.<sup>[20]</sup> KY hastalarında fiziksel koşulların (yorgunluk, halsizlik gibi semptomlar) egzersiz tedavisiyle uyumda engel olarak görüldüğü gösterilmiştir.<sup>[36,44]</sup> Hastalar ve klinisyenler, engellerin üstesinden gelmek ve hastalara önerilen bir egzersiz programına uyum sağlamak için stratejiler ve yöntemler belirlemelidir.<sup>[17]</sup> Bir egzersiz programına katılmanın KY'nin ilerleme oranını hafiflettiği, hastaneye yatma ve ölüm riskinde azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>[43]</sup> Kalp yetersizliği yönetiminde önemli olan bir diğer faktör kilo izlemidir. Hastaların kendilerini tartmaları ve günlük ağırlıklarını kaydetmeleri direkt olarak sıvı kısıtlaması ve diüretik dozunun etkinliği açısından önemlidir.<sup>[28,43,45]</sup> Araştırmalar, KY hastalarının vücut ağırlığındaki artışların hastaneye yatırılma ve yaşam kalitelerini iyileştirme ile ilişkili olduğunu bilmelerine rağmen hastaların yarısından azının kilo izlemi yaptıklarını göstermiştir.<sup>[28,45,46]</sup> Bu nedenle klinisyenler hastaları günlük olarak tartmanın önemi ve hızla kilo alma veya hızlı kilo verme durumunda ne yapmaları gerektiği konusunda eğitmelidir.<sup>[28,29]</sup> İlaç yönetimi, kendi kendine kontrol edilen ilaçların güvenli ve doğru biçimde uygulanmasını sağlar.<sup>[47]</sup> KY hastalarının ilaç tedavisine uyumsuzluğunda; ilaçların karmaşık olması, çok sayıda ilaç kullanımı, ilaçların yan etkileri, sağlık hizmeti sunucuları ile sınırlı iletişim, günlük ilaç almayı unutma, ilacın özellikleri (zor zamanlama, sık doz alma, yan etkiler ve yutkunma zorluğu), ilacın maliyeti ve ilaçların etkilerini bilmeme faktörlerinin rol oynadığı gösterilmiştir.<sup>[39,48,49,50]</sup> Davranışsal becerileri, uyum stratejilerini öğrenmek ve diyet değişiklikleri ile ilgili engelleri aşmak için hastalar klinisyen yardımına gereksinim duyabilir.<sup>[17]</sup> Hastalara ve bakım verenlere alınan ilaçların ne işe yaradığı, ilaçların yönetimi için bir strateji açıklaması, beklenen eylemler ve ters etkileri ve yan etkileri

izleme yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir.<sup>[47]</sup>

### Kalp Yetersizliğinde Multidisipliner Yaklaşım

Kalp yetersizliğini yönetmenin hedefleri, toplumu ve hastaneyi birlikte kavrayan "görün-mez" bir bakım sisteminin sağlanması ve her hastanın sağlık hizmeti temininde başından sonuna kadar ideal şekilde yönetildiğinden emin olmaktır. Bu amaçla, hasta eğitimi ile planlı izlem, tıbbi tedavinin uygun duruma getirilmesi, psikososyal destek sağlanması ve bakıma erişimin artırılması yoluyla klinik gidişte iyileşme sağlayacak multidisipliner yönetim programları ön plana çıkmaktadır.<sup>[33]</sup> Multidisipliner ekip tedavi ve bakım aşamalarında hastalar ve aileler için kapsamlı destek sağlayabilir.<sup>[51]</sup> Hasta eğitimi KY'nin yönetiminin en önemli bir bileşendir. Çünkü, KY ve semptomlarının yönetimi hakkında bilgi sahibi olmanın başarılı bir öz bakım sürecinin oluşumu için gerekli olduğuna inanılmaktadır.<sup>[52]</sup> Eğitim bir hastanın bilgi, öğrenme yeteneği, öğrenme stili, bilişsel düzey ve motivasyonun bir değerlendirilmesini içermelidir.<sup>[53]</sup> Hasta ve aile/bakıcı için eğitim ve danışmanlık; normal semptomlar ve kötüleşen semptomların durumu, kendini izleme, semptomların ortaya çıktığı durumlarda yapılması gerekenler, diyet tavsiyeleri, ilaçlar ve olası yan etkileri, aktivite ve egzersizin yönetimi, sigarayı bırakma ve kilo kontrolü gibi riski azaltma yöntemlerini içermelidir.<sup>[17]</sup> Hemşire hasta eğitiminde ekibin lideri konumundadır. Kalp yetersizliği ile ilgili olarak 2016 yılında yayınlanan ESC rehberinde "bakım organizasyonu" ile ilgili hemşireler tarafından yapılması gerekenler vurgulanmaktadır. Rehber, kalp yetersizliğinin bakım yönetimi sürecinde bakımın organizasyonu, taburculuk planlaması, yaşam şekli önerileri, egzersiz eğitimi, takip ve izlem, yaşlılık, kırılabilirlik, bilişsel bozukluk, palyatif bakım ve yaşam sonu bakımla ilgili önerileri içermektedir.<sup>[54]</sup> Hemşirelik uygulamaları arasında yer alan, destekleyici eğitimin kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım davranışlarını, bireysel izlemi ve tedaviye uyumu geliştirmede etkili olduğu bildirilmektedir.<sup>[55,56]</sup> Mantovani ve ark. hemşireler tarafından verilen bilgilerin tedaviye uyumda olumlu etkilerinin olduğunu, günlük kilo takibi ve sıvı kısıtlaması öz bakım davranışlarında önemli bir artış olduğunu belirtmiştir.<sup>[57]</sup> Hemşire ile hasta arasında bir güven ilişkisinin geliştirilmesi özbakım davranışlarını geliştirmede etkili olabilir.<sup>[58]</sup> Hemşirelerin taburculuk sonrası KY hastalarını evde izlemeleri ve telefonla görüşerek danışmanlık vermeleri, hastaların günlük kilo takibi ve tuz alımını kısıtlama gibi öz bakım davranışlarını iyileştirebilir.<sup>[59]</sup>

## SONUÇ

Kalp yetersizliği yaşam boyu takip, tedavi ve yönetimi gereken kronik bir hastalıktır. Bir kez tanı konduktan sonra hastaların özellikle tekrarlı yatışlarını önleyebilecek semptom izleme, egzersiz, kilo takibi, ilaç ve diyet yönetimi gibi özbakıma dair uyum sağlamaları gereken kompleks bir bakıma gereksinimleri vardır. Burada önemli olan; uyum sürecinde olası hasta engellerinin belirlenmesi ve hangi durumların hastaların tekrarlı yatışlarına neden olduğunun bilinmesi ve tekrarlı yatışlarda yüksek risk gruplarının belirlenmesidir. Ta-burcu olurken evdeki bakımın sürdürülebilmesi için aile bireylerinin ya da bakım vericilerin de dahil edildiği hemşire, doktor, diyetisyen gibi multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla eği-tim verilmesi oldukça önemlidir. Özbakım yapabilme becerisini etkileyen hasta faktörleri-nin belirlenip, karar verme sürecinde hastanın dahil olması sağlanmalı ve eğitimler planlanmalıdır. Sadece eğitim verilmemeli, nasıl yapabileceklerine dair broşür gibi tanıtıcı gör-sel araçlardan da destek alınarak hastanın beceri öğrenmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda hastaların evde takiplerinin sürdürülmesi, olası problemlerin çözümünde gerekli müdahale-lerin yapılması hastaların özbakımlarını devam ettirebilmelerinde ve hastaneye yatışı ön-lemde etkili faktördür.

## KAYNAKLAR

1. Mosterd A, Hoes WA. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007; 93(9):1137-1146. <http://dx.doi.org/10.1136/hrt.2003.025270>
2. Karaca S, Mert H. Kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatış sıklığı ve nedenlerinin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Science* 2011; 14(3).
3. Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10(2).
4. Zambroski C, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symp-tom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Car-diovascular Nursing* 2005; 4(3):198-206. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.03.010>
5. Tokgözoğlu L, Yılmaz MB, Abacı A, Altay H, Atalar E, et al. Türkiye’de Kalp Yeter-sizliği Yol Haritası Kalp yetersizliğinin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla geliştirilebilecek politikalara ilişkin öneriler. *TKD*, 2015; 1-31
6. Değertekin M, Erol Ç, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, et al. Türki-ye’deki kalp yetersizliği prevalansı ve ön gördürücüler

- (HAPPY çalışması). *Türk Kardiyoloji Derneği* 2012; 40(4): 298-308.
7. Lokker ME, Gwyther L, Riley JP, van Zuylen L, van der Heide A, Harding R. The prevalence and associated distress of physical and psychological symptoms in patients with advanced heart failure attending a South African Medical Center. *J Cardiovasc Nurs* 2015; 31(4), 313-322. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000256>
8. Demir M, Ünsar S. Kalp yetmezliği ve evde bakım. *Fırat sağlık hizmetleri dergisi* 2008; cilt 3 sayı 8
9. Kavradım TS, Özer CS. Kalp yetersizliği tanısı olan bireylerde semptom yönetimi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013; 4(6):1-14.
10. Uzuner A. Kalp yetersizliği: birincil ve ikincil korunmada birinci basamak hekiminin önemi. *Klinik Gelişim* 2011; 24:76-79.
11. Kepez A, Kabakçı G. Kalp yetersizliği tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35: 69-81.
12. Butler, J. Primary prevention of heart failure. *ISRN cardiology*, 2012. <http://dx.doi.org/10.5402/2012/982417>
13. ESC Guidelines Committee for Practice Guidelines To improve the quality of Clinical practice and patient care in Europe. 2005. *Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavi kılavuzu*. [www.escardio.org](http://www.escardio.org)
14. Reeder KM, Ercole PM, Peek GM, Smith CE. Symptom perceptions and self-care be-haviors in patients who self-manage heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nurs-ing* 2015; 30(1): 1-7. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN0000000000000117>
15. Garcia-Perez L, Linertova R, Lorenzo-Riera J, Diaz V, Gonzalez D, Sarria-Santamera A. Risk factor for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM* 2011; 104(8): 639-651. <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcr070>
16. Moser DK, Frazier SK, Worrall-Carter L, Biddle MJ, Chung ML, Lee KS et al. Symptom variability, not severity, predicts rehospitalization and mortality in patients with heart failure. *Euro J of Cardiovascular Nursing*, 2010; 10:124-129. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.05.006>
17. Moser DK. and Riegel B. *Disease Management in Heart Failure*. 2011, (2nd edition) 854-886
18. Gheorghide M, Vaduganathan M, Fonarow GC, Bonow RO. Rehospitalization for heart failure: problems and perspectives. *Journal of the*

- American College of Cardiol-ogy 2013; 61(4): 391-403.  
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.09.038>
19. Annema C, Luttki, ML Jaarsma T. Reasons for readmission in heart failure: perspectives of patients, caregivers, cardiologists, and heart failure nurses. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 2009; 38(5), 427-434.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.12.002>
  20. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 21(1) :63-77
  21. Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda uyum için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2012; 33-38.
  22. Wilson J, Mcmillan S. Symptoms experienced by heart failure patients in hospice care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JPHN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association* 2013; 15(1): 13-21.  
<http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0b013e31827ba343>
  23. Enar R. Kanıta Dayalı Kalp yetersizliği el kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri Nobel Mat-baacılık. 2010
  24. Song EK, Moser DK, Rayens MK, Lennie TA. Symptom cluster predict event-free survival in patients with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2010; 25(4): 284-291.  
<http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181cfbcbb>
  25. Efe F, Olgun N. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *Hacettepe University Faculty of Health Science Nursing Journal* 2011; 18(1).
  26. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tensstedt SL. Symptom distress and quality of life patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 35(6): 594-603.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.06.007>
  27. Gravely-Witte S, Jurgens CY, Tamim H, Grace SL. Length of delay in seeking medical care by patients with heart failure symptoms and the role of symptom-related factors: a narrative review. *Euro J of HF* 2010; 12:1122-1129.  
<http://dx.doi.org/10.1093/eurjhf/hfq122>
  28. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, Peterson PN. American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2009;120(12):1141-1163.  
<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628>
  29. Horowitz CR, Rein SB, Leventhal H. A story of maladies, misconceptions, and mishaps: Effective management of heart failure. *Social sciences and medicine*, 2004; 58: 631-643.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00232-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00232-6)
  30. [http://www.cvja.co.za/downloads/pocket\\_guide/3\\_presentation\\_symptoms.pdf](http://www.cvja.co.za/downloads/pocket_guide/3_presentation_symptoms.pdf). Erişim tarihi: 01.04.2017
  31. Wal MH, Jaarsma T, Veldhuisen DJ. Noncompliance in patients with heart failure; how can we manage it?. *European journal of heart failure* 2005; 7(1), 5-17.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejheart.2004.04.007>
  32. Hirani SP, Newman SP. Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart* 2005;91(9):1235-1239.  
<http://dx.doi.org/10.1136/hrt.2003.025262>
  33. Akut ve Kronik Kalp Yetersizliği Tanı ve Tedavisine Yönelik 2012 ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2012;(Suppl.3).
  34. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling* 2002;46:287-295.  
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00165-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00165-3)
  35. Akbıyık A, Koçak G, Oksel E. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2016; 1(2).
  36. Van Der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal* 2006;27(4):434-440.  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi603>
  37. Jones CD, Holmes GM, Dewalt DA, Erman B, Broucksou K, Hawk V, Pignone M. Is adherence to weight monitoring or weight-based diuretic self-adjustment associated with fewer heart failure-related emergency department visits or hospitalizations?. *Journal of cardiac failure* 2012;18(7):576-584.  
<https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2012.05.004>
  38. Wang SP, Lin LC, Lee CM, Wu SC. Effectiveness of a self-care program in improving symptom distress and quality of life in congestive heart failure patients: a preliminary study. *Journal of Nursing Research*, 2011; 19(4): 257-266.  
<http://dx.doi.org/10.1097/JNR.0b013e318237f08d>
  39. Grady KL. Management of heart failure in older adults. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2006;

- 21(5):S10-S14.
40. Evangelista LS, Rasmusson KD, Laramie AS, Barr J, Ammon SE, Dunbar S et al. Health literacy and the patient with heart failure – Implications for patient care and re-search: A consensus statement of the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure* 2010;16(1): 9-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.10.026>
  41. Sarkar U, Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Napoles A, Karliner L, Perez-Stable EJ. Patient-physicians' information exchange in outpatient cardiac care: Time for a heart to heart? *Patient Education and Counseling* 2010;85(2):173-179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.09.017>
  42. Heo S, Lennie TA, Moser DK, Okoli C. Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary adherence. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2009; 8(5):323-328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.05.005>
  43. Hunt SA. ACC/AHA Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. *Circulation* 2005; 112: e154-e235.
  44. Heydari A, Ziaee ES, Gazrani A . Relationship between awareness of disease and ad-herence to therapeutic regimen among cardiac patients. *International journal of com-munity based nursing and midwifery* 2015; 3(1):23.
  45. Saccomann ICRDS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Factors associated with beliefs about adherence to non-pharmacological treatment of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2014;48(1): 18-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100002>
  46. Chaudry SI, Wang Y, Concato J, Gill TM, Krumholz HM. Patterns of weight change preceding hospitalization for heart failure. *Circulation* 2007;116:1549-1554. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.690768>
  47. Rich DS. New JCAHO medication management standards for 2004. *Am J Health-Syst Pharm* 2004; 61: 349-58.
  48. Köseoğlu N, Enç N. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(14):162-168.
  49. Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Peden AR, Chen YC, Heo S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2008;37(1):8-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.02.003>
  50. Mujtaba SF, Masood T, Saad M. Reasons of Medical Noncompliance in Heart Failure Patients. *Pakistan Heart Journal* 2012; 43(3-4).
  51. Kripilani S, Jakson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *Society of Hospital Medicine* 2007; (5): 314-323. <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.228>
  52. Hwang B, Moser DK, Dracup K. Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychology* 2014;33(7):588. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033419>
  53. Paul S. Hospital discharge education for patients with heart failure: What really works and what is the evidence. *Critical Care Nurse* 2008; 28: 66-84.
  54. Ponikowski p, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2016;1-85. <http://dx.doi.org/10.1002/ehf.592>
  55. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2000;29(5):319-330. <http://dx.doi.org/10.1067/mhl.2000.108323>
  56. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, Johnson MR. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Circulation* 2013;CIR-0b013e31829e8776. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776>
  57. Mantovani VM, Ruschel KB, Souza END, Mussi C, Rabelo-Silva ER. Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Acta Pau-lista de Enfermagem* 2015;28(1):41-47. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500008>
  58. Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Critical Care Nurse* 2008; 28:54-64.
  59. Strömberg A, Martensson J, Fridlund B, Levin LA, Karlsson JE, Dahlström U. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: result from a prospective, randomised trial. *European Heart Journal* 2003; 24(11):1014-1023. [http://dx.doi.org/10.1016/S0195-668X\(03\)00112-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0195-668X(03)00112-X)