

Kalp Yetersizliğinin Yönetiminde Hasta Algı, Bilgi ve Adaptasyonu: Çok Merkezli, Kesitsel, Gözlemsel, Ankete Dayalı Çalışma: ADAPTATION HF

Patient Perception, Knowledge and Adaptation in The Management of Heart Failure: A Multicenter, Cross-Sectional, Observational, Questionnaire-Based Study: ADAPTATION HF

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kalp yetersizliği (KY) hastalarının hastalık hakkındaki algı ve bilgi düzeyleri ile hastalık sürecine ve tedaviye adaptasyonlarını hasta perspektifinden ortaya koymaktır.

Yöntem: Kesitsel, çok merkezli ve ankete dayalı çalışmaya 10 merkezin kardiyoloji kliniklerine başvuran en az altı aydır KY tanısı olan hastalar dâhil edildi. Hastalara KY ile ilgili bilgisini, semptomlarını, klinik takip hakkındaki bilgi ve deneyimlerini, tedavi uyumu ve farkındalığını değerlendiren bölümlerden oluşan bir anket uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması $59,8 \pm 14,9$ yıl (erkek/kadın: 360/144, %71,4/%28,6) olan 504 hasta dâhil edildi. Hastaların %61,2'si KY hastalığını daha önceden duyduğunu belirtti. Hastaların büyük bir kısmı nefes darlığı, yorgunluk ve çarpıntı şikâyetlerinin KY'ye bağlı gelişebilecek şikâyetler olduğunu biliyordu (sırasıyla; %95,4, %92,7 ve %89,7). Hastaların en büyük endişesi KY'nin sonuçlarından çok kendi öz bakımlarını başka bir kişinin desteği olmadan sağlayamaması idi (%67,5). Hastaların çoğunluğu (%37,6) en kötü hastalığın serebrovasküler olay geçirmek olduğunu düşünürken; sadece %10,9'u KY'nin en kötü hastalık olduğunu ifade ediyordu. Hastaların %98,8'i KY ilaçlarını düzenli kullandığını belirtirken, büyük bir kısmı ilaçların böbrek fonksiyonları (%68,5) ve kan basıncı üzerine (%76,9) etkili olduğunu bilmiyordu. Hastaların günlük pratiğinde kilo takibi yapan hasta oranı %35,5, kan basıncı takibi yapan hasta oranı %26,9, düzenli egzersiz yapan hasta oranı ise %27 idi. Hastaların %73,3'ü diyetle aldığı tuz miktarına dikkat ettiğini belirtmekle birlikte %33,5'i tamamen tuzsuz yemek yediğini bildirdi. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, bilgi skoru düşük ve yüksek gruplar arasında farklılık göstermiyordu ($P > 0,005$). Medikal öyküsünde miyokart enfarktüsü olan olguların bilgi düzeyi skorunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($P = 0,002$).

Sonuç: Toplumumuzdaki KY hastalarının büyük bir kısmı KY belirti ve bulgularının farkında olup, hekimlerinin önerilerine uymakta, ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. Hastalar tedavi yönetiminin non-farmakolojik kısmında yer alan kan basıncı takibi, kilo takibi, diyet ve sodyum kısıtlaması, egzersiz gibi konularda da daha fazla bilgi sahibi olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği, adaptasyon, hastalık algısı


ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to reveal the perception levels of heart failure (HF) patients about the disease, their adaptation to the disease process, their compliance with the treatment, and their knowledge and thoughts about the disease from the patient's perspective.

Method: Patients with a diagnosis of HF for at least 6 months who applied to the cardiology clinics of 10 different centers were included in this cross-sectional, multicenter and questionnaire-based study. A questionnaire consisting of sections that included demographic information, evaluation of the patient's symptoms, knowledge and experience of clinical follow-up, knowledge of HF, compliance and awareness of treatment was applied to the patients.

Results: 504 patients with a mean age of $59,8 \pm 14,9$ years (M/F: 360/144, 71.4%/28.6%) were included in the study. 61.2% of the patients stated that they knew about HF disease before. Most of the patients knew that the complaints of shortness of breath, fatigue and palpitation could develop due to HF (95.4%; 92.7%; 89.7%, respectively). The patients reported that they were mostly worried about not being able to provide their own self-care without the support of

ORIGINAL ARTICLE KLİNİK ÇALIŞMA

Selda Murat¹ 

Yüksel Çavuşoğlu¹ 

Mehmet Birhan Yılmaz² 

Özlem Yıldırım Türk³ 

Nedret Ülvan⁴ 

Ahmet Çelik⁵ 

Murathan Küçük⁶ 

Barış Kılıçaslan⁷ 

Sanem Nalbantgil⁸ 

Zerrin Yiğit⁹ 

Hakan Altay¹⁰ 

¹Department of Cardiology, Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Eskişehir, Türkiye

²Department of Cardiology, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, İzmir, Türkiye

³Department of Cardiology, University of Health Sciences, Dr. Siyami Ersek Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital, İstanbul, Türkiye

⁴Department of Cardiology, Health Sciences University, Ankara City Hospital, Ankara, Türkiye

⁵Department of Cardiology, Mersin University Faculty of Medicine, Mersin, Türkiye

⁶Department of Cardiology, Akdeniz University, Antalya, Türkiye

⁷Clinic of Cardiology, Tepecik Training and Research Hospital, İzmir, Türkiye

⁸Department of Cardiology, Ege University Faculty of Medicine, İzmir, Türkiye

⁹Institute of Cardiology, İstanbul University-Cerrahpaşa University, İstanbul, Türkiye

¹⁰Department of Cardiology, Baskent University Faculty of Medicine, İstanbul, Türkiye

Corresponding author:

Yüksel Çavuşoğlu

✉ yukselc@ogu.edu.tr

Received: May 10, 2023

Accepted: August 26, 2023

Cite this article as: Murat S, Çavuşoğlu Y, Yılmaz MB, et al. Kalp yetersizliğinin yönetiminde hasta algı, bilgi ve adaptasyonu: Çok merkezli, kesitsel, gözlemsel, ankete dayalı çalışma: ADAPTATION HF. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2024;52(1):18-26.

DOI:10.5543/tkda.2023.53574



Available online at archivestsc.com.
Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

another person (67.5%). While the majority of patients (37.6%) thought that the worst disease was to have a cerebrovascular disease; only 10.9% stated that HF was the worst disease. While 98.8% of the patients stated that they used HF drugs regularly, a relatively large part of the patients did not know that the drugs were effective on kidney functions (68.5%) and blood pressure (76.9%). In the daily practice of the patients, the rate of weight follow-up was 35.5%, the rate of blood pressure monitoring was 26.9%, and the rate of patients who exercised was 27%. Among the patients, 73.3% said that they pay attention to the amount of salt they take with diet, and 33.5% have a completely salt-free diet. There was no difference between the groups with low and high knowledge scores in terms of Pittsburgh Sleep Quality Index ($P > 0.005$). The knowledge level score was significantly higher in patients with previous myocardial infarction ($P = 0.002$).

Conclusion: Most of the HF patients participating in the study are aware of the signs and symptoms of HF, follow the recommendations of their physicians, and use drugs regularly. These patients should have more information about blood pressure monitoring, weight monitoring, diet and sodium restriction, exercise, which are included in the non-pharmacological part of treatment management.

Keywords: Heart failure, adaptation, perception

Kalp yetersizliği (KY), milyonlarca insanı etkileyen, yaşlanma ile birlikte görülme oranı giderek artan, yüksek morbidite, mortalite, sık hastaneye yatışlar ve düşük yaşam kalitesiyle seyreden yaygın, ilerleyici bir klinik sendromdur. Dünyada yaklaşık 64,3 milyon kişinin KY'den muzdarip olduğu, bu hastaların sağlık harcamalarının ise yıllar içinde artış gösterdiği bildirilmektedir.¹ Ülkemizdeki KY tablosu ise "Heart failure prevalence and predictors in Turkey (HAPPY)" çalışması ile ortaya konulmuştur. Bu çalışmada Türkiye'de KY sıklığının %2,9 olduğu, KY'nin 1,5 milyon insanı etkilediği ve yakın gelecekte 3 milyon insanın da risk altında olduğu gösterilmiştir.² Yeni yayınlanan veriler KY'nin ülkemiz sağlık sistemine yaklaşık 1 milyar dolar yük getirdiğini göstermektedir.³

KY, kişinin fiziksel durumunu etkilediği kadar psikososyal ve ruhsal durumunu ve bireysel yaşam kalitesini de etkiler.⁴ Bununla birlikte; KY hastalarının mevcut hastalığı ile ilgili bilgileri, farkındalıkları, deneyimleri, tedaviden beklentileri hastaların öz bakımını ve hastalık sürecine uyumunu etkilemektedir. Aynı zamanda hastalık hakkında bilgi sahibi olmak; KY tedavisine uyumu teşvik etmek, KY'nin etkili bir şekilde kendi kendine yönetimini sağlamak, hastalık seyrinde ortaya çıkabilecek yeni klinik durumların ve tedavi ihtiyaçlarının benimsenmesi için de gereklidir. Ülkemizde henüz KY hastalarının hastalık hakkındaki algı düzeylerini, hastalık sürecine adaptasyonlarını ve tedaviye uyumlarını etkileyen faktörleri tespit etmeye yönelik yayınlanmış çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada, KY hastalarının hastalık hakkındaki algı düzeylerini, hastalık sürecine adaptasyonlarını, hastalık sürecinde hasta açısından yaşanan sorunları, tedaviye uyumlarını ve hastalık hakkındaki bilgi ve düşüncelerini hasta perspektifinden ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem

Çalışma, klinik araştırmalar Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (Karar no: 36, Tarih: 17/12/2020). Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alındı. Çalışma, Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü.

KISALTMALAR

KY	Kalp yetersizliği
NYHA	New York Kalp Cemiyeti

Çok merkezli, kesitsel ve ankete dayalı olan çalışmaya 10 hastanenin kardiyoloji kliniklerine başvuran en az altı aydır KY tanısı olan 504 hasta dâhil edildi. Çalışmaya hasta dâhil edilmesi için altı aylık bir süre belirlendi. Yeni tanı alan KY hastaları, diyaliz tedavisi gerektiren kronik böbrek hastalığı olanlar, ciddi karaciğer ve akciğer hastalığı olanlar, sol ventrikül destek cihazı/kalp transplantasyon öyküsü olanlar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara demografik bilgilerini içeren, hastanın semptomlarını, klinik takip hakkındaki bilgi ve deneyimlerini, KY ile ilgili bilgilerini, tedaviye uyumlarını ve farkındalıklarını değerlendiren bölümlerden oluşan bir anket formu, yüz yüze anket tekniği kullanılarak uygulandı. Anket formunun ilk bölümünde demografik özellikleri belirlemek üzere cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hali, sağlık güvencesi, evde kimlerle yaşadığı, sigara kullanımı, kronik hastalıkları ve kullandığı ilaçlar sorgulandı. Demografik bilgilerden sonraki kısımda hastanın KY belirti ve bulguları ile bu konudaki farkındalığı irdelendi. Ardından klinik takip düzeni, hastaneye başvuru nedenleri, şikâyetleri arttığında bu durumu nasıl yönettiği, son bir yıl içindeki hastaneye yatış sayısı ve acil servise başvuru sayısı ile KY'ye yönelik kullandığı ilaçlara uyumu ayrıntılandırıldı. Anketin hastalık bilgisini irdeleyen kısmında ise hastaların KY ile ilgili bilgi düzeyini ve bilgi edinme yollarını ortaya koymayı amaçlayan soruların yanında, kilo takibi, diyet ve egzersiz alışkanlıklarına yönelik sorular yönlendirildi. Anketin son kısmı ise hastaların tedaviye uyumlarını ve farkındalıklarını ortaya koymaya yönelik sorular içeriyordu. Bu kısımda KY'ye yönelik kullandığı ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi, ilaç kullanım alışkanlığı, doktorundan habersiz ilacını bırakıp bırakmadığı, ilaç dışında KY tedavisinde kullanılabilecek yöntemler hakkındaki bilgisi, ilaçların kan basıncı ve böbrek fonksiyonları üzerine etkisi ile ilgili bilgisi olup olmadığı ve grip aşısı yaptırap yaptırmadığı irdelendi. Ayrıca hastaların tamamına Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi uygulandı. Hastaların bazal karakteristik özellikleri, laboratuvar bulguları, elektrokardiyografik ve ekokardiyografik bulguları, KY risk faktörleri, eşlik eden komorbiditeleri, KY etiyojisi ve medikal öyküsü ile perkütan girişim/operasyon öyküsü ayrıntılı olarak kaydedildi.

Araştırmaya katılan bireylerin bilgi soruları ile tedaviye uyum ve farkındalık sorularına verdikleri yanıtlar incelendi. Doğru seçimlere 1, yanlış seçimlere 0 verilerek elde edilen ikili sınıflandırma değerleri toplanarak bilgi düzey skoru elde edildi. Bu skorun median değeri 13 olarak hesaplandı. Hastalar bilgi düzey skorunun median değerine göre iki grup olarak (bilgi düzey skoru yüksek olan grup; skor > 13 puan, bilgi düzey skoru düşük olan

grup; skor ≤ 13 puan) ayrıldı. Çalışmada aynı zamanda gruplar arasında bilgi düzey skorunu etkileyen değişkenler de incelendi.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel hesaplamalar "SPSS for Windows 25.0" paket programı (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılarak yapıldı. Araştırmanın nitel değişkenleri sayı ve yüzdelerle, nicel değişkenleri ise ortalama \pm standart sapma ile ifade edildi. Karşılaştırmalı istatistiksel analizlerde iki grup ortalaması arasındaki fark kategorik değişkenler için uygun ki-kare testi ile değerlendirildi. Tüm istatistiksel hesaplamalar için $P < 0,05$ olan sonuçlar anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Hasta alım döneminin sonunda; yaş ortalaması $59,8 \pm 14,9$ yıl (erkek/kadın: 360/144, %71,4/%28,6) olan 504 hasta çalışmaya dâhil edildi. Dâhil edilen olguların çoğunluğu (383; %76,4) New York Kalp Cemiyeti'nin (NYHA) KY sınıflamasına göre NYHA 2-3 idi. Hastaların sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ortalama $33,8 \pm 13,8$ idi. Dâhil edilen hastaların %66'sı düşük ejeksiyon fraksiyonlu KY, %19'u hafif azalmış ejeksiyon fraksiyonlu KY ve %15'i korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu KY hastası idi. Hastaların %6,7'si okuryazar değildi. Evde yalnız yaşayan hasta oranı ise %9,3 idi. Tüm popülasyon incelendiğinde; KY hastalarının %59,4'üne hipertansiyon, %39,6'sına diabetes mellitus, %28,8'ine hiperlipidemi ve %36'sına önceden geçirilmiş

miyokart enfarktüsü öyküsü eşlik ediyordu. Hastaların diğer bazal karakteristik özellikleri ise Supplemental Tablo 1'de özetlendi.

Tüm hastalar içinde, KY hastalığını daha önce duyduğunu belirten hasta oranı %61,2 idi. Hastaların büyük bir kısmı nefes darlığı, yorgunluk ve çarpıntı şikâyetlerinin KY'ye bağlı gelişebilecek şikâyetler olduğunu biliyordu (sırasıyla; %95,4, %92,7 ve %89,7). Paroksizmal noktürnal dispne ve ayak bileği ödeminin KY'ye ait belirtiler olduğunu bilen hasta oranı ise nispeten daha azdı (sırasıyla; %49,7 ve %37). Bununla birlikte; ayak bileği şişliği (%84,9), nefes darlığı (%97,4), göğüs ağrısı (%95,6) ve çarpıntı (%88,5) ise hastaların hekime başvurmasına neden olan en sık şikâyetlerdi. Hastaların sadece %34,1'i kilo artışının hekime başvuru nedenlerinden biri olduğunu farkındaydı. Genel olarak hastaların %85'i şikâyeti olmasa da düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini belirtirken, %48,2'si üç ayda bir kontrole gittiğini bildirdi. Sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayıp sadece şikâyeti olduğunda hekime başvuran hasta oranı ise %10,3 idi. Ayrıca hastaların %64,7'si hep aynı hekim tarafından kontrol edildiğini bildirirken %98,2'si hekimi tarafından KY ile ilgili bilgilendirildiğini ifade etti. Hastaların %57,8'i paroksizmal noktürnal dispne, %72,1'i ise bendopne tarifliyordu. Son bir yıl içinde yoğun bakıma en az bir kez yatan hasta oranı %38,4 iken, KY nedeniyle acil servise en az bir kez başvuru oranı ise %57,9 idi. Hastaların klinik takip bilgileri Tablo 1 ve Supplemental Tablo 2'de özetlendi.

Tablo 1. Klinik Takip Bilgileri I

Kalp yetersizliği ile ilgili şikâyetler olduğu düşünülen belirtilerin dağılımı	Sıklık	Yüzde	Hastada mevcut olan kalp yetersizliği belirtilerinin dağılımı		
			Sıklık	Yüzde	
Nefes darlığı	472	95,4	Nefes darlığı	446	90,3
Ayaklarda şişme	183	37,0	Ayaklarda şişme	144	29,1
Göğüs ağrısı	434	87,7	Göğüs ağrısı	396	80,2
Baş dönmesi	121	24,4	Baş dönmesi	88	17,8
Çarpıntı	444	89,7	Çarpıntı	401	81,2
Gece uyandıran nefes darlığı	246	49,7	Gece uyandıran nefes darlığı	195	39,5
Gece birkaç yastıkta yatabilme	208	42,0	Gece birkaç yastıkta yatabilme	158	32,0
Çabuk yorulma	459	92,7	Diğer	133	27,0
Bayılma	61	12,3			
Şikâyeti olmasa da doktor kontrollerine gitme davranışı	Sıklık	Yüzde	Hastalara doktora başvurması gerektiğini kesinlikle düşündüren şikâyetlerin dağılımı		
			Sıklık	Yüzde	
Hayır	74	15,0	Kilo artışı	169	34,1
Evet	418	85,0	Ayaklarda şişlik	421	84,9
Ayda bir	68	13,7	Nefes darlığında artış	483	97,4
Üç ayda bir	239	48,2	Göğüs ağrısı	474	95,6
Altı ayda bir	125	25,2	Çarpıntı	439	88,5
Yılda bir	13	2,6	Diğer	14	2,8
Şikâyet yoksa gitmem	51	10,3			
PUKİ sınıfları	Sıklık	Yüzde			
İyi uyku kalitesi			196	44,5	
Kötü uyku kalitesi	244	55,5			

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi.

Tablo 2. Klinik Takip Bilgileri II

		Sıklık	Yüzde			Sıklık	Yüzde
Hastalıkla ilgili kısa ve uzun dönem birinci endişe sebebi	Sık hastaneye yatmak	26	5,2	Üçüncü endişe sebebi	Sık hastaneye yatmak	336	67,7
	Ölüm korkusu	66	13,3		Ölüm korkusu	49	9,9
	Başkasına muhtaç kalmak	335	67,5		Başkasına muhtaç kalmak	35	7,1
	Aileye karşı sorumlulukları yerine getirememek	69	13,9		Aileye karşı sorumlulukları yerine getirememek	76	15,3
İkinci endişe sebebi	Sık hastaneye yatmak	38	7,7	Dördüncü endişe sebebi	Sık hastaneye yatmak	96	19,4
	Ölüm korkusu	31	6,3		Ölüm korkusu	350	70,6
	Başkasına muhtaç kalmak	116	23,4		Başkasına muhtaç kalmak	10	2,0
	Aileye karşı sorumlulukları yerine getirememek	311	62,7		Aileye karşı sorumlulukları yerine getirememek	40	8,1

Tablo 3. Hastaların Tedavi Uyumu ve Farkındalık Bilgileri I

		Sıklık	Yüzde			Sıklık	Yüzde	
Son bir yıl içinde KY ile ilgili kullandığınız ilaçların bir kan değerinizde yükselmeye neden olduğu doktorunuz tarafından söylendi mi?	Hayır	76	15,4	Neden farklı doktorlara gitme gereği duyduunuz?	Yeterli bilgi alamadığım için	59	49,2	
	Evet	348	70,4		Yeterli zaman ayrılmadığı için	43	35,8	
	Hatırlamıyorum	70	14,2		Doktor güven vermediği için	43	35,8	
Son bir yıl içinde KY ile ilgili kullandığınız ilaçlarda bu kan değeriniz nedeniyle doz azaltılması ya da kesilmesi durumu oldu mu?	Hayır	128	26,0	Farklı bir görüş almak için	Farklı bir görüş almak için	62	51,7	
	Evet	295	59,8		Tavsiye üzerine	35	29,2	
	Hatırlamıyorum	70	14,2		Diğer	7	5,8	
Son bir yıl içinde KY ile ilgili kullandığınız ilaçlara ilave olarak potasyum düşürücü bir ilaç kullanmak durumunda kaldınız mı?	Hayır	427	87,7	KY hastalığınızla ilgili düzenli takip ediliyor musunuz?	Düzenli değil	5	1,0	
	Evet	55	11,3		Aynı doktor	319	64,7	
	Hatırlamıyorum	5	1,0		Farklı doktor	110	22,3	
Sizce aşağıdaki hastalıklardan hangisi en kötü hastalıktır?	Kalp krizi	123	24,8	Hastalığınıza dair bilgileri nereden edindiniz?	Farklı hastane	59	12,0	
	Felç	186	37,6		Sağlık mensubu	339	68,5	
	Kanser	116	23,4		Doktor	486	98,2	
	Kalp yetersizliği	54	10,9		Hemşire	5	1,0	
	KOAH	16	3,2		Eczacı	1	0,2	
Sizce KY tedavisi ile tamamen düzeltilebilir bir durum mudur?	Hayır	214	43,3	İnternet ve sosyal medya	İnternet ve sosyal medya	53	10,7	
	Evet	126	25,5		TV ve gazete vb. medya organı	14	2,8	
	Bilmiyorum	151	30,6		Eş, dost, komşu	8	1,6	
KY olduğunuzu öğrendikten sonra ne yaptınız?	Doktorumun önerdiği tedaviyi uyguladım	460	93,5	Diğer	Diğer	0	0	
	Başka bir doktora daha gittim	119	24,2		KY'yi hiç duymuş muydunuz?	Hayır	187	38,2
	Tanıdıklara, eşe dosta danıştım	10	2,0			Evet	300	61,2
	İnternette araştırırdım	11	2,2					

KY: Kalp yetersizliği, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, TV: Televizyon.

KY olguları, yaşadıkları endişelere yönelik sorulan sorularda en çok kaygılandıkları durumun bakıma gereksinim duymaları, kendi öz bakımlarını başka bir kişinin desteği olmadan sağlayamama endişesi (%67,5) olduğunu bildirdi. Kaygı açısından sıralamaya bakıldığında ikinci sırayı, ailesine karşı olan sorumlulukları yerine getirememeye kaygısı (%62,7) alıyordu. Sık hastane yatışları ve ölüm kavramının uyandırdığı kaygı ise öz bakım için başka birinin yardımına ihtiyaç duyma endişesinin gerisinde kalıyordu (Tablo 2). Seçenekler arasında miyokart enfarktüsü, serebrovasküler olay, kanser, KY ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının olduğu "En

kötü hastalık sizce hangisidir?" sorusuna hastaların çoğunluğu (%37,6) serebrovasküler olay derken, sadece %10,9'u KY'nin en kötü hastalık olduğunu ifade etti. Hastaların %43,3'ü KY'nin düzeltilebilir bir hastalık olmadığını düşünüyordu.

Tedaviye uyum ile ilgili sorulan sorularda hastaların %98,8'i KY ilaçlarını düzenli kullandığını belirtti. Olguların sorulara verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde büyük bir kısmının ilaçları zamanında ve düzenli kullandığı (%98,8) görüldü. Ayrıca ilaçları kendi kendine yardım almadan hazırlayıp kullanan hasta oranı da yüksekti (%89,3). İlaç kullanımı dışında tedaviye uyumu ve farkındalığı etkileyen

faktörlere ilişkin sorularda hastaların bilgi düzeyi nispeten daha zayıftı. Hastaların %76,9'u KY ilaçlarının kan basıncı üzerine olan etkisini bilmiyordu, %73,1'i ise kan basıncını düzenli ölçmüyordu. Hastaların %73,3'ü diyetle aldığı tuz miktarına dikkat ettiğini belirtmekle birlikte %33,5'i tamamen tuzsuz yemek yediğini bildirdi. Hastaların diyet önerilerini çoğunlukla kendi kardiyoloji hekiminden aldığı (%95,4), diyet önerisi için bir diyetisyen ile görüşen hasta oranının ise %3,4 olduğu görüldü. Kilosunu takip eden hasta oranı %35,5 iken, evde tartısı olan hasta oranı %38,3 idi. KY ilaçlarının böbrek fonksiyonlarını olumsuz etkilediğini bilen hasta oranı %30,1 iken, hastaların %67,5'i takiplerde bakılan laboratuvar testleri ile böbrek fonksiyonlarının kontrol edildiğini bilmiyordu. Hastaların tedaviye uyumları ve farkındalıkları ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar Tablo 3, 4 ve 5'te sunuldu.

Hasta yakınları ile ilgili sorulan sorularda; yakınlarının KY ile ilgili bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşünen hasta oranı %79,2 idi. Ayrıca hastaların %83,8'i yakınlarının takip ve tedavi sürecine katıldığını, %81'i ise yakınlarının acil durumlarda nasıl davranmaları gerektiğini bildiğini ifade etti (Tablo 5). Hastalar bilgi düzey skoruna göre iki grup olarak incelendiğinde Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, bilgi skoru düşük ve yüksek gruplar arasında farklılık göstermiyordu ($P > 0,005$). Bilgi düzey skoruna göre belirlenen gruplar arasında semptomlar, endişeler açısından belirgin farklılık yoktu (hepsi için; $P > 0,005$). Medikal öyküsünde miyokart enfarktüsü olan olguların bilgi düzey skorunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($P = 0,002$).

Tartışma

Çalışmada KY hastalarına, hastalıkları hakkında sorular sorularak hastaların KY bilgi düzeyinin ve hastalık ile ilgili farkındalıklarının ortaya konulması amaçlandı. Sonuçlara bakıldığında; hastaların yaklaşık %40'ının KY tanısını daha önce duymadığı, hastaların büyük bir kısmının KY ilaçlarını düzenli şekilde kullandığı (%98,8) ama ilaçların etkilerini yeterince bilmediği görüldü. Hastalar, kendilerinin bakım ve takip sürecine çoğunlukla hasta yakınlarının dâhil olduğunu belirtmelerine rağmen yine de en çok başka birinin yardımına ihtiyaç duyacak hale gelmekten kaygı duyduklarını ifade etti. Ayrıca hastaların sadece üçte birinin kilo takibi yaptığı, her dört hastadan birinin kan basıncını düzenli ölçtüğü ve diyet programı için diyetisyenden destek alan hasta oranının ise %5'ten az olduğu görüldü.

KY kronik, ilerleyici ve klinik takip gerektiren bir hastalık olması nedeniyle hastaların KY'ye ait belirti ve bulguları bilmeleri KY yönetiminde önemli rol oynamaktadır.⁵ Özellikle konjesyon ve ödem KY'de ana belirti ve bulgulardan kabul edilir. Hastalara ve bakım veren kişilere KY'de kötüleşmeyi gösteren belirti ve bulguların anlatılması hasta takibinde önemli yer tutmaktadır. Bu önerilerin kişiselleştirilmiş olarak sağlanması gerekse de genel olarak nefes darlığında artış, ödem, hipotansiyon ve ani beklenmedik kilo artışı (3 gün içinde 2 kg'dan fazla artış) KY'de kötüleşme için uyarıcı niteliktedir.⁵⁻⁸

Tablo 4. Hastaların Tedavi Uyumu ve Farkındalık Bilgileri II

		Sıklık	Yüzde			Sıklık	Yüzde
KY ilaçlarınızı düzenli olarak kullanır mısınız?	Hayır	6	1,2	Doktorunuzun bilgisi dışında ilaçlarınızı bıraktığınız veya değiştirdiğiniz oldu mu?	Hayır	476	96,4
	Evet	489	98,8		Evet	18	3,6
KY ilaçlarınızın kullanımı nasıldır?	Kendim alırım	443	89,3	Doktorunuzun bilgisi dışında başkalarının tavsiyesi ile ilaçlarınızı bıraktığınız veya değiştirdiğiniz oldu mu?	Hayır	488	98,4
	Çocuklarım verir	43	8,7		Evet	8	1,6
Kullanacağınız ilaçlarınızı ne zaman hazırlarsınız?	Gün içinde kullanacağım ilaçları önceden hazırlarım	63	12,7	Almakta olduğunuz ilaçların prospektüslerini (ilaç kutusundaki kullanma talimatı) okur musunuz?	Okumam	158	32,0
	Önceden hazırlamam zamanı gelince alırım	433	87,3		Genellikle okurum	282	57,1
KY ilaçlarınızı kendinizi iyi hissettiğiniz zamanlarda almadığınız olur mu?	Hayır	394	79,6	İlaçlarınızı ne zaman yazdırırsınız?	İlaca bağlı şikayette okurum	51	10,3
	Evet	101	20,4		İlacım bitmeye yakın (henüz tükenmeden) yazdırırım	491	99,0
KY ilaçlarınızı düzenli olarak kullanır mısınız?	Hayır	6	1,2	KY ilaçları tansiyonu nasıl etkiler biliyor musunuz?	Tek ilacım bittiğinde diğer bir ikisinin daha bitmesini bekler sonra topluca yazdırırım	5	1,0
	Evet	489	98,8		Bilmiyorum	379	76,9
					Düşürülebilir	96	19,5
					Etkiler	5	1,0
					Etkilemez	13	2,6

Tablo 5. Hastaların Tedavi Uyumu ve Farkındalık Bilgileri III

		Sıklık	Yüzde			Sıklık	Yüzde
Tansiyonun düzenli olarak ölçülmesi	Hayır	361	73,1	Günlük en fazla alınabilecek tuz miktarı hakkındaki düşüncesi	Bir silme kaşık	211	42,5
	Evet	133	26,9		Bir yemek kaşığı	15	3,0
Evde tartı bulunması	Hayır	305	61,7		Tuzsuz tüketim	166	33,5
	Evet	189	38,3		Normal tuzdaki yemeğe ek tuz atmamak	104	21,0
Kilonun haftalık olarak takip edilmesi	Hayır	317	64,3	KY ilaçlarının böbrek fonksiyonlarına etkisini bilmesi	Bilmiyorum	339	68,5
	Evet	175	35,5		Olumsuz	149	30,1
Egzersiz/yürüyüş yapılması	Hayır	240	48,4	Kontrollerde doktorunun böbrek fonksiyonları için kan incelemesi yaptığını biliyor olması	Olumlu	6	1,2
	Evet	134	27,0		Hayır	333	67,5
	Bazen	118	23,8		Evet	160	32,5
KY ile ilgili diyet önerisi alması	Hayır	83	16,9	KY takip ve tedavi süreçlerine yakınlarının (eş, ebeveyn, çocuklar ve diğer) katılımı	Hayır	27	5,5
	Evet	408	83,1		Evet	415	83,8
Diyet önerisini aldığı kişi	Doktor	397	95,4	Hasta yakınlarının hastalığa dair yeterli bilgiye sahip oldukları ile ilgili düşüncesi	Kısmen	53	10,7
	Diyetisyen	14	3,4		Hayır	19	3,8
	Diğer	1	0,2		Evet	399	79,2
KY ile ilgili önerilen diyet uyumu	Hayır	40	9,1	Hasta ile ilgili acil bir durumda yakınlarının ne yapılması gerektiğini bilmesi	Kısmen	77	15,3
	Evet	302	68,9		Hayır	20	4,0
	Kısmen	94	21,5		Evet	401	81,0
Diyette tuza dikkat etme durumu	Hayır	39	7,9	Hastalığı için doktora/hastaneye giderken hastaya eşlik eden birinin varlığı	Kısmen	74	14,9
	Evet	362	73,3		Tek başına giden	2	0,4
	Kısmen	91	18,4		Evdeki yakınları (eş, çocuk vb.) ile giden	79	16,0
					Başkası ile giden	414	83,6

Kilo takibi; hastalar ve bakım verenler için hastanın konjesyon ve ödem durumundaki kötüleşmeyi göstermesi açısından önemli bir uyarıcıdır. Kilo takibinin günlük düzenli olarak, aynı koşullarda (örn. sabah ilk idrarını yaptıktan sonra, hafif giysilerle), aynı tartıyı kullanarak yapılması önerilmektedir.^{4,6,7} Bizim çalışmamızda her üç hastanın sadece biri kilosunu takip ediyor veya kilo artışı olması halinde hastaneye gitme gereği duyuyordu. Hastaların büyük bir çoğunluğunun (%61,7) evde tartısı yoktu. Klinik pratikte uzaktan hasta takip (remote patient monitoring) sistemlerinin özellikle telemonitoring kısmı için kullanılan parametrelerden biri kilo takibidir.⁹⁻¹² Kilo takibi KY'de kötüleşmenin habercisi olduğu gibi, diüretik dozlarının düzenlenmesi gerektiğinin de bir göstergesidir. Bu nedenle hastaların ve bakım verenlerin bu konudaki farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini artırmak hasta yönetiminde olumlu etki sağlayacaktır.

KY hastaları için non-farmakolojik önlemler arasında yer alan bir diğer konu ise diyet ile sodyum alımının düzenlenmesidir.¹³⁻¹⁷ Bu çalışmadaki tuz tüketimi ve kısıtlaması ile ilgili anket sorularına verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, hastaların yaklaşık yarısının, en fazla tüketilebilecek tuz miktarını "bir silme kaşık" olarak ifade ettiği, yaklaşık %75'inin tuz kullanımına dikkat ettiği ve %33,5'inin ise tuzsuz yemek yediği görülmektedir. Hastaların kilo takibine nazaran tuz kullanımı ile ilgili bilgilerinin daha iyi olduğu söylenebilir. Ancak diyet ile ilgili önerilerde diyetisyen desteğinin artırılması bu konudaki yanlış uygulamaların önüne geçecektir.

Hastaların KY ilaçlarını kullanımları ile ilgili sorulara verdikleri cevaplardan hastaların ilaç kullanımlarının çoğunlukla düzenli olduğu (%98,8), ilaçlarını zamanında ve doktorlarının tavsiyesine uygun olarak (%98,4) kullandıkları görüldü ancak hastaların ilaçların kan basıncı ve böbrek fonksiyonları üzerine olan etkileri ile ilgili bilgileri yeterli değildi. Kan basıncını düzenli ölçen hasta oranı %26,7 iken, hastaların %68,5'i ilaçların böbrek fonksiyonları üzerine etkisi olup olmadığını bilmiyordu. KY yönetiminde hasta veya bakım verenlerin ilaçların etkilerini bilmiyor olması takip, tedavi ve ilaç dozu düzenlemesi gibi durumlar için bariyer oluşturabilir. Avrupa Kardiyoloji Derneği KY Yönetimi Kılavuzunda ilaç dozları, ilaç etkileri, ilaçların yararları ve yan etkileri hakkında hastalara bilgi verilmesi önerilmektedir.⁸ İlaçların kalp dışı organlar üzerine olan yan etkileri hakkında bilgilendirme ile ilgili özellikli bir öneri olmamakla birlikte bu konuda hasta düzeyinde bilgi verilmesi hastanın tedaviye olan uyumunu ve takip sürecini olumlu etkileyebilir.

KY, gelişmiş ülkelerin ulusal sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü oluşturan ve özellikle yaşlı popülasyonda tüm nedenli ve tekrarlayan hastane yatışlarının önde gelen nedenlerinden biridir.¹⁸⁻²³ Bu çalışmadaki olgularda son bir yıl içinde KY nedeniyle hastaneye yatış oranı %45,8 idi. Bununla birlikte hastaların %76'sı "Yeni veya artan şikâyetiniz olduğunda ne yaparsınız?" sorusuna mutlaka doktoruma gider ve danışırım yanıtını vermişti. KY ile ilgili endişeleri irdeleyen sorularda "sık hastaneye yatışların oluşturduğu kaygı" verilen cevaplar arasında en çok kaygı oluşturan ilk üç durum arasında yer almaktaydı. Sık

hastane yatışları sağlık sistemini olumsuz etkilediği gibi aslında hastalar açısından da kaygı durumunun artışına sebep olan bir faktör olarak ön plana çıkmaktadır.

Bununla birlikte KY olgularında semptomların kötüleşmesinin ve tekrarlayan hastane yatışlarının ölüm kaygısına neden olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde KY hastalarında ölüm kaygısını araştıran bir çalışmada hastaların %55'i ölüm kavramından endişe duyduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan hastaların Thorson-Powel Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldığı puan değerlendirildiğinde ise ölüm kaygısını orta düzeyde yaşadıkları ortaya çıkmaktadır.²⁴ Bizim çalışmamızdaki hastalarda ölüm kaygısı dördüncü sırada yer alıyordu. Ölüm kaygısını ilk iki kaygı sebepleri arasına alan hasta oranı yaklaşık %20 idi. Literatürde yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma hayatı ve sosyoekonomik faktörlerin ölüm kaygısı üzerine olan etkilerini araştıran birçok çalışma mevcuttur.²⁴⁻²⁶ Bizim çalışmamızda bu konular detaylandırılmamakla birlikte, hastaların ölüm kaygısının diğer endişelerine göre daha geride kaldığı görülmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın en önemli özelliği Türkiye'deki KY hastalarının hastalığa bakış açısını, hastalık ile ilgili algı düzeylerini, tutum ve davranışlarını hasta perspektifinden ortaya koymuş olmasıdır. Ancak yine de çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı anket ile yapılan bir çalışma olduğundan kriterler subjektif olarak değerlendirilebilirdi. Anket formlarındaki bazı sorular hastaların açık uçlu cevap vermelerine engel olmuş olabilir. İkinci en önemli kısıtlılık ise; hasta yakınları ve bakım verenlere anket uygulanmadığı için, bu kişilerin hastalığa bakış açısı ve hastalık ile ilgili bilgileri sadece hastadan alınan cevaplarla değerlendirilebilirdi. Bununla birlikte; bulgularımız ve elde edilen sonuçlar KY hastalarının hastalıkları ile ilgili algı, bilgi ve adaptasyon sürecini büyük ölçüde ortaya koymaktadır.

Sonuç

KY toplumda yaygın bir hastalık olmasına rağmen KY tanılı hastaların yaklaşık %40'ünün bu hastalığı daha önce duymadığını belirtmesi hala ülkemizde KY farkındalığının yeterince artmadığını düşündürmektedir. "KY tanısı" hastaları kanser, serebrovasküler olay ya da miyokart enfarktüsü tanısı kadar çok tedirgin etmemektedir. Her dört hastanın biri ise KY'nin düzelebilen bir hastalık olduğunu düşünmektedir. Genel olarak ilaç uyumunun yüksek olduğu görülmekle birlikte kilo takibi, kan basıncı takibi, tuz kısıtlaması, ilaçların kan basıncı ve böbrek fonksiyonları üzerine etkisi ile ilgili bilgi ve farkındalıklarda hala eksiklikler mevcuttur. Özellikle bu konularda hastaların bilgi düzeylerini artırmak, KY yönetiminde hastaların algı ve tedavi adaptasyonunu sağlamada olumlu etkiler sunacaktır.

Etik Kurul Onayı: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Karar no: 36, Tarih: 17.12.2020).

Hasta Onamı: Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar katkıları: Konsept - Y.Ç., M.B.Y., Ö.Y., N.Ü., A.Ç., M.K., B.K., S.N., Z.Y., H.A., S.M.; Tasarım - Y.Ç., M.B.Y.; Denetleme - Y.Ç., S.M.; Malzemeler - Y.Ç., M.B.Y., Ö.Y., N.Ü., A.Ç., M.K., B.K., S.N., Z.Y., H.A.,

S.M.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- Y.Ç., M.B.Y., Ö.Y., N.Ü., A.Ç., M.K., B.K., S.N., Z.Y., H.A., S.M.; Literatür Taraması - Y.Ç., S.M.; Yazıyı Yazan - Y.Ç., S.M.; Eleştirel İnceleme - Y.Ç., S.M.

Finansal destek: Bu çalışma Astra Zeneca tarafından desteklenmiştir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Teşekkür: Çalışmaya koşulsuz destek sağlayan Astra-Zeneca İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti firmasına teşekkür ederiz. Bu çalışmanın organizasyon ve istatistiksel analizlerindeki katkıları nedeniyle KlinAR firmasına teşekkürlerimizi sunarız.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was obtained from Clinical Research Ethics Committee of Eskişehir Osmangazi University (Approval Number: 36, Date: 17.12.2020).

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the patients who agreed to participate in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - Y.Ç., M.B.Y., Ö.Y., N.Ü., A.Ç., M.K., B.K., S.N., Z.Y., H.A., S.M.; Design - Y.Ç., M.B.Y.; Supervision - Y.Ç., S.M.; Materials - Y.Ç., M.B.Y., Ö.Y., N.Ü., A.Ç., M.K., B.K., S.N., Z.Y., H.A., S.M.; Data Collection and/or Processing - Y.Ç., M.B.Y., Ö.Y., N.Ü., A.Ç., M.K., B.K., S.N., Z.Y., H.A., S.M.; Literature Review - Y.Ç., S.M.; Writing - Y.Ç., S.M.; Critical Review - Y.Ç., S.M.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Funding: This study was supported by Astra-Zeneca.

Acknowledgement: We thank Astra-Zeneca Industry and Trade Ltd. Co. for their unconditional support. We would like to express our gratitude to KlinAR for their contribution to the organisation and statistical analysis of this study.

Kaynaklar

- Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res*. 2023;118(17):3272-3287. Erratum in: *Cardiovasc Res*. 2023;119(6):1453. [CrossRef]
- Değertekin M, Erol C, Ergene O, et al. Heart failure prevalence and predictors in Turkey: HAPPY study. *Turk Kardiyol Dern Ars*. 2012;40(4):298-308. Turkish. [CrossRef]
- Çavuşoğlu Y, Altay H, Aras D, et al. Cost-of-disease of Heart Failure in Turkey: A Delphi Panel-based Analysis of Direct and Indirect Costs. *Balkan Med J*. 2022;39(4):282-289. [CrossRef]
- Seah AC, Tan KK, Huang Gan JC, Wang W. Experiences of Patients Living With Heart Failure: A Descriptive Qualitative Study. *J Transcult Nurs*. 2016;27(4):392-399. [CrossRef]
- Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2021;23(1):157-174. [CrossRef]
- VaderJM, LaRue SJ, Stevens SR, et al. Timing and Causes of Readmission After Acute Heart Failure Hospitalization-Insights From the Heart Failure Network Trials. *J Card Fail*. 2016;22(11):875-883. [CrossRef]
- Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;145(18):e895-e1032. Erratum in: *Circulation*. 2022;145(18):e1033. Erratum in: *Circulation*. 2022;146(13):e185. Erratum in: *Circulation*. 2023;147(14):e674.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599-3726. Erratum in: *Eur Heart J*. 2021.

9. Mohan RC, Heywood JT, Small RS. Remote Monitoring in Heart Failure: the Current State. *Curr Treat Options Cardiovasc Med.* 2017;19(3):22. [CrossRef]
10. Chaudhry SI, Mattera JA, Curtis JP, et al. Telemonitoring in patients with heart failure. *N Engl J Med.* 2010;363(24):2301-2309. Erratum in: *N Engl J Med.* 2011;364(5):490. Erratum in: *N Engl J Med.* 2013;369(19):1869. [CrossRef]
11. Koehler F, Winkler S, Schieber M, et al.; Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Investigators. Impact of remote telemedical management on mortality and hospitalizations in ambulatory patients with chronic heart failure: the telemedical interventional monitoring in heart failure study. *Circulation.* 2011;123(17):1873-1880. [CrossRef]
12. Ong MK, Romano PS, Edgington S, et al.; Better Effectiveness After Transition-Heart Failure (BEAT-HF) Research Group. Effectiveness of Remote Patient Monitoring After Discharge of Hospitalized Patients With Heart Failure: The Better Effectiveness After Transition -- Heart Failure (BEAT-HF) Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016;176(3):310-318. Erratum in: *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):568. Erratum in: *JAMA Intern Med.* 2016;176(6):871. [CrossRef]
13. Philipson H, Ekman I, Forslund HB, Swedberg K, Schaufelberger M. Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2013;15(11):1304-1310. [CrossRef]
14. Doukky R, Avery E, Mangla A, et al. Impact of Dietary Sodium Restriction on Heart Failure Outcomes. *JACC Heart Fail.* 2016;4(1):24-35. [CrossRef]
15. Aliti GB, Rabelo ER, Clausell N, Rohde LE, Biolo A, Beck-da-Silva L. Aggressive fluid and sodium restriction in acute decompensated heart failure: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2013;173(12):1058-1064. [CrossRef]
16. Machado d'Almeida KS, Rabelo-Silva ER, Souza GC, et al. Aggressive fluid and sodium restriction in decompensated heart failure with preserved ejection fraction: Results from a randomized clinical trial. *Nutrition.* 2018;54:111-117. [CrossRef]
17. Ezekowitz JA, Colin-Ramirez E, Ross H, et al.; SODIUM-HF Investigators. Reduction of dietary sodium to less than 100 mmol in heart failure (SODIUM-HF): an international, open-label, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2022;399(10333):1391-1400. Erratum in: *Lancet.* 2022;400(10359):1194. [CrossRef]
18. Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T, Glasgow NJ. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:77. [CrossRef]
19. Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, et al.; EuroHeart Survey Investigators; Heart Failure Association, European Society of Cardiology. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. *Eur Heart J.* 2006;27(22):2725-2736. [CrossRef]
20. Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, et al.; Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC). 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.* 2016;18(6):613-625. Erratum in: *Eur J Heart Fail.* 2017;19(3):438. [CrossRef]
21. Lawson CA, Zaccardi F, Squire I, et al. 20-year trends in cause-specific heart failure outcomes by sex, socioeconomic status, and place of diagnosis: a population-based study. *Lancet Public Health.* 2019;4(8):e406-e420. [CrossRef]
22. Savarese G, Lund LH. Global Public Health Burden of Heart Failure. *Card Fail Rev.* 2017;3(1):7-11. [CrossRef]
23. Al-Mohammad A, Mant J, Laramie P, Swain S; Chronic Heart Failure Guideline Development Group. Diagnosis and management of adults with chronic heart failure: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2010;341:c4130. Erratum in: *BMJ.* 2018;362:k4080. [CrossRef]
24. Bayrak B, Oğuz S, Karabulut Z, Çelik S, Kodak C. Determination of Death Anxiety in Heart Failure Patients. *Türk J Cardiovasc Nurs.* 2019;10(23):97-104. Turkish.
25. Şahan E, Eroğlu MZ, Karataş MB, Mutluer B, Uğurpala C, Berkol TD. Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *Egypt Heart J.* 2018;70(3):143-147. [CrossRef]
26. French C, Greenauer N, Mello C. A Multifactorial Approach to Predicting Death Anxiety: Assessing the Role of Religiosity, Susceptibility to Mortality Cues, and Individual Differences. *J Soc Work End Life Palliat Care.* 2017;13(2-3):151-172. [CrossRef]

Supplemental Tablo 1. Hastaları Tanımlayan Genel Bilgiler

Değişkenler		n (%)
Cinsiyet	Erkek	360 (%71,4)
	Kadın	144 (%28,6)
Medeni durum	Evli	352 (%71,3)
Eğitim durumu	Okuryazar değil	33 (%6,7)
	İlkokul mezunu veya öncesi	273 (%55,4)
	Ortaokul-lise mezunu	136 (%27,6)
	Üniversite mezunu	51 (%10,3)
Evde kimlerle yaşadığı	Yalnız	46 (%9,3)
	Eşi ve çocukları ile	303 (%61,6)
	Yetişkin çocukları ile	129 (%26,2)
	Bakıcı ile	14 (%2,8)
Sigara kullanma durumu	Hayır	174 (%35,4)
	Evet	43 (%8,7)
	Bırakmış	270 (%54,9)
Kalp yetersizliği etiyojisi	İskemik	294 (%58,4)
	Dilate kardiyomiyopati	77 (%15,3)
	Kapak hastalığı	83 (%16,5)
	Diğer	85 (%16,9)
Kalp yetersizliği sınıflaması	DEF-KY	%66
	HEF-KY	%19
	KEF-KY	%15
NYHA sınıfı	NYHA I	84 (%16,8)
	NYHA II	233 (%46,5)
	NYHA III	150 (%29,9)
	NYHA IV	34 (%6,8)
Komorbiditeler	Hipertansiyon	299 (%59,4)
	Diabetes mellitus	199 (%39,6)
	Koroner arter hastalığı	259 (%51,5)
	Miyokart enfarktüsü öyküsü	181 (%36)
	Hiperlipidemi	145 (%28,8)
	Kronik böbrek hastalığı	82 (%16,3)
Atriyal fibrilasyon	136 (%27)	
Kullandığı ilaçlar	ADEi/ARB	314 (%62,4)
	Beta-bloker	437 (%86,9)
	MRA	302 (%60)
	ARNİ	63 (%12,5)
	Diüretik	364 (%72,4)

ADEi: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü, ARB: Anjiyotensin reseptör blokleri, ARNi: Anjiyotensin reseptör-nepirilisin inhibitörü, DEF-KY: Düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği, HEF-KY: Hafif azalmış ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği, KEF-KY: Korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetersizliği, MRA: Mineralokortikoid reseptör antagonisti, NYHA: New York Kalp Cemiyeti fonksiyonel sınıflaması.

Supplemental Tablo 2. Hastaların Semptomları ile İlgili Bilgiler

		Sıklık	Yüzde		Sıklık	Yüzde	
Kontrolde gittiğinde şikâyetlerini doktoru sormasa da söyleyen hasta oranları	Hayır	10	2,0	Ayaklarda, ayak bileğinde veya bacaklarda şişlik	Olmuyor	189	38,3
	Evet	486	98,0		Biraz	242	49,1
Yeni veya artan şikâyeti olması halindeki davranışı	Mutlaka doktora gider danışırım	377	76,0		Çok fazla	61	12,4
	Şikâyetim çoksa doktora giderim	39	7,9	Ayakkabınızı bağlarken nefes darlığı hissi (bendopne)	Hayır	138	27,9
	Genelde bir süre beklerim geçmezse doktora giderim	78	15,7		Evet	357	72,1
	Genelde doktora gitmeye imkânım olmuyor	2	0,4	Son bir yıl içinde KY sebebiyle hastaneye yatış sayısı	0	183	36,9
			1		227	45,8	
Ev dışında rahat gezebilme, hafif eşya taşıyabilme	Hayır	220	44,6		≥ 2	85	17,1
	Ara sıra dinlenerek	136	27,6				
	Evet	133	27,0	Son bir yıl içinde KY sebebiyle yoğun bakıma yatış sayısı	0	305	61,6
Gece nefes darlığı ile uyanma	Hayır	209	42,2		1	144	29,1
	Evet	286	57,8	≥ 2	46	9,3	
Gece yatarken kullandığı yastık sayısı	1	225	45,5	Son bir yıl içinde KY sebebiyle acil servis başvurusu	0	200	40,5
	2	239	48,4		1	85	17,2
	≥ 3	30	6,1		≥ 2	201	40,7

KY: Kalp yetersizliği.