



**T.C.
FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARA
VERİLEN KARDİYAK REHABİLİTASYON
FAZ 1 VE FAZ 2 EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Ahmet BİNİCİ
222501010**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay GENÇ**

İstanbul, 2025



**T.C.
FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARA
VERİLEN KARDİYAK REHABİLİTASYON
FAZ 1 VE FAZ 2 EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Ahmet BİNİCİ
222501010**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay GENÇ**

**Jüri Üyeleri
Dr. Öğretim Üyesi Kadriye Nilay GENÇ
Dr. Öğretim Üyesi Merve Kıymaç SARI
Dr. Öğretim Üyesi Zehra AYDIN**

İstanbul, 2025

AHMET BİNİCİ	AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARA VERİLEN KARDİYAK REHABİLİTASYON FAZ 1 VE FAZ 2 EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Yüksek Lisans Tezi	2025



**FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KABUL VE ONAY**

Ahmet BİNİCİ tarafından hazırlanan “Akut Koroner Sendromlu Hastalara Verilen Kardiyak Rehabilitasyon Faz 1 Ve Faz 2 Eğitiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, 04.09.2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay GENÇ (Tez Danışmanı)

xxxxxx XXXXXXXXXXXX (Üye)

xxxxxx XXXXXXXXXXXX (Üye)



**FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI**

Bu araştırmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, çalışmanın kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay GENÇ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Fenerbahçe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Dönem Projesi ve Tez Yazım ve Basım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

Ahmet BİNİCİ

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim sürecinde ve tez çalışmamın her aşamasında katkılarıyla her zaman rehberlik eden, ilgi ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışıyla yönlendiren, teşvik ve özveride bulunan danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay GENÇ'e,

Beni her zaman destekleyen Koroner Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi Hayri YILMAZ ve değerli ekip arkadaşlarıma,

Bu zorlu yolculukta her zaman yanımda olan, ilgi ve desteğini esirgemeyen Acıbadem Ataşehir Hastanesi Eğitim ve Gelişim hemşiresi Pınar ÇETİN'e,

Diyabet Eğitim Hemşiresi Gülin ÇEVİK'e,

Kardiyak Rehabilitasyon Hemşiresi Deniz ALTINKÖK'e,

Acıbadem Ataşehir Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Havva ARSLAN ÜZ'e, Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı Songül GÜRAL'a,

Bilgi ve deneyimleri ile bana destek olan Acıbadem Ataşehir Hastanesi Kardiyoloji Hekimi Alper KARAKUŞ ve Refik ERDİM'e,

Kıymetli vakitlerini ayırıp, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden çok değerli Hastalarım,

Beni bu günlere getiren, yetiştiren ve gururla yanımda olan Canım Annem ve Canım Babama,

Sevgi ve destekleriyle bana güç veren Ablalarım Gizem ve Gamze'ye,

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunuyorum...

ÖZET

Tezin Başlığı: Akut Koroner Sendromlu Hastalara Verilen Kardiyak Rehabilitasyon Faz 1 ve Faz 2 Eğitiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: Ahmet BİNİCİ

Danışmanın Unvanı Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay GENÇ

Program: İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Bu araştırma, Akut Koroner Sendrom tanısı almış hastalara, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanıp uzman görüşüne sunulan Faz 1 ve Faz 2 Kardiyak Rehabilitasyon eğitimlerinin uygulanmasının, yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Kardiyak rehabilitasyonun erken dönemde başlatılması, komplikasyonların önlenmesi, fiziksel kapasitenin geliştirilmesi ve psikososyal iyilik halinin desteklenmesinde önemli bir basamak oluşturmaktadır. Araştırma yöntemi olarak prospektif yarı deneysel tasarım kullanılmıştır. Çalışma, 17.12.2024 – 17.04.2025 tarihleri arasında İstanbul'daki bir özel hastanenin koroner yoğun bakım ünitesinde yürütülmüştür. Güç analizi ile belirlenen 55 akut koroner sendrom tanılı hasta araştırmaya dâhil edilmiştir. Veriler, Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu ve Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Hastalara taburculuk öncesinde Faz 1 ve Faz 2 Kardiyak Rehabilitasyon eğitimi verilmiş, yaşam kalitesi ölçümleri taburculuk öncesinde ve taburculuktan iki hafta sonra tekrar uygulanmıştır. MILQ toplam puanı, ön testte $147,036 \pm 19,807$, son testte ise $200,873 \pm 13,935$ olarak bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı ($t = -21,334$, $p < 0,001$) tespit edilmiştir. Bulgular, kardiyak rehabilitasyon eğitiminin hastaların yaşam kalitesini anlamlı düzeyde artırdığını ortaya koymuştur. Eğitim sonrası yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış gözlenmiş; özellikle ruhsal sağlık, fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve bilişsel fonksiyonlar gibi alt boyutlarda belirgin iyileşmeler saptanmıştır ($p < 0,001$). Sonuç olarak, kardiyak rehabilitasyon eğitimi akut koroner sendrom hastalarının yalnızca fonksiyonel kapasite ve psikososyal iyilik halini değil, aynı zamanda yaşam kalitelerini de sürdürülebilir biçimde geliştiren etkili bir hemşirelik müdahalesidir.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, eğitim, kardiyak rehabilitasyon, koroner arter hastalığı, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Title of Thesis: Evaluation of the Effect of Phase 1 and Phase 2 Cardiac Rehabilitation Education on the Quality of Life of Patients Diagnosed With Acute Coronary Syndrome

Student Name, Surname: Ahmet BİNİCİ

Supervisor Title, Name, Surname: Asst. Prof. Kadriye Nilay GENÇ

Program: Master of Science in Internal Medicine Nursing (Thesis)

This study was conducted to evaluate the effects of Phase 1 and Phase 2 Cardiac Rehabilitation education, developed by the researcher based on the literature and reviewed by experts, on the quality of life of patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome. Early initiation of cardiac rehabilitation constitutes a critical step in preventing complications, improving physical capacity, and supporting psychosocial well-being. A prospective quasi-experimental design was employed. The study was carried out between December 17, 2024, and April 17, 2025, in the coronary intensive care unit of a private hospital in Istanbul. A total of 55 patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome, determined through power analysis, were included in the study. Data were collected using the Descriptive Characteristics Information Form and the Multidimensional Index of Life Quality. Patients received Phase 1 and Phase 2 Cardiac Rehabilitation education before discharge, and quality of life assessments were conducted both before discharge and two weeks after discharge. The Multidimensional Index of Life Quality total score was found to be 147.036 ± 19.807 in the pre-test and 200.873 ± 13.935 in the post-test, with the difference being statistically significant ($t = -21.334$, $p < 0.001$). The findings revealed that cardiac rehabilitation education significantly improved patients' quality of life. Statistically significant improvements were observed in post-intervention quality of life scores, particularly in subdimensions such as mental health, physical health, social relationships, and cognitive functions ($p < 0.001$). In conclusion, cardiac rehabilitation education is an effective nursing intervention that not only enhances the functional capacity and psychosocial well-being of patients with Acute Coronary Syndrome but also sustainably improves their overall quality of life.

Keywords: Acute coronary syndrome, cardiac rehabilitation, coronary artery disease, education, quality of life

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	1
ÖZET	2
ABSTRACT	3
İÇİNDEKİLER	4
TABLolar LİSTESİ	9
KISALTMALAR VE SEMBOLLER	10
GİRİŞ	12
1. GENEL BİLGİLER	14
1.1. KORONER ARTER HASTALIĞI	14
1.1.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı ve Patofizyolojisi	14
1.1.2. Koroner Arterlerin Yapısı ve İşlevi	14
1.1.3. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri	15
1.1.4. Patogenez	15
1.1.5. Klinik Belirtiler	15
1.2. AKUT KORONER SENDROMLAR	16
1.2.1. Akut Koroner Sendromların Tanımı	16
1.2.2. Patofizyoloji	16
1.2.3. Klinik Sınıflandırma	17
1.2.3.1. Kararsız Angina Pektoris (UAP)	17
1.2.3.2. ST Segment Yükselmez Miyokard Enfarktüsü (NSTEMI)	17
1.2.3.3. ST Segment Yükselmeli Miyokard Enfarktüsü (STEMI)	17
1.2.4. Tanı Yöntemleri	18
1.2.4.1. Elektrokardiyografi (EKG).....	18
1.2.4.2. Kardiyak Biyobelirteçler	18
1.2.4.3. Ekokardiyografi ve Görüntüleme Yöntemleri	18
1.3. AKUT KORONER SENDROMLARDA GENEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI	19
1.3.1. Tedaviye Genel Bakış	19
1.3.2. Antitrombotik Tedavi	19
1.3.2.1. Antitrombosit Tedavi	19
1.3.2.2. Antikoagülan Tedavi	20

1.3.3. Reperfüzyon Tedavisi	20
1.3.3.1. Perkütan Koroner Girişim (PKG).....	20
1.3.3.2. Fibrinolitik Tedavi	20
1.3.4. Destekleyici Farmakolojik Tedavi	21
1.3.4.1. Beta-Blokerler	21
1.3.4.2. ACE İnhibitörleri ve ARB'ler.....	21
1.3.4.3. Statinler.....	21
1.3.4.4. Nitratlar.....	21
1.3.5. Diğer Tedavi Yaklaşımları	22
1.3.5.1. Glikoprotein IIa/IIIa İnhibitörleri	22
1.3.5.2. Kardiyak Rehabilitasyon	22
1.4. KARDİYAK REHABİLİTASYON PROGRAMLARI	22
1.4.1. Faz 1 Kardiyak Rehabilitasyon.....	22
1.4.1.1. Faz 1 Kardiyak Rehabilitasyon (Hastane Dönemi).....	23
1.4.1.2. Faz 1 Kardiyak Rehabilitasyonun Hedefleri	23
1.4.1.3. Faz 1'de Uygulanan Müdahaleler.....	23
1.4.2. Faz 2 Kardiyak Rehabilitasyon (Taburculuk Sonrası Erken Rehabilitasyon) .	23
1.4.2.1. Faz 2 Kardiyak Rehabilitasyonun Hedefleri	24
1.4.2.2. Faz 2'de Uygulanan Müdahaleler.....	24
1.4.3. Faz 3 Kardiyak Rehabilitasyon (Uzun Dönem Rehabilitasyon)	24
1.4.4. Kardiyak Rehabilitasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri	25
1.5. YAŞAM KALİTESİ.....	25
1.5.1. Tanımı ve Önemi.....	25
1.5.2. Yaşam Kalitesi Ölçüm Yöntemleri	26
1.5.3. MILQ Ölçeği Güvenilirliği	26
1.5.3.1. Yaşam Kalitesini Değerlendirme Yöntemleri.....	26
1.5.3.2. MILQ-TR Ölçeği ile MILQ'un Karşılaştırılması.....	27
1.5.3.3. MILQ Ölçeğinin Güvenilirliğinin Desteklenmesi	27
1.6. KARDİYAK REHABİLİTASYONUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ	27
1.6.1. Kardiyak Rehabilitasyon ve Fiziksel Sağlık	28
1.6.1.2. Egzersizin Etkisi	28
1.6.2. Kardiyak Rehabilitasyon ve Psikolojik Sağlık	28
1.6.2.1. Psikolojik Sağlık Üzerindeki Etkiler	28

1.6.3. Kardiyak Rehabilitasyon ve Sosyal Etkileşim.....	29
1.6.3.1. Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi.....	29
1.6.4. Yaşam Kalitesindeki Genel İyileşme	29
1.7. KARDİYAK REHABİLİTASYONUN ÇOK BOYUTLU ETKİLERİ.....	30
1.7.1. Kardiyak Rehabilitasyonun Klinik Etkileri	30
1.7.1.1. Frekans ve Yeniden Hastaneye Yatış Oranları	30
1.7.1.2. Mortalite ve Morbidite Üzerindeki Etkiler	30
1.7.2. Kardiyak Rehabilitasyonun Toplum Sağlığı Üzerindeki Etkisi.....	31
1.7.3. Erişilebilirlik Sorunları ve Çözüm Önerileri	31
1.7.3.1. Erişilebilirlik Sorunları	31
1.7.3.2. Çözüm Önerileri.....	32
1.7.4. Sosyoekonomik Faydalar.....	32
1.7.4.1. Ekonomik Etkiler.....	32
1.8. KARDİYAK REHABİLİTASYONUN UZUN DÖNEM ETKİLERİ	32
1.8.1. Kardiyak Rehabilitasyon ve Uzun Dönem Sağlık	32
1.8.1.1. Uzun Dönemde Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkiler	33
1.8.2. Psikolojik Sağlık Üzerindeki Uzun Dönem Etkiler.....	33
1.8.2.1. Psikolojik Sağlık ve Sosyal Destek	33
1.8.3. Yaşam Kalitesinde Kalıcı İyileşme	34
1.8.3.1. Uzun Dönemde Yaşam Kalitesi	34
1.9. KARDİYAK REHABİLİTASYON VE TEKNOLOJİK YÖNTEMLER....	34
1.9.1. Mobil Sağlık Uygulamaları.....	34
1.9.2. Giyilebilir Teknolojiler	35
1.9.2.1. Teknolojik Gelişmelerin Etkisi.....	35
2. GEREÇ VE YÖNTEM	36
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	36
2.1.1. Kardiyak Rehabilitasyon Faz 1 ve Faz 2 Eğitimin Geliştirilmesi.....	36
2.1.2. Uzman Görüş Sonucu	38
2.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	38
2.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	38
2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	39
2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	39
2.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	40

2.7. VERİ TOPLAMA FORMLARI	41
2.7.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu.....	41
2.7.2. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MILQ)	41
2.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI	42
2.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	42
2.10.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İSTATİKSEL ANALİZ EDİLMESİ	42
3. BULGULAR.....	44
3.1. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI	44
3.2. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARA VERİLEN FAZ 1 VE FAZ 2 KARDİYAK REHABİLİTASYON EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	46
3.3. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARA VERİLEN FAZ 1 VE FAZ 2 KARDİYAK REHABİLİTASYON EĞİTİMİNİN ÇOK BOYUTLU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	48
4. TARTIŞMA.....	61
4.1. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARA VERİLEN FAZ 1 VE FAZ 2 KARDİYAK REHABİLİTASYON EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	61
4.2. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARA VERİLEN FAZ 1 VE FAZ 2 KARDİYAK REHABİLİTASYON EĞİTİMİNİN ÇOK BOYUTLU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	63
4.2.1. Ruhsal Sağlık Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi.	63
4.2.2. Fiziksel Sağlık Ve Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi	64
4.2.3. Bilişsel Fonksiyon Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi.....	64
4.2.4. Cinsel Fonksiyon Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi.....	65
4.2.5. Sosyal Fonksiyon Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi.....	65
4.2.6. Verimlilik Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi	66

4.2.7. Sağlık Personeline Erişim Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi.....	66
4.2.8. Finansal Durum Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi.....	67
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKÇA.....	72
EKLER.....	83
EK 1: İNTİHAL RAPORU	83
EK 2: KARDİYAK REHABİLİTASYON FAZ-1 VE FAZ-2 EĞİTİM KİTAPÇIĞI	84
EK 3: ÇOK BOYUTLU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	98
EK 4: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ	100
EK 5: ETİK KURUL ONAYI	101
EK 6: KURUM ONAYI	103
EK 7: KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	104
EK 8: TANITICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU	105
ÖZGEÇMİŞ.....	108

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Kardiyak Rehabilitasyon Eğitim Planı.....	37
Tablo 2.2: Normal Dağılım	42
Tablo 3.1: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	44
Tablo 3.2: Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Değişimi	46
Tablo 3.3: Eğitim Öncesi Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	48
Tablo 3.4: Eğitim Sonrası Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	54



KISALTMALAR VE SEMBOLLER

AHA	: American Heart Association
AKS	: Akut Koroner Sendrom
APA	: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Derneği)
AR	: Anjiyotensin Reseptörü
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokörü
BT	: Bilgisayarlı tomografi
CABG	: Koroner Arter Bypass Greft
CK-MB	: Kreatin Kinaz-MB
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
EKO	: Ekokardiyografi
ESC	: Euroleague Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
HT	: Hipertansiyon
IIEF	: International Index of Erectile Function(Cinsel Fonksiyon Puanı)
INR	: International Normalized Ratio
KAG	: Koroner Anjiyografi
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KR	: Kardiyak Rehabilitasyon
KVH	: Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları
LAD	: Sol Ön İn en Arter (Left Anterior Descending Artery)
LVEF Fraksiyonu)	: Left Ventricular Ejection Fraction (Sol Ventrikül Ejeksiyon
MD	: Mean Difference (Ortalama Fark)
MI	: Miyokard Infarktüsü
MILQ	: Multidimensional Index of Life Quality (Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği)
NANDA	: The North American Diagnosis Association
NSTMI	: ST Segment Yükselmesiz Miyokard Enfarktüsü
PKG	: Perkütan Koroner Girişim
RCA	: Sağ Koroner Arter (Right Coronary Arter)
SF-36	: 36-Item Short Form Health Survey)

SPAN	: Secondary Prevention for All in Need
SPSS	: Statistical Package For Social Science
STEMİ	: ST Segment Yükselmeli Miyokard Enfarktüsü
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
TTE	: Transtorasik Ekokardiyografi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UAP	: Unstable Angina Pectoris
UFH	: Fraksiyone Olmamış Heparin
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WHOQOL-BREF	: World Health Organization Quality of Life-BREF)



GİRİŞ

Koroner Arter Hastalığı (KAH), kalbi besleyen damarların aterosklerotik plaklarla daralması veya tıkanması sonucu gelişen, miyokardiyal perfüzyonun bozulduğu bir hastalıktır. Bu plaklar, damar lümeninde biriken yağlı materyallerden oluşur ve kan akışını engelleyerek kalp kasının yeterli oksijen almasını engeller (Aktürk, 2016, s.245). Modern tıbbın gelişmesine rağmen KAH, küresel çapta en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir (Güner ve Nural, 2020, s.1). KAH, Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) grubunun en yaygın türüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre KVH hem dünyada hem de Türkiye’de birincil ölüm ve hastalık nedenidir. (TÜİK, 2019). “Amerikan Kalp Derneği’nin (AHA) 2021 yılı verilerine göre, 20 yaş üzerindeki yetişkinlerde KVH prevalansı %49,2 olup bu oran yaşla birlikte artış göstermektedir” (AHA, 2021). “KVH, dünya genelinde en sık karşılaşılan mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer almaktadır. Bu hastalık grubunda önemli bir yere sahip olan Akut Koroner Sendrom (AKS), hastane yatışları ve ani kardiyak ölümlerin başlıca sebeplerindendir” (DSÖ, 2021). AKS tanısı alan bireyler için erken dönemde başlatılan multidisipliner Kardiyak Rehabilitasyon (KR) programları, kardiyak komplikasyonların önlenmesinin yanı sıra hastaların fiziksel ve psikososyal iyilik halinin artırılması açısından da oldukça önemlidir (Piepoli ve diğ., 2020, s.4567). KR, kalp hastalığı olan bireylerin fonksiyonel kapasitelerini artırmayı, hastalıkla ilişkili risk faktörlerini kontrol altına almayı ve yaşam kalitelerini iyileştirmeyi hedefleyen, çok yönlü bir tedavi yaklaşımıdır. Özellikle Faz 1 (hastane içi rehabilitasyon) ve Faz 2 (taburculuk sonrası rehabilitasyon) programlarının, hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri giderek daha fazla önem kazanmaktadır. KR, AKS geçiren hastalarda iyileşme sürecini desteklemek, komplikasyonları azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla uygulanan yapılandırılmış bir programdır.

Bu süreç iki ana evrede değerlendirilir:

Faz 1 rehabilitasyon, hastaların hastanede geçirdikleri süre boyunca uygulanır ve düşük yoğunluklu fiziksel aktiviteler, solunum egzersizleri, mobilizasyon ve hasta eğitimi gibi uygulamaları içerir (Piepoli ve diğ., 2020, s.4567). Bu dönemde amaç,

hastanın erken mobilizasyonunu sağlamak ve yatış sürecinde komplikasyonları önlemektir.

Faz 2 rehabilitasyon ise taburculuk sonrası başlar ve genellikle 6-12 hafta boyunca süren, gözetimli egzersiz programları, yaşam tarzı değişikliği, beslenme danışmanlığı ve psikososyal destek gibi bileşenleri kapsar. Bu evre hastanın fiziksel kapasitesinin yeniden inşası ve sekonder korunmanın sağlanması açısından kritik öneme sahiptir (Bianchi ve diğ., 2021, ss.579-587).

Yapılan araştırmalar, hem Faz 1 hem de Faz 2 KR programlarına katılan bireylerin yaşam kalitesi, fonksiyonel kapasite ve psikolojik iyilik hallerinde anlamlı düzeyde iyileşmeler sağladığını ortaya koymuştur (Gül ve Uçar, 2022; Piepoli ve diğ., 2020, s.4572).

Bu çalışma, AKS tanısı alan hastalara uygulanan Faz 1 ve Faz 2 KR Programlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın sonuçlarının, KR uygulamalarının etkinliğini ortaya koyarak, hastaların tedavi sürecine entegrasyonunun artırılmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. KORONER ARTER HASTALIĞI

KAH, kalp kasını besleyen koroner arterlerin aterosklerotik plaklar nedeniyle daralması veya tıkanması sonucu gelişen bir hastalıktır (European Society of Cardiology, 2024, s. 8).

1.1.1. Koroner Arter Hastalığının Tanımı ve Patofizyolojisi

Ateroskleroz, damar duvarlarında yağ, kolesterol ve diğer hücresel atıkların birikmesiyle başlar ve bu birikintiler damarları daraltarak kalbe giden kan akışını kısıtlar. Bu, kalbin yeterli oksijen almasını engelleyerek miyokard iskemisi ve kalp krizi gibi ciddi sorunlara yol açabilir. Aterosklerotik plaklar zamanla büyür ve damar lümenini daraltır, bu da koroner arterlerde kan akışını kısıtlar ve kalp kasının oksijensiz kalmasına neden olur. Damar tıkanıklığının şiddetine bağlı olarak, hastalar çeşitli klinik semptomlar gösterebilir, bunlar arasında göğüs ağrısı (anjina), nefes darlığı, yorgunluk ve daha şiddetli durumlarda kalp krizi yer alır (Patel ve Brilakis, 2025, s.7).

1.1.2. Koroner Arterlerin Yapısı ve İşlevi

Koroner arterler, kalp kasına oksijenli kan sağlayan ve kalbin işlevini sürdürebilmesi için hayati öneme sahip olan damarlardır. Sol ve sağ olmak üzere iki ana koroner arter bulunur:

- Sağ Koroner Arter (RCA): Sağ ventrikülü besler ve sağ atriyum ile kalbin alt kısmını besler.
- Sol Koroner Arter (LCA): Sol ventrikülü besler ve iki ana dala ayrılır: Sol Ön İnen Arter (LAD) ve Sol Sirkumfleks Arter (LCx).

Bu arterler kalp kasını besleyen ana damarlar olup, sağlıklı bir kalp için gerekli olan oksijen ve besin maddelerini sağlar. Koroner arterlerin tıkanması, kalbin oksijen

almasını engeller ve kalp kasının bir kısmının hasar görmesine yol açar (Klabunde, 2021, s.45).

1.1.3. Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri

KAH için risk faktörleri değiştirilemeyen ve değiştirilebilir olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır:

- Değiştirilemeyen Risk Faktörleri: İleri yaş, erkek cinsiyet ve ailede erken yaşta KAH öyküsü bulunması.
- Değiştirilebilir Risk Faktörleri: Sigara kullanımı, HT, hiperkolesterolemi, DM, obezite, sedanter yaşam tarzı ve stres (Libby ve diğ., 2023, s.1125).

1.1.4. Patogenez

KAH'ın temelinde ateroskleroz süreci yer almaktadır. Ateroskleroz, arter duvarlarında lipid ve kolesterol birikimiyle başlayan, zamanla plak oluşumuna yol açan kronik bir süreçtir. Plakların büyümesi, damarların daralmasına ve esnekliklerini kaybetmesine neden olur. Eğer bu plaklar yırtılırsa tromboz (pıhtı oluşumu) meydana gelebilir ve damar tamamen tıkanarak miyokard infarktüsüne (MI) yol açabilir (Kavaklı ve Kaya, 2023, s.104).

1.1.5. Klinik Belirtiler

KAH'nın en yaygın belirtisi angina pectoris adı verilen göğüs ağrısıdır. Ağrı genellikle efor sırasında ortaya çıkar ve dinlenme veya nitrat grubu ilaçlarla geçer. Bunun yanı sıra hastalarda şu belirtiler de görülebilir:

- Nefes darlığı.
- Çarpıntı.
- Yorgunluk.
- Bayılma.
- Sessiz iskemi (Belirti vermeden seyreden KAH).

Bazı hastalarda hiçbir belirti olmadan ani MI gelişebilir ve bu durum ölümle sonuçlanabilir (Finocchiaro ve diğ., 2024, s.350).

1.2. AKUT KORONER SENDROMLAR

AKS, koroner arterlerde ani gelişen tıkanma veya daralmalar sonucu ortaya çıkan, acil müdahale gerektiren klinik tabloları ifade eder. Miyokardın oksijen ihtiyacının karşılanamamasıyla ilişkili olan bu tablolar, kardiyak morbidite ve mortalitenin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (European Society of Cardiology, 2023, s. 3730).

1.2.1. Akut Koroner Sendromların Tanımı

AKS, koroner arterlerin aterosklerotik plak rüptürü veya erozyonu sonucu akut trombüs oluşumu ile karakterize bir grup klinik tablodur.

Koroner arterlerin ani olarak tıkanması veya ciddi daralması miyokardiyal iskemiye tetikler ve bu durum hücresel düzeyde hipoksi, inflamasyon ve nekroz süreçlerini başlatır. STEMI ve NSTEMI'nin en önemli farkı, STEMI'de tam katmanlı (transmural) iskemi nedeniyle ST segment elevasyonu görülmesi, NSTEMI'de ise subendokardiyal iskemi nedeniyle ST segment değişikliklerinin daha belirsiz olmasıdır (Collet ve diğ., 2020, s.1292).

1.2.2. Patofizyoloji

AKS'nin temel patofizyolojisi aterosklerotik plak destabilizasyonu ve buna bağlı trombüs oluşumudur. Plak destabilizasyonu genellikle şu süreçleri içerir:

- **Plak Rüptürü veya Erozyonu:** İnce fibröz kapsüle sahip aterosklerotik plaklar, inflamatuvar süreçler nedeniyle rüptüre olabilir veya erozyona uğrayarak trombüs oluşumunu tetikleyebilir (Libby ve diğ., 2019, s.150).
- **Trombosit Aktivasyonu ve Agregasyonu:** Plak rüptürüyle birlikte trombositler, hasarlı endotelyumda subendotelyal kollajen ve doku faktörleri ile etkileşime girerek agregasyon sürecini başlatır (Byrne ve diğ., 2023, ss.3720-3826).

- Trombotik Oklüzyon: Trombosit agregasyonu ve fibrin oluşumu sonucu koroner arterin tam veya kısmi tıkanması miyokard iskemisine yol açar (Byrne ve diğ., 2023, ss.3720-3826).

1.2.3. Klinik Sınıflandırma

AKS'nin klinik sınıflandırması üç alt başlık altında ele alınmaktadır.

1.2.3.1. Kararsız Angina Pektoris (UAP)

Kararsız anjina, yeni başlayan, egzersizle veya istirahatle giderek artan şiddette göğüs ağrısı ile karakterizedir. Elektrokardiyografide (EKG) görülen değişiklikler genellikle geçici olup, ST segment depresyonu veya T dalgasında inversiyon gözlemlenebilir. Troponin düzeyleri genellikle normaldir veya anlamlı bir yükselme saptanmaz (Amsterdam ve diğ., 2014, s.e139).

1.2.3.2. ST Segment Yükselmesiz Miyokard Enfarktüsü (NSTEMI)

NSTEMI, kararsız anjinaya benzer klinik belirtilerle seyretmekle birlikte, kardiyak biyobelirteçlerde (özellikle troponin) miyokard nekrozunu gösteren anlamlı bir yükselme söz konusudur. EKG'de belirgin ST segment elevasyonu izlenmez; ancak ST segment depresyonu ve T dalgası değişiklikleri sıkça görülür. Altta yatan patofizyoloji genellikle koroner arterin kısmi tıkanıklığı veya trombüs ile obstrüksiyonudur (Collet ve diğ., 2020, s.1292).

1.2.3.3. ST Segment Yükselmeli Miyokard Enfarktüsü (STEMI)

STEMI, EKG'de en az iki komşu derivasyonda belirgin ST segment elevasyonu ile tanımlanır. Miyokardiyal hasar belirgindir ve troponin düzeylerinde anlamlı artış mevcuttur. Genellikle koroner arterde tam trombotik oklüzyon söz konusudur ve acil revaskülarizasyon gerektirir (Ibanez ve diğ., 2023, s.3723).

1.2.4. Tanı Yöntemleri

AKS'de tanı koyarken EKG, kardiyak belirteçler, ekokardiyografi ve diğer görüntüleme yöntemlerinden faydalanırız.

1.2.4.1. Elektrokardiyografi (EKG)

EKG, AKS'de ilk ve en temel tanı aracıdır.

- STEMI: ST segment elevasyonu, LBBB ve patolojik Q dalgaları izlenebilir.
- NSTEMI: ST segment depresyonu ve T dalga inversiyonları sık görülür.
- Kararsız Angina: EKG bulguları genellikle normaldir veya nonspesifik ST-T değişiklikleri saptanabilir (Collet ve diğ., 2020, s.1293).

1.2.4.2. Kardiyak Biyobelirteçler

- Troponin I ve T: Miyokard nekrozunun en duyarlı ve özgül biyokimyasal göstergeleridir. NSTEMI ve STEMI tanısında altın standart olarak kabul edilir (Gaze ve diğ., 2023).
- Kreatin Kinaz-MB (CK-MB): Akut miyokard enfarktüsünde yükselebilir ancak troponine kıyasla daha az özgüllüğe sahiptir (Wu ve diğ., 1999, s.1109).
- D-dimer: Trombotik olayların ayırıcı tanısında yardımcı olabilir; özellikle pulmoner emboli gibi diğer acil durumların dışlanması için değerlidir (Righini ve diğ., 2019, s.1415).

1.2.4.3. Ekokardiyografi ve Görüntüleme Yöntemleri

- Transtorasik Ekokardiyografi (TTE): Bölgesel duvar hareket bozukluklarını, ventrikül fonksiyonlarını ve komplikasyonları değerlendirmede kullanılır.
- Koroner Anjiyografi: Koroner arterlerdeki darlık ve oklüzyonların doğrudan görüntülenmesini sağlar; STEMI ve yüksek riskli NSTEMI hastalarında tanı ve tedavi amacıyla uygulanır.

1.3. AKUT KORONER SENDROMLARDA GENEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

AKS’de etkili ve zamanında tedavi, mortalite ve morbiditeyi azaltmada kritik bir rol oynamaktadır.

1.3.1. Tedaviye Genel Bakış

AKS, kalp kasına giden kan akışının ani olarak azalması veya tamamen kesilmesiyle ortaya çıkan, acil tıbbi müdahale gerektiren bir klinik durumdur (Collet ve diğ., 2020, s.1290). Tedavide temel hedefler şunlardır:

- Miyokard iskemisini sonlandırmak,
- Kalp kası hasarını en aza indirmek,
- Trombüs oluşumunu engellemek,
- Komplikasyonları önlemek,

Tedavi stratejileri, hastanın klinik durumu, EKG bulguları ve mevcut sağlık hizmeti olanaklarına bağlı olarak belirlenir (European Society of Cardiology, 2023, s. 3728).

1.3.2. Antitrombotik Tedavi

Antitrombotik tedaviler iki alt başlıkta incelenmektedir.

1.3.2.1. Antitrombosit Tedavi

AKS tedavisinde antitrombosit ilaçlar, trombosit agregasyonunu önleyerek miyokardiyal hasarı azaltmada kritik rol oynar.

- Aspirin: AKS hastalarında tedavinin temel bileşenlerinden biridir. Başlangıçta 150-300 mg oral yükleme dozu uygulanır, ardından 75-100 mg/gün dozunda idame tedavisine geçilir (Bryne ve diğ., 2023, s.3733).
- P2Y12 Reseptör İnhibitörleri: Prasugrel ve tikagrelor, özellikle perkütan koroner girişim (PKG) planlanan hastalarda ilk tercih edilen anti trombosit ajanlardır. Klopidoğrel ise, prasugrel veya tikagrelorun kontrendike olduğu durumlarda alternatif olarak tercih edilebilir (Bryne ve diğ., 2023, s.3733).

1.3.2.2. Antikoagölan Tedavi

Fraksiyone Olmamış Heparin (UFH): Erken anjiyografi planlanan hastalarda tercih edilir.

Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin (Enoksaparin): UFH'ye alternatif olarak önerilir.

Fondaparinux: Yüksek kanama riski olan hastalarda ilk tercih edilen antikoagölanlardan biridir (Bryne ve diğ., 2023, s.3734).

1.3.3. Reperfüzyon Tedavisi

Reperfüzyon tedavilerini iki alt başlıkta inceleyebiliriz.

1.3.3.1. Perkütan Koroner Girişim (PKG)

STEMI hastalarında altın standart tedavi yöntemi olarak kabul edilir ve semptom başlangıcından itibaren 120 dakika içinde uygulanmalıdır (Bryne ve diğ., 2023, ss.3735-3737).

- Primer PKG: Direkt olarak tıkalı olan arterin açılması işlemi (ESC, 2023, ss. 3735-3736).
- Kurtarma PKG: Başarısız fibrinolitik tedavi sonrası uygulanır (ESC, 2023, S.3736).
- Gecikmiş PKG: Başlangıçtan sonra 12-24 saat içinde yapılan girişimlerdir (ESC, 2023, s. 3736).

1.3.3.2. Fibrinolitik Tedavi

Eğer PKG'ye erişim 120 dakika içinde mümkün değilse, fibrinolitik tedavi ilk 12 saat içinde başlanmalıdır. Tercihen ilk 3 saat içinde uygulanması daha etkilidir (Bryne ve diğ., 2023, s.3736).

- Alteplaz (t-PA)
- Reteplaz (r-PA)
- Tenekteplaz (TNK-tPA)

Fibrinolitik tedavi sonrası hastalar, mümkün olan en kısa sürede PKG yapılabilecek bir merkeze transfer edilmelidir.

1.3.4. Destekleyici Farmakolojik Tedavi

Destekleyici farmakolojik tedaviler beta-blokerler, ace inhibitörleri, ARB'ler, statin ve nitratlardır.

1.3.4.1. Beta-Blokerler

- Kalp hızını ve miyokard oksijen tüketimini azaltır.
- İlk 24 saat içinde başlanmalıdır (Bryne ve diğ., 2023, s.3739).
- Örnek ilaçlar: Metoprolol, Karvedilol, Bisoprolol

1.3.4.2. ACE İnhibitörleri ve ARB'ler

- Sol ventrikül disfonksiyonu, diabetes mellitus (DM) veya hipertansiyonu (HT) olan hastalarda önerilir.
- Kalp yetmezliği gelişimini önler (Bryne ve diğ., 2023, s.3740).
- Örnek ilaçlar: Ramipril, Enalapril, Losartan, Valsartan

1.3.4.3. Statinler

- Lipid seviyelerini düşürerek aterosklerotik plak stabilizasyonu sağlar.
- Atorvastatin 80 mg veya Rosuvastatin 40 mg yüksek doz olarak başlanmalıdır (Bryne ve diğ., 2023, s.3741).

1.3.4.4. Nitratlar

- Vazodilatasyon sağlayarak semptomları hafifletir.
- İlk tercih sublingual nitrogliserindir (Bryne ve diğ., 2023, s.3742).

1.3.5. Diğer Tedavi Yaklaşımları

AKS’de kullanılan çeşitli tedavi yaklaşımları mevcuttur.

1.3.5.1. Glikoprotein IIa/IIIa İnhibitörleri

- Yüksek trombüs yükü olan hastalarda PKG sırasında kullanılabilir.
- Örnek ilaçlar: Eptifibatid, Tirofiban, Abciximab (Bryne ve diğ., 2023, s.3734).

1.3.5.2. Kardiyak Rehabilitasyon

- Faz 1 (Hastane Dönemi): Erken mobilizasyon ve solunum egzersizleri içerir.
- Faz 2 (Taburculuk Sonrası Dönem): Aerobik egzersiz, yaşam tarzı değişiklikleri ve psikososyal destek içerir.
- Bu tedavi yaklaşımlarının uygulanması, AKS hastalarında mortalite ve morbiditeyi azaltmada kritik öneme sahiptir (Tüner ve diğ., 2025, ss. 9-10)

1.4. KARDİYAK REHABİLİTASYON PROGRAMLARI

KR, üç ana evreden oluşur: hastane dönemi (Faz 1), taburculuk sonrası erken rehabilitasyon (Faz 2) ve uzun vadeli idame dönemi (Faz 3) (Balady ve diğ., 2022, s.1648).

1.4.1. Faz 1 Kardiyak Rehabilitasyon

Faz 1 KR, hastaların hastaneye yatışından sonraki ilk dönemde başlayan bir süreçtir. Bu evrede hastaların amacı, akut kardiyak olaydan sonra hızlı bir şekilde iyileşmeye başlamaktır. Faz 1 rehabilitasyonu, genellikle hastanede başlatılır ve erken mobilizasyon, hasta eğitimi, yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi içerir. KR, KVH’nın tedavi sürecinin bir parçası olarak uygulanan, multidisipliner bir programdır. Bu program, hastaların fiziksel, psikososyal ve yaşam tarzı değişikliklerini desteklemeyi amaçlar.

1.4.1.1. Faz 1 Kardiyak Rehabilitasyon (Hastane Dönemi)

Faz 1 KR, hastanın hastanede geçirdiği dönemi kapsar ve genellikle birkaç gün ile birkaç hafta arasında sürer. Bu evrede temel amaç, hastanın güvenli bir şekilde hareket edebilmesini sağlamak, erken mobilizasyonu teşvik etmek ve taburculuk sonrası yaşam tarzı değişikliklerine hazırlamaktır (Demirbağ, 2023, s.2).

1.4.1.2. Faz 1 Kardiyak Rehabilitasyonun Hedefleri

- Hastanın erken mobilizasyonunu sağlamak ve fonksiyonel kapasitesini artırmak
- Venöz tromboembolizm riskini azaltmak
- Kardiyovasküler komplikasyonları önlemek
- Hasta ve ailesini bilgilendirerek yaşam tarzı değişikliklerine teşvik etmek
- Psikososyal destek sağlayarak depresyon ve anksiyete yönetimi sağlamak (Erkan ve diğ., 2023, ss.688-694).

1.4.1.3. Faz 1’de Uygulanan Müdahaleler

- Yatak içi hareketler ve eklem hareket açıklığı egzersizleri
- Hafif fiziksel aktiviteler (örneğin, kısa mesafeli yürüyüşler)
- Solunum egzersizleri ve postür eğitimi
- Hastanın egzersiz toleransına göre ilerletilen günlük aktiviteler
- Kademeli fiziksel aktivite programları
- Sigara bırakma, stres yönetimi ve sağlıklı beslenme konularında eğitim

Hastaların durumuna bağlı olarak, taburculuk öncesinde submaksimal egzersiz testi uygulanabilir. Bu test, hastanın fiziksel kapasitesini belirleyerek Faz 2 rehabilitasyonuna yönlendirilmesine yardımcı olur (Collet ve diğ., 2020, s.1345).

1.4.2. Faz 2 Kardiyak Rehabilitasyon (Taburculuk Sonrası Erken Rehabilitasyon)

Faz 2 rehabilitasyon, hastanın taburculuğunun hemen ardından başlayan ve genellikle 8-12 hafta süren bir süreçtir. Bu dönem, hastanın egzersiz kapasitesini artırmayı, kalp

yetmezliği riskini azaltmayı ve uzun vadede sağlıklı yaşam alışkanlıklarını geliştirmeyi amaçlamaktadır (Ibanez ve diğ., 2023, s.3735).

1.4.2.1. Faz 2 Kardiyak Rehabilitasyonun Hedefleri

- Aerobik kapasiteyi artırarak kardiyovasküler sağlığı iyileştirmek
- Kas gücünü ve dayanıklılığı artırmak
- Egzersiz sırasında hemodinamik yanıtları optimize etmek
- Kilo kontrolü ve metabolik risk faktörlerini yönetmek
- Stres ve anksiyeteyi azaltarak psikososyal iyileşmeyi desteklemek

1.4.2.2. Faz 2’de Uygulanan Müdahaleler

- Aerobik egzersizler: Hafif tempolu yürüyüş, bisiklet, yüzme ve koşu gibi aktiviteler
- Kas güçlendirme egzersizleri: Hafif dirençli ağırlık çalışmaları, pilates, yoga
- Esneklik ve denge egzersizleri: Düşme riskini azaltmak için planlanan aktiviteler
- Solunum egzersizleri: Akciğer kapasitesini artırmaya yönelik uygulamalar
- Psikososyal destek ve stres yönetimi: Meditasyon, psikolojik danışmanlık ve grup terapileri

Faz 2 rehabilitasyonunda hastalara bireysel risk faktörlerine ve egzersiz testine göre kişiselleştirilmiş egzersiz programları uygulanmaktadır. Hastaların kalp atım hızı, kan basıncı ve oksijen tüketimi gibi parametreleri düzenli olarak takip edilerek programın etkinliği değerlendirilir (Libby ve diğ., 2022, ss.1593-1596).

1.4.3. Faz 3 Kardiyak Rehabilitasyon (Uzun Dönem Rehabilitasyon)

Faz 3, Faz 2 rehabilitasyonunun tamamlanmasından sonra başlayan ve uzun süre devam eden bir süreçtir. Bu dönemde temel amaç, kazanılmış yaşam tarzı değişikliklerinin korunması, sekonder korunmanın devam ettirilmesi ve yeni kardiyak olayların önlenmesidir. Düzenli egzersiz alışkanlığı, sağlıklı beslenme, risk faktörlerinin kontrolü, ilaç tedavisine uyum ve psikososyal desteğin sürdürülmesi bu

evrenin temel bileşenlerini oluşturur. Ayrıca, hastaların sosyal yaşama yeniden uyum sağlamaları ve yaşam kalitelerinin korunması hedeflenmektedir (Nebel ve diğ., 2024, ss. 489–494).

1.4.4. Kardiyak Rehabilitasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

KR'nin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri birçok bilimsel çalışma ile kanıtlanmıştır. Bu etkiler arasında şunlar bulunmaktadır:

- Fiziksel kapasitede belirgin artış
- Günlük yaşam aktivitelerinin daha bağımsız şekilde gerçekleştirilmesi
- Hastaneye yeniden yatış oranlarında azalma
- Depresyon ve anksiyete seviyelerinde düşüş
- Daha iyi bir kalp sağlığına ulaşma ve uzun vadede mortalite oranlarını azaltma

Özellikle Faz 1 ve Faz 2 rehabilitasyon programlarına katılan hastaların yaşam kalitelerinin ve fonksiyonel kapasitelerinin belirgin şekilde arttığı rapor edilmiştir (Sazak ve diğ., 2020, s.219).

Bu programların etkin şekilde uygulanması, hastaların daha sağlıklı bir yaşam sürmesini ve kardiyovasküler komplikasyon risklerinin azalmasını sağlamaktadır.

1.5. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıklarının bir toplamı olarak tanımlanabilir.

1.5.1. Tanımı ve Önemi

Yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıklarının bir toplamı olarak tanımlanabilir. Kardiyak hastalıklar, bu üç alanda da olumsuz etkiler yaratabilir. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, sadece hastalıkların fizyolojik etkilerini değil, aynı zamanda bireylerin hastalıkla başa çıkma yeteneklerini, sosyal yaşamlarını ve duygusal durumlarını da değerlendirmeyi amaçlar. Yaşam kalitesi ölçümleri, tedavi sürecinde

hasta memnuniyetini ve tedavinin etkinliğini değerlendirmede önemli bir araçtır. (Kandasamy ve diğ., 2025, s. 824)

1.5.2. Yaşam Kalitesi Ölçüm Yöntemleri

Yaşam kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan bazı araçlar şunlardır:

- SF-36 (36-Item Short Form Health Survey): Bu ölçek, fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, sosyal fonksiyonlar, genel yaşam tatmini gibi alt boyutlarda bireylerin yaşam kalitesini değerlendirir (Ware ve Sherbourne, 1992, s.473).
- WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF): DSÖ tarafından geliştirilen bu ölçek, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel faktörler gibi alanlarda bireylerin yaşam kalitesini ölçer (WHOQOL Group, 1998, s.1404).
- MILQ (Multidimensional Index of Life Quality) Yaşam Kalitesi Ölçeği: Bu ölçek, KR'nin etkilerini değerlendirmek için özel olarak geliştirilmiştir. Fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal etkileşimler ve genel yaşam tatmini gibi faktörleri içerir. Bu çalışmada, MILQ kullanıldı. (Bödeker ve Jäckel, 1996, s.21).

1.5.3. MILQ Ölçeği Güvenilirliği

MILQ, AKS tanısı alan hastalarda KR'nin etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir.

1.5.3.1. Yaşam Kalitesini Değerlendirme Yöntemleri

Yaşam kalitesi ölçüm araçları, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık durumlarını değerlendiren çok boyutlu ölçeklerdir. Kardiyak hastalıklarda yaşam kalitesi değerlendirmesi, hastaların tedaviye uyumlarını, günlük yaşam aktivitelerini ve psikososyal iyilik hallerini belirlemek için kritik bir öneme sahiptir (Piepoli ve diğ., 2020, ss.152-153).

1.5.3.2. MILQ-TR Ölçeği ile MILQ'un Karşılaştırılması

Yaşam kalitesini ölçmeye yönelik yapılan bilimsel çalışmalar arasında MILQ-TR (Multidimensional Index of Life Quality- Türkçe versiyonu) ölçeğinin psikometrik özelliklerini değerlendiren bir araştırma önemli bir referans niteliğindedir (Demir ve Özer, 2021, ss.61-67). Bu çalışmada, AKS hastaları üzerinde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik testleri, MILQ ölçeğinin de benzer bilimsel standartlara uygun olduğunu kanıtlamak açısından kullanılabilir.

1.5.3.3. MILQ Ölçeğinin Güvenilirliğinin Desteklenmesi

MILQ ölçeğinin bilimsel gücünü kanıtlamak için şu noktalar vurgulanabilir:

- MILQ ölçeği de MILQ-TR gibi psikometrik testlerden geçmişse, benzer şekilde güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu söylenebilir.
- MILQ-TR'nin faktör analizi sonuçları, ölçeğin AKS hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek için bilimsel olarak uygun olduğunu göstermektedir. MILQ için de faktör analizleri yapılmışsa, ölçeğin sağlam bir temele dayandığı savunulabilir.
- MILQ-TR'nin yüksek Cronbach's alfa değeri, ölçeğin iç güvenilirliğini gösterir. MILQ'nun da benzer bir Cronbach's alfa katsayısına sahip olması, ölçeğin güvenilir olduğunu gösterir.
- MILQ-TR ölçeği AKS hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılmış ve bu hastaların rehabilitasyon sürecindeki değişimlerini yansıtmıştır. MILQ da aynı hasta grubu üzerinde test edildiği için, ölçeğin bilimsel yeterliliğini destekleyen bir örnek teşkil etmektedir (Demir ve Özer, 2021, ss.61-67).

1.6. KARDİYAK REHABİLİTASYONUN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

KR, kalp hastalıkları olan bireylerin fiziksel sağlıklarını iyileştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Bu süreç, egzersiz programlarını, sağlıklı beslenmeyi ve yaşam tarzı değişikliklerini içerir.

1.6.1. Kardiyak Rehabilitasyon ve Fiziksel Sağlık

Fiziksel sağlık, KR'nin temel hedeflerinden biridir ve bu hedefe ulaşmak için düzenli egzersizlerin etkisi büyüktür. Araştırmalar, düzenli egzersizlerin kalp kasının güçlenmesine, kan basıncının düşmesine ve kardiyovasküler sağlık üzerinde genel bir iyileşmeye yol açtığını göstermektedir (Anderson ve Taylor, 2014, s.1082; Piepoli ve diğ., 2020, s.4569).

1.6.1.2. Egzersizin Etkisi

Egzersiz, KR'nin temel bileşenlerinden biridir ve kalp hastalarının fiziksel kapasitelerini artırmaya yardımcı olur. Okur ve diğ. (2021, s.348) yaptığı çalışmada, egzersiz temelli KR programına katılan koroner arter hastalarında fiziksel kapasitenin anlamlı düzeyde arttığı, günlük aktivitelerdeki zorlanmaların azaldığı ve yaşam kalitesinin iyileştiği belirtilmiştir. Artan fiziksel kapasite, bireylerin günlük yaşamlarını daha bağımsız ve konforlu bir şekilde sürdürebilmelerine katkı sağlamaktadır.

1.6.2. Kardiyak Rehabilitasyon ve Psikolojik Sağlık

Kardiyak hastalıklar, depresyon, kaygı ve stres gibi psikolojik problemlere sıklıkla yol açabilmektedir. Bu psikolojik durumlar, hastaların yaşam kalitesini azaltmakta ve tedaviye uyumlarını olumsuz etkileyebilmektedir. KR programları, yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik iyileşmeyi de hedeflemektedir. Özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik belirtilerin yönetilmesinde psikolojik destek uygulamaları önemli yer tutar (Lichtman ve diğ., 2014, s.1773). Literatürde, psikososyal müdahalelerin KR sürecinin bir parçası olarak ele alınmasının, mortaliteyi azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (Blumenthal ve diğ., 2016, s.152).

1.6.2.1. Psikolojik Sağlık Üzerindeki Etkiler

KR, hastaların psikolojik iyilik hallerini iyileştirmek için egzersiz programları, psikoterapi, stres yönetimi teknikleri ve grup terapisi gibi çeşitli yöntemler kullanır.

Chauvet-Gelinier ve Bonin (2017, ss.6-12) tarafından yapılan bir çalışmada, KR programına katılan bireylerin stres ve depresyon seviyelerinin önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur. Bu iyileşmeler, bireylerin yaşam kalitesini artırarak hastalıkla başa çıkmalarını kolaylaştırır.

1.6.3. Kardiyak Rehabilitasyon ve Sosyal Etkileşim

Kardiyak hastalıklar, bireylerin sosyal etkileşimlerini olumsuz yönde etkileyebilir. Özellikle hastalığın yarattığı fiziksel ve duygusal yük, bireylerin sosyal çevrelerinden uzaklaşmasına ve sosyal izolasyonun artmasına neden olabilir. Sosyal izolasyon ise depresyonu derinleştirebilir ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilir (Barth ve diğ., 2010, s.1612). KR programları, grup çalışmaları, eğitici toplantılar ve aile katılımı gibi yaklaşımlarla sosyal etkileşimleri teşvik eder. Bu sayede hastalar, aile bireyleri ve arkadaşlarıyla daha güçlü bağlar kurarak tedavi sürecine daha aktif katılım gösterebilirler. Sosyal destek, hastaların tedaviye uyumunu artırır ve genel yaşam tatminini iyileştirir (Lett ve diğ., 2005, s.1103).

1.6.3.1. Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi

Sosyal destek, KR'nin önemli bir bileşenidir. Hastalar, grup terapileri ve destek grupları aracılığıyla başkalarıyla duygusal bağlar kurarak destek alabilirler. Karakuş ve Özer (2021, ss.89-93) tarafından yapılan bir çalışmada, KR programlarına katılan hastaların sosyal ilişkilerinin iyileştiği ve sosyal izolasyonun azaldığı bildirilmiştir.

1.6.4. Yaşam Kalitesindeki Genel İyileşme

KR'nin, fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık üzerindeki olumlu etkileri, hastaların genel yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşmeye yol açar.

Kardiyak hastalıkların tedavisinde rehabilitasyon programları, hastaların tedaviye uyumunu artırır, yeniden hastaneye yatışları azaltır ve yaşam tatminini yükseltir. Sazak ve diğerlerinin (2020, ss.218-219) çalışmasında, KR programlarına katılan

hastaların hem fiziksel sağlık hem de yaşam tatmini açısından önemli bir iyileşme kaydettikleri bulunmuştur.

1.7. KARDİYAK REHABİLİTASYONUN ÇOK BOYUTLU ETKİLERİ

KR, kalp hastalıklarının tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Klinik araştırmalar, bu programların sadece fiziksel iyileşme sağlamadığını, aynı zamanda psikolojik iyilik hâlini de artırdığını göstermektedir (Taylor ve diğ., 2019, s.10).

1.7.1. Kardiyak Rehabilitasyonun Klinik Etkileri

Düzenli rehabilitasyon uygulamaları, hastaların egzersiz kapasitelerini artırırken aynı zamanda depresyon, kaygı gibi psikolojik durumlarda da anlamlı iyileşmeler sağlar. Ayrıca, KR klinik etkileri; yaşam kalitesini iyileştirme, hastaneye yeniden yatış oranlarını azaltma ve kardiyovasküler morbidite ile mortalite oranlarını düşürme yönünde güçlü kanıtlarla desteklenmektedir (Anderson ve diğ., 2016, s.5).

1.7.1.1. Frekans ve Yeniden Hastaneye Yatış Oranları

KR programlarına katılan bireylerde hastaneye yeniden yatış oranları düşer. Balady ve diğ. (2011) çalışmasında, KR programlarına katılan hastaların tedavi sürecine uyum sağladıkları ve dolayısıyla yeniden hastaneye yatış oranlarının önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur. Ayrıca, KR, kalp hastalığının ilerlemesini yavaşlatır ve yaşam süresini artırabilir.

1.7.1.2. Mortalite ve Morbidite Üzerindeki Etkiler

KR'nin etkileri, yalnızca hastaların kısa vadeli iyileşmesiyle sınırlı değildir. Uzun vadede, düzenli rehabilitasyon programları; kalp-damar hastalıklarının ilerlemesini yavaşlatır, mortalite oranlarını düşürür, yaşam süresini uzatır ve hastaların yaşam kalitesini sürdürülebilir biçimde artırır (Ades ve diğ., 2017, s.587; Balady ve diğ., 2011, s.e13).

1.7.2. Kardiyak Rehabilitasyonun Toplum Sağlığı Üzerindeki Etkisi

KR, yalnızca bireylerin sağlığı üzerinde değil, toplum sağlığı üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Kardiyak hastalıklar, dünya çapında yüksek ölüm oranlarına sahip hastalıklar arasında yer almaktadır (DSÖ, 2021, s.3).

Bu bağlamda, KR'nin toplum genelindeki etkileri büyük önem taşır. Rehabilitasyon programlarının yaygınlaştırılması, kalp hastalıklarının sosyal ve ekonomik yükünü azaltabilir. KR programlarına katılan bireyler, sadece bireysel sağlıklarını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda toplumda kalp hastalıklarının erken teşhis edilmesine ve tedavi edilmesine de katkı sağlarlar. Bu programlar, kalp hastalıklarına karşı farkındalık yaratır ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının toplumda yayılmasına yardımcı olur (Dalal ve diğ., 2015, s.849).

Karakuş ve Özer (2021, ss.89-93) tarafından yapılan bir çalışmada, rehabilitasyon programlarının toplum genelinde kalp hastalıklarının yönetimine önemli katkılar sağladığı vurgulanmıştır.

1.7.3. Erişilebilirlik Sorunları ve Çözüm Önerileri

KR, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sınırlı erişilebilirliğe sahip bir tedavi yöntemidir. Rehabilitasyon merkezlerinin sayısının yetersizliği, hastaların tedavi sürecine katılımını engelleyebilir. Bu nedenle, KR'nin daha geniş kitlelere ulaşabilmesi için çeşitli çözüm önerileri sunulmaktadır. Dünya genelinde KR hizmetlerinin yalnızca %30'unun ihtiyaç duyulan bölgelerde aktif olarak sunulabildiği belirtilmektedir (Turk-Adawi ve diğ., 2015, s.636). Bu nedenle, KR'nin daha geniş kitlelere ulaştırılabilmesi için tele-rehabilitasyon, mobil sağlık uygulamaları ve topluluk temelli programlar gibi alternatif çözümler önerilmektedir.

1.7.3.1. Erişilebilirlik Sorunları

Rehabilitasyon merkezlerinin coğrafi olarak dağılımı, birçok hastanın bu hizmetlere ulaşmasını zorlaştırabilir. Özellikle kırsal alanlarda yaşayan bireyler, KR programlarına katılmakta zorluk yaşayabilir. Ayrıca, bazı hastalar maddi nedenlerle bu programlara katılamamaktadır (Arena ve diğ., 2012, s.512).

1.7.3.2. Çözüm Önerileri

KR'nin erişilebilirliğini arttırmak için, rehabilitasyon merkezlerinin sayısının artırılması ve uzaktan tedavi seçeneklerinin (tele-rehabilitasyon) geliştirilmesi gerekmektedir (Rawstorn ve diğ., 2016, s.2084). Ayrıca, sağlık sigortası kapsamında rehabilitasyon hizmetlerinin daha fazla yer alması, bu hizmetlerin daha geniş bir kitleye ulaşmasını sağlayabilir (Grace ve diğ., 2011, s.390).

1.7.4. Sosyoekonomik Faydalar

KR, toplum sağlığını iyileştirmesinin yanı sıra ekonomik açıdan da faydalar sağlar. Rehabilitasyona katılım, hastaların sağlık harcamalarını azaltabilir, yeniden hastaneye yatışları engelleyerek sağlık sistemine olan yükü hafifletebilir (Oldridge ve Taylor, 2020, s.23).

1.7.4.1. Ekonomik Etkiler

KR, hastaların tedavi sürecinde daha hızlı iyileşmelerini sağlayarak sağlık hizmetlerine olan talebi azaltır. Ayrıca, hastaların iş gücüne daha erken dönmelerini sağlayarak toplumsal üretkenliğe katkı sağlar. Literatürde, KR programlarına katılan bireylerin daha kısa süre içinde işlerine döndükleri ve bu nedenle ekonomik katkılarının arttığı belirtilmiştir (Polat, 2015, ss.5-6).

1.8. KARDİYAK REHABİLİTASYONUN UZUN DÖNEM ETKİLERİ

KR, yalnızca kısa vadeli iyileşmeyi hedeflemekle kalmaz, aynı zamanda hastaların uzun vadede sağlıklı kalmalarına yardımcı olur.

1.8.1. Kardiyak Rehabilitasyon ve Uzun Dönem Sağlık

Düzenli egzersizler ve yaşam tarzı değişiklikleri, kalp hastalıklarının ilerlemesini yavaşlatır ve hastaların yaşam süresini artırır. Uzun dönemde, KR programlarına katılan bireyler, daha düşük KVH riskine sahiptir. (Anderson & Taylor, 2014, ss. 2–15)

1.8.1.1. Uzun Dönemde Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkiler

KR'nin uzun dönemdeki etkisi, kalp sağlığını koruma ve yaşam kalitesini artırma açısından önemlidir.

Egzersiz temelli KR programlarına katılan bireylerin fiziksel kapasitelerinde ve yaşam kalitelerinde anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir. (Anderson & Taylor, 2014, ss. 2–15).

Örneğin, Okur, Aksoy, Yaman ve Şen'in (2021, ss. 341–350) çalışmasında, koroner arter hastalarında uygulanan egzersiz temelli KR programının, 6 dakika yürüme testinde mesafe artışı ve yaşam kalitesi parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler sağladığı bulunmuştur.

1.8.2. Psikolojik Sağlık Üzerindeki Uzun Dönem Etkiler

KR, hastaların psikolojik sağlığı üzerinde de kalıcı etkiler bırakır. Depresyon, kaygı ve stres gibi psikolojik problemler, kalp hastalığı geçiren bireyler arasında yaygındır. KR, psikolojik destek sağlayarak bu problemleri en aza indirir (Blumenthal ve diğ., 2016, s.150).

1.8.2.1. Psikolojik Sağlık ve Sosyal Destek

KR programları, psikolojik destek ve grup terapileri ile hastaların ruhsal iyilik hallerini iyileştirir. Bu programlar kapsamında uygulanan düzenli egzersizler, stres yönetimi teknikleri ve sosyal destek yöntemleri, hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmada önemli rol oynar. Milani ve diğerlerinin (1996, ss.726-732) yaptığı çalışmada, KR programlarına katılan bireylerin depresyon skorlarının anlamlı düzeyde azaldığı, ruhsal sağlıklarının iyileştiği ve yaşam kalitelerinde belirgin bir artış gözlemlendiği belirtilmiştir. Bu bulgular, KR'nin sadece fiziksel değil, psikolojik iyilik halini de güçlendirdiğini göstermektedir.

1.8.3. Yaşam Kalitesinde Kalıcı İyileşme

KR, hastaların genel yaşam kalitesinde kalıcı iyileşmeler sağlar. Egzersiz ve psikososyal destek, hastaların sosyal hayatlarını, fiziksel kapasitelerini ve psikolojik sağlıklarını iyileştirir. Rehabilitasyon süreci, bireylerin yaşamlarından daha tatmin olmalarını sağlar ve tedavi sürecine uyumlarını artırır (Anderson ve diğ., 2016, s.7).

1.8.3.1. Uzun Dönemde Yaşam Kalitesi

KR'nin uzun vadeli etkisi, hastaların sosyal etkileşimlerini, günlük aktivitelerini ve genel yaşam tatminlerini artırır. Bu programlara düzenli olarak katılan bireylerde yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal iyilik halinde de sürdürülebilir gelişmeler sağlandığı gözlemlenmiştir.

Sazak ve diğerleri (2020, ss.218-219) tarafından yapılan bir çalışmada, KR programlarına katılan hastaların yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme olduğu ve bu iyileşmenin uzun vadede devam ettiği belirtilmiştir.

1.9. KARDİYAK REHABİLİTASYON VE TEKNOLOJİK YÖNTEMLER

KR, son yıllarda teknolojik gelişmelerle birlikte daha erişilebilir hale gelmiştir. Tele-rehabilitasyon, uzaktan KR programlarının uygulanmasını sağlar ve özellikle uzak bölgelerde yaşayan bireyler için büyük bir avantaj sunar. Tele-rehabilitasyon, hastaların egzersizlerini evlerinde yapmalarına olanak tanırken, doktor ve sağlık profesyonelleriyle düzenli olarak iletişim kurmalarını sağlar (Thomas ve diğ., 2019, s.8).

1.9.1. Mobil Sağlık Uygulamaları

Mobil uygulamalar, KR'nin önemli bir parçası haline gelmiştir. Bu uygulamalar, hastaların egzersizlerini izlemelerine, diyetlerini düzenlemelerine ve tedavi sürecine uyumlarını artırmalarına yardımcı olur. Ayrıca, bu uygulamalar, hastaların kalp sağlığını izlemek ve anlık veriler sağlamak için kullanılabilir (Widmer ve diğ., 2015, s. 6).

1.9.2. Giyilebilir Teknolojiler

Giyilebilir teknolojiler, KR'nin etkinliğini artıran bir diğer önemli araçtır. Kalp izleme cihazları, akıllı saatler ve fitness takip cihazları, hastaların egzersiz seviyelerini izlemelerine, kalp hızlarını kontrol etmelerine ve rehabilitasyon sürecinde ilerlemelerini kaydetmelerine olanak tanır (Abreu ve diğ., 2016, s.5).

1.9.2.1. Teknolojik Gelişmelerin Etkisi

Giyilebilir teknolojiler ve mobil sağlık uygulamaları, KR süreçlerinde hem hastaların hem de sağlık profesyonellerinin deneyimlerini dönüştürmektedir. Bu teknolojiler, sağlık profesyonellerine hastalarının ilerlemelerini uzaktan izleme imkânı sunarken, hastalarının da kendi sağlıklarını kontrol etmelerine yardımcı olur. Imran ve diğ. (2021) çalışması, mobil teknolojinin KR programlarına katılımı anlamlı şekilde artırdığını göstermiştir. Aynı yönde, Dwiputra ve diğerlerinin (2023, s.42) meta-analizinde de akıllı telefon tabanlı KR'nin fonksiyonel kapasiteyi anlamlı şekilde iyileştirdiği rapor edilmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışma, AKS tanısı alan hastalara uygulanan Faz 1 ve Faz 2 KR eğitiminin, hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla prospektif, tek grup ön test-son test yarı deneysel tasarımda gerçekleştirilmiştir.

2.1.1. Kardiyak Rehabilitasyon Faz 1 ve Faz 2 Eğitimin Geliştirilmesi

Bu çalışmada kullanılan “KR Faz 1 ve Faz 2 Eğitim Kitapçığı” (EK-2), AKS tanısı almış hastaların rehabilitasyon sürecine aktif katılımını teşvik etmek ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla hazırlanmıştır. Kitapçık; hastaların klinikte geçirdikleri erken dönemi (Faz 1) ve taburculuk sonrası ilk haftaları kapsayan (Faz 2) iki temel aşamaya yönelik yapılandırılmıştır. Eğitim kitapçığı, hastalara ve yakınlarına yönelik sadeleştirilmiş, bilimsel temelli bilgiler içermekte olup şu temel başlıkları kapsamaktadır:

- KR’nin tanımı ve amaçları,
- KAH nedir, risk faktörleri ve belirtileri,
- KAG, balon-stent işlemleri ve sonrası dikkat edilmesi gerekenler,
- Kalp krizi sonrası yaşamda dikkat edilecek noktalar,
- Beslenme, HT, diyabet yönetimi,
- Fiziksel aktivite ve egzersiz önerileri,
- Psikososyal destek ve sigarayı bırakma,
- Cinsel yaşam ve taburculuk sonrası genel öneriler,

Eğitim materyali Türkçe anlaşılabilirlik düzeyine göre sadeleştirilmiş ve hasta merkezli bir yaklaşımla hazırlanmıştır. Eğitim verme yöntemi şırıyla aşağıda basamakları kapsamaktadır:

1.Eğitim, hasta yatışının ikinci gününden itibaren başlatılmıştır.

2.Oturumların içeriğı, hastanın ruhsal durumu, öğrenme isteğı ve fiziksel kapasitesi dikkate alınarak şekillendirilmiştir.

3.Eğitim öncesi hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

4.Eğitim, hemşire tarafından bire bir yüz yüze olacak şekilde hasta odasında, hasta yakınları dahil edilerek verilmiştir.

5.KR Faz 1 ve Faz 2 Eğitimi toplamda 50 dakikalık bir eğitim olarak planlanmıştır, bilgilendirme oturumları kişinin anlama seviyesine göre bazen 2 oturum, bazen 3 oturuma bölünerek tamamlanmıştır.

6.Hastaya yazılı kitapçık verilmiştir, evde uygulayacağı egzersizler, beslenme düzeni ve ilaç takibi konularında yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılmıştır.

7.Hastaya iletişim numarası verilmiş, sorularını yöneltebilmesi sağlanmıştır.

8.Eğitim sonrası izlem aramaları ile rehberlik devam ettirilmiştir.

Tablo 2.1: Kardiyak Rehabilitasyon Eğitim Planı

Eğitim Başlığı	İçerik Açıklaması	Öğrenme Hedefleri	Yöntem / Materyal	Süre
1. Kardiyak Rehabilitasyon Nedir?	Kardiyak rehabilitasyonun tanımı, amacı ve evreleri (Faz 1 ve Faz 2) anlatılır.	Hastalar, kardiyak rehabilitasyonun genel yapısını ve amacını kavrar.	Faz 1 ve Faz 2 Eğitim Kitapçığı	5 dk
2. Kalp Krizi Sonrası Yaşam	Akut koroner sendrom sonrası vücuttaki değişiklikler, psikolojik etkiler açıklanır.	Hastalar, kriz sonrası karşılaşılabilecekleri durumları tanımlar.	Faz 1 ve Faz 2 Eğitim Kitapçığı	5 dk
3. İlaç Kullanımı ve Uyum	Kardiyolojik ilaçlar, kullanım sıklığı, yan etkiler ve düzenli kullanmanın önemi aktarılır.	Hastalar, ilaçlarını doğru zamanda ve düzenli almanın önemini bilir.	Sözlü anlatım, Faz 1 ve Faz 2 Eğitim Kitapçığı	5 dk
4. Beslenme Eğitimi	Kalp dostu besinler, tuz ve yağ kısıtlaması, Akdeniz tipi diyet örneklenir.	Hastalar, kalp sağlığını koruyan beslenme kurallarını uygular.	Sözlü Anlatım, Faz 1 ve Faz 2 Eğitim Kitapçığı	10 dk
5. Egzersiz Eğitimi	Güvenli egzersiz, yürüyüş önerileri, nabız takibi ve egzersiz öncesi uyarılar verilir.	Hastalar, evde yapabileceği egzersizleri bilir ve uygulayabilir.	Faz 1 ve Faz 2 Eğitim Kitapçığı, örnek egzersiz	10 dk
6. Stres ve Psikolojik Destek	Anksiyete, depresyon ile baş etme, gevşeme egzersizleri öğretilir.	Hastalar, stresin kalp sağlığına etkisini öğrenir ve baş etme yollarını uygular.	Faz 1 ve Faz 2 Eğitim Kitapçığı, örnek egzersiz	5 dk
7. Sigara ve Alkolün Bırakılması	Tütün ve alkolün kardiyak etkileri, bırakma yöntemleri anlatılır.	Hastalar, bu maddelerin zararlarını kavrar ve bırakmaya motive olur.	Sözlü anlatım, destek hattı bilgisi	5 dk
8. Takip ve Kontrollerin Önemi	Poliklinik kontrolleri, testlerin önemi ve yaşam boyu takip süreci anlatılır.	Hastalar, düzenli takiplerin hayati önemini kavrar.	Hatırlatma kartı, takip çizelgesi	5 dk

2.1.2. Uzman Görüş Sonucu

Eğitim içeriğinin bilimsel geçerliliği ve klinik uygulanabilirliği değerlendirilmek amacıyla; 3 kardiyoloji uzmanı ve klinik deneyimi yüksek 4 akademisyen hemşirenin yer aldığı 7 kişilik uzman görüşüne başvurulmuştur. Yapılandırılmış değerlendirme formu aracılığıyla yapılan incelemeler sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- Eğitim kitapçığının içeriği güncel bilimsel verilere dayanmakta ve klinik ihtiyaçlara uygun bulunmuştur.
- Anlatım dili, görseller ve hasta takibi destek materyalleri etkili olarak değerlendirilmiştir.
- Faz 1 eğitiminde hasta yakınlarını da kapsayan kısa bilgilendirme oturumlarının eklenmesi önerilmiştir.
- Faz 2 döneminde hastanın öz-bakımını kolaylaştıracak şekilde ilaç takvimleri, egzersiz günlüğü ve kontrol listesi eklenmesi faydalı bulunmuştur.

Gelen görüşler doğrultusunda kitapçık ve eğitim planında revizyonlar yapılmış ve materyal son haline kavuşturulmuştur.

Sonuç olarak, uzman görüşleri doğrultusunda yapılandırılmış olan bu eğitim içeriği, hemşirelik girişimi olarak kardiyak rehabilitasyonun etkili bir bileşeni olarak değerlendirilmiş, Faz 1 ve Faz 2 sürecinde kullanılabilirliği yüksek bir kaynak olarak onaylanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0: Faz 1 ve Faz 2 KR eğitimi, AKS tanısı alan hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili değildir.

H1: Faz 1 ve Faz 2 KR eğitimi, AKS tanısı alan hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkilidir.

2.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız Değişkenler: KR eğitimi, demografik özellikler ve klinik özelliklerdir.

Bağımlı Değişken: KR sonrasında ölçülen hastaların yaşam kalitesi ölçek puanlarıdır.

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma, İstanbul ilindeki özel bir hastanenin 4 yataklı ve aylık ortalama 45 hastanın takip edildiği koroner yoğun bakım ünitesinde, 17.12.2024- 17.04.2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Kurçer ve Özbay (2011) tarafından yapılan çalışmada yaşam kalitesi değişimine ilişkin etki büyüklüğü 0,944 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,944 etki büyüklüğünde gruplarda 45 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=44; t=1,680). Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar göz önünde bulundurularak %20 arttırılarak 54 kişiye ulaşılması hedeflenmiş, 55 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Dahil Edilme Kriterleri:

- Non-STEMI (NSTEMI) ve Unstable Angina Pektoris (USAP) tanısı ile hastaneye yatırılan,
- 18-75 yaş aralığında olan,
- Bilinci açık ve iletişim kurabilen,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar,

Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Evre 3 veya 4 kalp yetmezliği tanısı alan hastalar
(NYHA Class III–IV, bu hastalar genellikle rehabilitasyon programına fiziksel olarak katılamaz),
- Psikiyatrik hastalığı olanlar
(şizofreni, bipolar bozukluk gibi yaşam kalitesi değerlendirmesini etkileyebilecek durumlar),

- Demans veya kognitif bozukluğu olanlar
(ölçek uygulamalarını anlayamayacak veya hatalı yanıtlayacak bireyler),
- İleri derecede fiziksel engeli olanlar
(örneğin yürüme yetisi olmayan ya da immobil durumda olanlar),
- Daha önce KR eğitimi almış olanlar,
- Araştırmaya katılmayı istemeyen veya bilgilendirilmiş onam vermeyen hastalar.
- Rehabilitasyon eğitiminin tümüne katılamayan hastalar
(taburcu olup iletişimi kesilen ya da takip kaybı olanlar),
- Eğitim sürecinden bağımsız olarak, ilk ölçümden sonra yeniden hastaneye yatanlar veya ölüm gelişenler. Bu yaklaşım, ulaşılabilen ve gönüllü hastaların seçilmesi esasına dayandığından kolayda örnekleme yöntemi kapsamında değerlendirilmiştir (Etikan, Musa, & Alkassim, 2016, s. 2).

2.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma verileri MILQ-TR (EK-3) kullanılarak derlenmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için kullanılan ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren Demir (2012) 'den kullanım izni (EK-4) alınmıştır. Verilerin toplandığı hastanenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 15.08.2024 tarihli, 2024-12/499 karar numarası ile etik kurul izni (EK-5) alınmıştır. Ardından kurum izni alınmıştır (EK-6). Dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara araştırmanın amacı, yöntemi, verilen yanıtların tümünün araştırmacı tarafından saklanacağı ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı hakkında bilgi verilmiştir. Hastalara araştırmaya katılmak istediklerine dair yazılı bir şekilde Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-7) imzalatılmış ve Tanımlayıcı Özellikler Bilgi Formu (EK-8) doldurulmuştur. Araştırmanın yürütüldüğü yoğun bakımın uzman doktoru ve hemşireleri araştırma ile ilgili bilgilendirilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi ve denetlenmesi, sorumlu araştırmacı ve tez danışmanı tarafından yapılmıştır.

2.7. VERİ TOPLAMA FORMLARI

Araştırma verileri Tanımlayıcı Özellikler Bilgi Formu ve Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak derlenmiştir.

2.7.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form ile hastalar hakkında genel bilgilere ulaşıldı ve hastaların çalışmaya uygunluğu değerlendirildi. Hasta tanılama formu 8 sosyodemografik, 8 klinik özellik olmak üzere toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Bu araştırmada kullanılan Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Bağlı'nın (2024) çalışmasından yararlanılarak hazırlanmıştır.

2.7.2. Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği (MILQ)

Koroner vasküler hastalık (KVH) tanısı alan hastalar için psikometrik olarak güçlü, kısa, uygulanması kolay ve uygun bir ölçüm aracı olan MILQ (Multidimensional Index of Life Quality), Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi'nin çok boyutlu ölçümünü yapmak amacıyla Avis, Smith ve Shumaker tarafından geliştirilmiştir (Avis ve diğ., 1996). Ölçek dokuz alt boyuttan oluşmakta ve toplamda 35 madde içermektedir. Her bir alt boyutta 4 madde yer almakta olup, ölçeğin 12. maddesi hem fiziksel fonksiyon hem de verimlilik alt boyutlarına dahil edilmektedir. Yanıtlar 1–7 arasında puanlanmaktadır (1 = hiç memnun olmama, 7 = çok memnun olma). Buna göre toplam ölçek puanı 35 ile 245 arasında değişmekte, yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Alt boyut puanları ise 4–28 arasında değişmektedir. Ölçek için belirlenmiş kesme noktası bulunmamaktadır, puanlar sürekli değişken olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Demir (2012) tarafından yapılmış olup, toplam ölçek için Cronbach's alfa katsayısı 0,89, alt boyutlar için ise 0,84–0,88 aralığında bulunmuştur. Bu araştırmada kullanılan Cronbach's alfa katsayısı toplam ölçek için 0,90 olarak hesaplanmış, alt boyutlar için değerler 0,85–0,89 aralığında bulunmuştur.

2.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırmaya dahil edilecek hastalara gönüllü katılım sağlanarak araştırmayla alakalı bilgi verilmiş, ardından Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılmıştır. Çalışmaya katılan hastalar, yüz yüze görüşülerek Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu doldurmuş ve ardından MILQ eğitim verilmeden uygulanmıştır. Hastalara taburculuk öncesi hasta odasında Faz 1 ve Faz 2 KR eğitimi verildikten 2 hafta sonra yeniden MILQ uygulanarak yaşam kalitesi üzerindeki değişimler değerlendirilmiştir.

2.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Tek merkezli bir çalışma olması, sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.
- Hastaların bireysel farklılıkları (beslenme durumu, fiziksel aktivite, psikososyal destek sistemleri gibi faktörler) rehabilitasyonun etkisini farklılaştırabilir.
- Ölçüm süresi sınırlı olup, daha uzun takip çalışmaları gerekmektedir.

2.10. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İSTATİKSEL ANALİZ EDİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 2.2: Normal Dağılım

Eğitim Öncesi	Basıklık	Çarpıklık	Eğitim Sonrası	Basıklık	Çarpıklık
MILQ Toplam Puanı	0,745	0,082	MILQ Toplam Puanı	0,748	-1,025
Ruhsal Sağlık	-1,084	0,054	Ruhsal Sağlık	0,869	-1,369
Fiziksel Sağlık	0,076	-0,008	Fiziksel Sağlık	1,025	-1,075
Fiziksel Fonksiyon	-0,092	0,097	Fiziksel Fonksiyon	1,036	-1,373

Eğitim Öncesi	Basıklık	Çarpıklık	Eğitim Sonrası	Basıklık	Çarpıklık
Bilişsel Fonksiyon	0,142	0,18	Bilişsel Fonksiyon	1,452	-1,036
Cinsel Fonksiyon	0,896	0,154	Cinsel Fonksiyon	1,325	-0,179
Sosyal Fonksiyon	0,583	0,182	Sosyal Fonksiyon	1,205	-1,391
Verimlilik	-0,269	-0,232	Verimlilik	1,058	-0,798
Sağlık Personeline Erişim	0,741	-1,074	Sağlık Personeline Erişim	0,985	-1,074
Finansal Durum	-0,422	-0,2	Finansal Durum	0,635	-1,456

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile-1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile-2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Hastaların MILQ önce ve sonra ölçümleri arasındaki fark bağımlı gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Hastaların MILQ düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	27	49,1
Erkek	28	50,9
Yaş		
50 ve Altı	18	32,7
51-60	14	25,5
61 ve Üzeri	23	41,8
Eğitim Durumu		
Lise ve Altı	15	27,3
Üniversite	40	72,7
Medeni Durum		
Evli	31	56,4
Bekar	24	43,6
Sosyal Güvence		
SGK	20	36,4
Emekli Sandığı	12	21,8
Özel Sigorta	23	41,8
Çalışma Durumu		
Tam Gün	38	69,1
Çalışmıyor/işsiz	17	30,9
Evde Yaşam Şekli		
Yalnız Yaşıyor	11	20,0
Eşiyle Birlikte	19	34,5
Eşi ve Çocuklarıyla Birlikte	17	30,9
Çocuklarıyla Birlikte	5	9,1
Aile Büyükleriyle	3	5,5
Aile Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Fazla	21	38,2
Gelir Gider Eşit	19	34,5
Gelir Giderden Az	15	27,3
Sigara Kullanımı		
Evet	25	45,5
Hayır	30	54,5

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Alkol Kullanımı		
Evet	24	43,6
Hayır	31	56,4
Diyet Varlığı		
Evet	16	29,1
Hayır	39	70,9
Hastalık Bilgisi Varlığı		
Evet	14	25,5
Hayır	24	43,6
Biraz	17	30,9
Koroner Arter Hastalığı Bilgisi Varlığı		
Evet	14	25,5
Hayır	24	43,6
Biraz	17	30,9
Kardiyak Rehabilitasyon Uygulama Bilgisi Varlığı		
Evet	5	9,1
Hayır	26	47,3
Biraz	24	43,6

Tablo 3.1’de, katılımcıların tanımlayıcı özellikleri incelenmiş ve cinsiyet dağılımı bakımından örneklemin %49,1’inin kadın, %50,9’unun ise erkek olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %32,7’sinin 50 yaş ve altı, %25,5’inin 51-60 yaş aralığında, %41,8’inin ise 61 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. Eğitim durumuna bakıldığında, katılımcıların %27,3’ü lise ve altı eğitime sahipken, %72,7’sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %56,4’ü evli, %43,6’sı ise bekar olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların sosyal güvence dağılımı incelendiğinde, %36,4’ünün SGK, %21,8’inin Emekli Sandığı, %41,8’inin ise özel sigorta kapsamında olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %69,1’inin tam zamanlı çalıştığı, %30,9’unun ise çalışmadığı veya işsiz olduğu görülmüştür. Evde yaşam şekline bakıldığında, katılımcıların %20’sinin yalnız yaşadığı, %34,5’inin eşiyle birlikte, %30,9’unun eşi ve çocuklarıyla birlikte, %9,1’inin çocuklarıyla birlikte, %5,5’inin ise aile büyükleriyle yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların ekonomik durumu değerlendirildiğinde, %38,2’sinin gelirinin giderinden fazla, %34,5’inin geliri ve giderinin eşit, %27,3’ünün ise gelirinin giderinden az olduğu tespit edilmiştir.

Sigara kullanımı açısından, katılımcıların %45,5'inin sigara içtiği, %54,5'inin ise sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Alkol kullanımı açısından ise %43,6'sının alkol kullandığı, %56,4'ünün ise kullanmadığı görülmüştür. Diyet uygulama durumu incelendiğinde, katılımcıların %29,1'inin diyet uyguladığı, %70,9'unun ise diyet yapmadığı belirlenmiştir. Hastalık bilgisi varlığına ilişkin değerlendirmede, katılımcıların %25,5'inin hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu, %43,6'sının bilgi sahibi olmadığı, %30,9'unun ise biraz bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. KAH bilgisi açısından ise benzer şekilde %25,5'i bilgi sahibi olduğunu, %43,6'sı bilgi sahibi olmadığını, %30,9'u ise biraz bilgisi olduğunu ifade etmiştir. KR uygulamalarına yönelik bilgi düzeyi değerlendirildiğinde ise katılımcıların yalnızca %9,1'inin KR hakkında bilgi sahibi olduğu, %47,3'ünün bilgi sahibi olmadığı, %43,6'sının ise biraz bilgisi olduğu tespit edilmiştir.

3.2. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARA VERİLEN FAZ 1 VE FAZ 2 KARDİYAK REHABİLİTASYON EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların çok boyutlu yaşam kalitesi değişimlerine yönelik bulgular Tablo 3.2'de gösterilmektedir.

Tablo 3.2: Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Değişimi

Ölçümler	Önce		Sonra		N	t	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
MILQ Toplam	147,036	19,807	200,873	13,935	55	-21,334	0,000
Ruhsal Sağlık	14,691	3,208	21,655	2,459	55	-16,806	0,000
Fiziksel Sağlık	14,636	3,262	21,382	2,369	55	-16,466	0,000
Fiziksel Fonksiyon	14,309	3,906	21,400	2,258	55	-16,178	0,000
Bilişsel Fonksiyon	15,727	3,639	21,946	2,352	55	-14,006	0,000
Cinsel Fonksiyon	16,964	3,049	19,691	2,176	55	-10,434	0,000
Sosyal Fonksiyon	15,036	3,300	21,800	1,799	55	-16,197	0,000
Verimlilik	15,727	3,832	22,364	2,180	55	-14,781	0,000
Sağlık Personeline Erişim	22,036	2,899	26,000	1,934	55	-10,856	0,000
Finansal Durum	17,909	3,063	24,636	1,747	55	-16,615	0,000

Bağımlı Gruplar T-Testi

Tablo 3.2’de, MILQ kullanılarak hastaların ön test ve son test ölçümleri karşılaştırılmış ve bağımlı gruplar için t-testi uygulanmıştır. MILQ toplam puanı, ön testte $147,036 \pm 19,807$, son testte ise $200,873 \pm 13,935$ olarak bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı ($t = -21,334$, $p < 0,001$) tespit edilmiştir. Bu bulgu, genel yaşam kalitesinde önemli bir artış olduğunu göstermektedir.

Alt boyutlar incelendiğinde, ruhsal sağlık ($t = -16,806$, $p < 0,001$), fiziksel sağlık ($t = -16,466$, $p < 0,001$), fiziksel fonksiyon ($t = -16,178$, $p < 0,001$), bilişsel fonksiyon ($t = -14,006$, $p < 0,001$), cinsel fonksiyon ($t = -10,434$, $p < 0,001$), sosyal fonksiyon ($t = -16,197$, $p < 0,001$), verimlilik ($t = -14,781$, $p < 0,001$), sağlık personeline erişim ($t = -10,856$, $p < 0,001$) ve finansal durum ($t = -16,615$, $p < 0,001$) alt boyutlarında da anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir.

3.3. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARA VERİLEN FAZ 1 VE FAZ 2 KARDİYAK REHABİLİTASYON EĞİTİMİNİN ÇOK BOYUTLU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 3.3: Eğitim Öncesi Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Demografik Özellikler	n	MILQ Toplam	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Cinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Verimlilik	Sağlık Personeline Erişim	Finansal Durum
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Cinsiyet											
Kadın	27	145,59±17,33	14,26±3,55	14,37±3,20	13,93±3,91	15,70±3,69	16,70±2,48	15,04±2,99	15,70±3,73	22,19±1,86	17,70±3,09
Erkek	28	148,43±22,17	15,11±2,85	14,89±3,36	14,68±3,94	15,75±3,66	17,21±3,54	15,04±3,63	15,75±4,00	21,89±3,67	18,11±3,08
t=		-0,527	-0,980	-0,590	-0,711	-0,047	-0,617	0,001	-0,044	0,371	-0,485
p=		0,600	0,332	0,558	0,480	0,963	0,540	0,999	0,965	0,710	0,630
Yaş											
50 ve Altı	18	158,39±24,47	16,89±2,97	16,00±3,91	16,11±3,97	17,00±3,94	18,44±3,58	15,67±3,96	16,78±4,37	22,28±3,92	19,22±3,25
51-60	14	150,79±17,10	15,64±2,13	15,36±3,27	16,21±3,12	16,43±3,44	17,07±1,98	15,07±3,22	14,71±3,56	21,50±2,35	18,79±2,69
61 ve Üzeri	23	135,87±9,10	12,39±2,39	13,13±1,94	11,74±2,77	14,30±3,13	15,74±2,68	14,52±2,81	15,52±3,49	22,17±2,29	16,35±2,48
F=		8,860	17,201	5,013	12,071	3,397	4,505	0,600	1,208	0,320	6,226
p=		0,000	0,000	0,010	0,000	0,041	0,016	0,553	0,307	0,728	0,004
PostHoc=		1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3 (p<0.05)	1>3 (p<0.05)				1>3, 2>3 (p<0.05)
Eğitim Durumu											
Lise ve Altı	15	133,33±24,47	12,33±3,13	12,80±3,19	11,53±4,31	13,80±4,49	16,07±2,74	13,80±4,31	15,80±3,73	21,40±3,98	15,80±3,05
Üniversite	40	152,18±15,13	15,58±2,79	15,33±3,05	15,35±3,22	16,45±3,02	17,30±3,12	15,50±2,75	15,70±3,92	22,28±2,40	18,70±2,70
t=		-3,443	-3,711	-2,701	-3,559	-2,522	-1,346	-1,733	0,085	-0,997	-3,424
p=		0,001	0,000	0,009	0,001	0,015	0,184	0,089	0,932	0,323	0,001
Medeni Durum											
Evli	31	147,19±20,47	14,90±2,91	14,97±3,23	14,71±3,80	16,32±3,16	16,45±3,86	14,87±2,94	15,19±4,37	21,84±3,35	17,94±3,13
Bekâr	24	146,83±19,35	14,42±3,60	14,21±3,32	13,79±4,06	14,96±4,12	17,63±1,24	15,25±3,77	16,42±2,95	22,29±2,24	17,88±3,04
t=		0,066	0,554	0,854	0,862	1,391	-1,429	-0,419	-1,178	-0,571	0,072
p=		0,947	0,582	0,397	0,392	0,170	0,121	0,677	0,222	0,570	0,943

Demografik Özellikler	n	MILQ Toplam	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Cinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Verimlilik	Sağlık Personeline Erişim	Finansal Durum
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sosyal Güvence											
SGK	20	142,50±23,67	14,60±3,38	14,10±3,63	13,75±4,48	15,50±4,44	16,75±3,14	14,20±3,56	14,85±4,65	21,35±3,47	17,40±3,08
Emekli Sandığı	12	150,67±16,01	15,67±3,63	15,25±2,99	15,17±3,41	16,33±2,87	16,75±3,14	15,50±3,94	15,08±2,94	21,00±2,56	19,92±2,19
Özel Sigorta	23	149,09±17,90	14,26±2,85	14,78±3,13	14,35±3,69	15,61±3,33	17,26±3,03	15,52±2,64	16,83±3,30	23,17±2,15	17,30±3,10
F=		0,844	0,763	0,496	0,486	0,211	0,182	1,010	1,681	3,369	3,623
p=		0,436	0,471	0,612	0,618	0,810	0,834	0,371	0,196	0,042	0,034
PostHoc=										3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 2>3 (p<0.05)
Çalışma Durumu											
Tam Gün	38	151,42±21,33	15,79±2,83	15,32±3,48	15,42±3,60	16,66±3,43	17,24±3,22	15,42±3,36	15,39±4,12	21,76±3,13	18,42±3,20
Çalışmıyor/işsiz	17	137,24±11,17	12,24±2,63	13,12±2,09	11,82±3,47	13,65±3,30	16,35±2,62	14,18±3,09	16,47±3,08	22,65±2,26	16,76±2,44
t=		2,580	4,394	2,410	3,463	3,045	0,993	1,301	-0,962	-1,046	1,898
p=		0,013	0,000	0,006	0,001	0,004	0,325	0,199	0,341	0,300	0,063
Evde Yaşam Şekli											
Yalnız Yaşıyor	11	151,36±22,34	15,27±3,93	14,09±3,62	14,91±4,39	14,64±4,74	17,18±1,40	16,09±4,18	17,64±2,42	23,09±2,17	18,45±3,39
Eşyle Birlikte	19	142,84±14,84	13,58±2,48	13,68±3,06	12,63±3,35	15,42±3,61	16,63±3,42	15,00±2,85	15,21±3,55	22,68±2,40	18,00±2,81
Eşi ve Çocuklarıyla Birlikte	17	145,24±19,73	15,41±3,41	15,12±2,67	15,24±3,31	15,94±2,86	16,71±2,69	14,00±2,72	14,71±4,44	20,47±3,22	17,65±3,24
Çocuklarıyla Birlikte	5	149,20±32,00	13,00±1,58	15,00±4,18	14,20±5,89	16,20±3,49	17,60±5,86	15,40±3,85	17,60±4,56	23,60±3,65	16,60±3,78
Aile Büyükleriyle	3	164,33±14,01	18,33±1,53	19,33±0,58	17,67±2,08	19,67±2,52	18,67±1,53	16,67±5,03	14,67±3,51	20,33±0,58	19,00±2,00
F=		0,964	2,420	2,360	1,844	1,215	0,371	0,892	1,477	2,789	0,427
p=		0,436	0,061	0,066	0,135	0,316	0,828	0,476	0,223	0,036	0,788
PostHoc=										1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)	

Demografik Özellikler	n	MILQ Toplam	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Cinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Verimlilik	Sağlık Personeline Erişim	Finansal Durum
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Aile Ekonomik Durum											
Gelir Giderden Fazla	21	153,19±17,04	15,43±3,17	15,24±3,28	15,48±3,72	15,86±3,20	17,19±3,59	15,57±2,94	16,57±3,26	22,86±2,52	19,00±2,74
Gelir Gider Eşit	19	136,16±17,55	13,68±2,81	13,84±2,34	13,16±3,47	14,58±3,39	15,68±2,38	14,16±3,22	14,47±4,27	20,89±3,23	15,68±2,52
Gelir Giderden Az	15	152,20±21,36	14,93±3,59	14,80±4,14	14,13±4,44	17,00±4,26	18,27±2,46	15,40±3,83	16,13±3,81	22,33±2,66	19,20±2,65
F=		5,047	1,566	0,937	1,833	1,943	3,374	1,042	1,649	2,529	10,331
p=		0,010	0,219	0,398	0,170	0,154	0,042	0,360	0,202	0,090	0,000
PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)					3>2 (p<0.05)				1>2, 3>2 (p<0.05)
Sigara Kullanımı											
Evet	25	151,76±13,06	15,76±2,71	14,92±3,03	14,72±3,30	16,28±3,27	17,68±2,38	15,16±2,91	15,92±3,62	22,68±2,04	18,64±2,40
Hayır	30	143,10±23,54	13,80±3,36	14,40±3,48	13,97±4,37	15,27±3,91	16,37±3,44	14,93±3,64	15,57±4,06	21,50±3,40	17,30±3,45
t=		1,640	2,349	0,585	0,709	1,029	1,614	0,251	0,338	1,521	1,641
p=		0,107	0,023	0,561	0,481	0,308	0,112	0,802	0,737	0,134	0,107
Alkol Kullanımı											
Evet	24	155,13±16,86	16,00±2,57	15,54±3,49	16,13±3,44	17,00±2,93	17,96±3,21	15,42±3,16	15,96±3,93	22,00±2,77	19,13±2,95
Hayır	31	140,77±19,89	13,68±3,32	13,94±2,94	12,90±3,70	14,74±3,86	16,19±2,73	14,74±3,43	15,55±3,81	22,06±3,04	16,97±2,85
t=		2,833	2,830	1,851	3,300	2,379	2,204	0,749	0,390	-0,081	2,743
p=		0,007	0,007	0,070	0,002	0,021	0,032	0,457	0,698	0,936	0,008
Diyet Varlığı											
Evet	16	140,50±13,72	13,38±3,38	14,00±2,25	12,63±2,83	14,88±3,07	16,19±3,02	14,94±3,11	15,00±2,88	22,25±2,44	17,25±3,17
Hayır	39	149,72±21,40	15,23±3,01	14,90±3,59	15,00±4,10	16,08±3,83	17,28±3,04	15,08±3,41	16,03±4,16	21,95±3,09	18,18±3,02
t=		-1,590	-2,002	-0,925	-2,113	-1,115	-1,215	-0,141	-0,900	0,347	-1,023
p=		0,118	0,050	0,271	0,039	0,270	0,230	0,888	0,301	0,730	0,311

Demografik Özellikler	n	MILQ Toplam	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Cinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Verimlilik	Sağlık Personeline Erişim	Finansal Durum
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Hastalık Bilgisi Varlığı											
Evet	14	145,14±13,97	14,21±3,42	13,86±3,18	13,50±3,46	16,07±3,58	16,64±3,18	14,86±2,28	15,29±3,31	22,93±2,50	17,79±3,02
Hayır	24	146,00±23,87	15,04±3,32	14,75±3,27	13,88±3,73	15,50±4,08	17,25±2,57	15,08±4,03	15,38±3,98	21,13±3,42	18,00±3,23
Biraz	17	150,06±18,23	14,59±3,00	15,12±3,39	15,59±4,37	15,76±3,19	16,82±3,66	15,12±3,02	16,59±4,09	22,59±2,06	17,88±3,04
F=		0,287	0,299	0,590	1,379	0,107	0,195	0,027	0,615	2,257	0,022
p=		0,752	0,743	0,558	0,261	0,899	0,823	0,973	0,545	0,115	0,978
Koroner Arter Hastalığı Bilgisi Varlığı											
Evet	14	145,14±13,97	14,21±3,42	13,86±3,18	13,50±3,46	16,07±3,58	16,64±3,18	14,86±2,28	15,29±3,31	22,93±2,50	17,79±3,02
Hayır	24	146,00±23,87	15,04±3,32	14,75±3,27	13,88±3,73	15,50±4,08	17,25±2,57	15,08±4,03	15,38±3,98	21,13±3,42	18,00±3,23
Biraz	17	150,06±18,23	14,59±3,00	15,12±3,39	15,59±4,37	15,76±3,19	16,82±3,66	15,12±3,02	16,59±4,09	22,59±2,06	17,88±3,04
F=		0,287	0,299	0,590	1,379	0,107	0,195	0,027	0,615	2,257	0,022
p=		0,752	0,743	0,558	0,261	0,899	0,823	0,973	0,545	0,115	0,978
Kardiyak Rehabilitasyon Uygulama Bilgisi Varlığı											
Evet	5	145,20±13,31	14,80±3,42	14,40±2,88	13,80±3,83	14,80±2,39	18,40±1,34	13,00±1,87	15,40±1,67	22,00±1,58	18,60±2,70
Hayır	26	146,58±22,28	15,15±3,39	15,19±2,88	14,31±3,56	15,81±3,50	16,35±3,24	15,42±3,49	14,92±4,09	21,58±3,34	17,85±3,23
Biraz	24	147,92±18,68	14,17±3,02	14,08±3,72	14,42±4,40	15,83±4,07	17,33±3,02	15,04±3,26	16,67±3,76	22,54±2,59	17,83±3,05
F=		0,050	0,585	0,728	0,050	0,173	1,278	1,136	1,328	0,683	0,136
p=		0,951	0,561	0,488	0,951	0,841	0,287	0,329	0,274	0,509	0,874

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Tablo 3.3'te, MILQ ön test puanlarının demografik değişkenlere göre farklılaşma durumu bağımsız gruplar t-testi ve ANOVA analizi ile incelenmiştir.

Cinsiyet değişkenine göre MILQ toplam puanı ve alt boyutlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Yaş değişkenine göre yapılan analizlerde, MILQ toplam puanı ve birçok alt boyut açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Post-hoc analizleri, 50 yaş ve altındaki bireyler ile 51-60 yaş grubundakilerin 61 yaş ve üzerinelere kıyasla daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğunu göstermiştir.

Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde, üniversite mezunlarının MILQ toplam puanı, ruhsal sağlık, fiziksel sağlık, fiziksel fonksiyon ve bilişsel fonksiyon alt boyutlarında lise ve altı eğitim seviyesindeki bireylere göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Medeni durum, sosyal güvence ve evde yaşam şekline göre yapılan analizlerde, değişkenler açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0,05$), ancak sosyal güvence değişkeninde özel sigorta sahiplerinin finansal durum alt boyutunda diğer gruplara göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Çalışma durumu açısından, tam zamanlı çalışan bireylerin, çalışmayan ya da işsiz bireylere kıyasla MILQ toplam puanı, ruhsal sağlık, fiziksel sağlık, fiziksel fonksiyon ve bilişsel fonksiyon alt boyutlarında anlamlı derecede daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sigara ve alkol kullanımına göre yapılan analizlerde, alkol kullanan bireylerin toplam MILQ puanı ve bazı alt boyutlarda anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Diyet varlığı, hastalık bilgisi, KAH bilgisi ve KR bilgisi değişkenleri açısından MILQ toplam puanı ve alt boyutlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Aile ekonomik durumu değişkeninde, geliri giderinden fazla olan ve gelir giderden az olan bireylerin, gelir gideri eşit olan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Bu bulgular, yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve ekonomik durum gibi değişkenlerin MILQ ölçeği puanlarını önemli ölçüde etkileyebileceğini ve bireylerin yaşam kalitesinin sosyoekonomik faktörlerle ilişkilendirilebileceğini göstermektedir.



Tablo 3.4: Eğitim Sonrası Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Demografik Özellikler	n	MILQ Toplam	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Cinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Verimlilik	Sağlık Personeline Erişim	Finansal Durum
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Cinsiyet											
Kadın	27	200,33±14,79	21,59±2,76	21,26±2,65	21,19±2,45	22,00±2,87	19,33±1,78	21,74±1,75	22,48±2,05	26,15±1,56	24,59±1,62
Erkek	28	201,39±13,31	21,71±2,17	21,50±2,10	21,61±2,08	21,89±1,77	20,04±2,49	21,86±1,88	22,25±2,34	25,86±2,26	24,68±1,89
t=		-0,279	-0,182	-0,374	-0,690	0,167	-1,201	-0,238	0,391	0,554	-0,181
p=		0,781	0,856	0,710	0,493	0,868	0,235	0,813	0,698	0,582	0,857
Yaş											
50 ve Altı	18	202,50±16,38	21,89±2,59	21,39±2,57	21,83±2,73	22,11±2,25	20,56±2,04	21,72±2,22	22,61±2,77	25,72±2,35	24,67±2,17
51-60	14	203,29±4,38	22,43±0,94	22,07±1,54	22,21±1,12	22,50±1,29	19,50±1,09	22,07±1,14	21,93±1,98	25,50±2,03	25,07±1,33
61 ve Üzeri	23	198,13±15,63	21,00±2,88	20,96±2,60	20,57±2,17	21,48±2,87	19,13±2,60	21,70±1,82	22,43±1,80	26,52±1,41	24,35±1,61
F=		0,771	1,628	0,963	3,026	0,883	2,349	0,209	0,398	1,519	0,744
p=		0,468	0,206	0,389	0,057	0,420	0,106	0,812	0,674	0,228	0,480
Eğitim Durumu											
Lise ve Altı	15	193,73±21,26	20,47±3,52	20,40±3,94	20,00±2,51	20,93±3,43	19,53±2,39	21,33±2,53	22,07±2,19	25,47±2,70	23,53±2,20
Üniversite	40	203,55±8,93	22,10±1,78	21,75±1,30	21,93±1,94	22,33±1,70	19,75±2,12	21,98±1,44	22,48±2,20	26,20±1,56	25,05±1,36
t=		-2,430	-2,278	-1,929	-3,021	-2,008	-0,326	-1,182	-0,615	-1,259	-3,086
p=		0,103	0,027	0,213	0,004	0,152	0,746	0,366	0,541	0,334	0,003
Medeni Durum											
Evli	31	199,42±13,39	21,61±2,08	21,42±2,00	21,35±2,42	21,97±2,17	19,35±2,71	21,45±1,80	22,03±2,27	25,74±2,07	24,48±1,79
Bekâr	24	202,75±14,68	21,71±2,93	21,33±2,82	21,46±2,08	21,92±2,62	20,13±1,08	22,25±1,73	22,79±2,02	26,33±1,74	24,83±1,71
t=		-0,877	-0,141	0,132	-0,167	0,079	-1,310	-1,658	-1,289	-1,127	-0,733
p=		0,384	0,888	0,895	0,868	0,937	0,157	0,103	0,203	0,265	0,467

Demografik Özellikler	n	MILQ Toplam	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Cinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Verimlilik	Sağlık Personeline Erişim	Finansal Durum
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sosyal Güvence											
SGK	20	199,85±13,17	21,80±1,58	21,35±2,25	21,80±2,09	22,10±2,00	19,60±1,85	21,65±1,90	22,05±2,11	25,05±2,42	24,45±1,93
Emekli Sandığı	12	202,42±12,09	22,25±1,29	22,17±1,53	21,08±2,11	22,33±2,02	19,08±2,50	21,92±2,35	22,25±2,05	26,00±1,04	25,33±1,56
Özel Sigorta	23	200,96±15,86	21,22±3,38	21,00±2,78	21,22±2,50	21,61±2,81	20,09±2,27	21,87±1,42	22,70±2,34	26,83±1,44	24,43±1,65
F=		0,124	0,743	0,958	0,498	0,433	0,862	0,108	0,480	5,215	1,233
p=		0,884	0,481	0,390	0,611	0,651	0,428	0,898	0,621	0,009	0,300
PostHoc=										3>1 (p<0.05)	
Çalışma Durumu											
Tam Gün	38	202,13±11,71	22,00±1,99	21,66±2,02	21,82±2,06	22,24±1,85	19,68±2,04	21,95±1,71	22,24±2,31	25,82±2,10	24,74±1,72
Çalışmıyor/işsiz	17	198,06±18,06	20,88±3,22	20,76±2,99	20,47±2,45	21,29±3,18	19,71±2,52	21,47±2,00	22,65±1,90	26,41±1,46	24,41±1,84
t=		1,002	1,579	1,301	2,106	1,385	-0,034	0,907	-0,641	-1,057	0,634
p=		0,321	0,120	0,199	0,040	0,172	0,973	0,369	0,524	0,295	0,529
Evde Yaşam Şekli											
Yalnız Yaşıyor	11	200,82±20,79	21,45±4,32	20,91±3,96	21,64±2,77	21,55±3,70	19,64±1,50	22,36±2,20	22,45±2,50	26,27±2,33	24,55±2,07
Eşiyle Birlikte	19	198,37±10,79	21,58±1,30	21,11±1,15	20,74±2,26	21,32±1,92	19,26±2,28	21,42±1,35	22,05±2,55	26,16±1,83	24,74±1,56
Eşi ve Çocuklarıyla Birlikte	17	201,65±14,57	22,12±1,76	21,53±2,40	21,76±2,22	22,53±2,12	19,53±1,70	21,65±2,03	22,29±1,76	25,47±2,10	24,76±2,14
Çocuklarıyla Birlikte	5	202,80±7,01	20,40±3,29	21,60±1,52	21,40±1,67	22,60±0,55	21,60±4,04	22,00±1,58	22,80±1,92	26,40±1,52	24,00±0,71
Aile Büyükleriyle	3	209,33±7,51	22,33±1,15	23,67±0,58	22,67±0,58	23,00±1,00	20,33±1,53	22,67±2,08	23,67±1,53	26,33±0,58	24,67±0,58
F=		0,448	0,537	0,892	0,774	0,924	1,260	0,684	0,405	0,461	0,200
p=		0,773	0,709	0,476	0,547	0,458	0,298	0,606	0,804	0,764	0,937

Demografik Özellikler	n	MILQ Toplam	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Cinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Verimlilik	Sağlık Personeline Erişim	Finansal Durum
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Aile Ekonomik Durum											
Gelir Giderden Fazla	21	202,71±10,96	22,00±2,17	21,38±1,56	21,52±2,48	21,90±1,81	20,29±2,33	21,81±1,57	22,57±2,50	26,48±1,40	24,76±1,30
Gelir Gider Eşit	19	196,79±19,59	20,95±3,32	20,95±3,46	21,16±2,57	21,74±3,40	18,47±2,14	21,58±2,22	22,00±1,70	25,63±2,27	24,32±2,29
Gelir Giderden Az	15	203,47±6,99	22,07±1,16	21,93±1,49	21,53±1,51	22,27±1,28	20,40±1,24	22,07±1,58	22,53±2,33	25,80±2,11	24,87±1,55
F=		1,272	1,213	0,719	0,162	0,211	5,273	0,300	0,396	1,064	0,495
p=		0,289	0,305	0,492	0,851	0,810	0,008	0,742	0,675	0,352	0,612
PostHoc=							1>2, 3>2 (p<0.05)				
Sigara Kullanımı											
Evet	25	203,88±8,00	22,04±1,31	21,80±1,29	21,80±1,73	22,40±1,63	20,12±1,36	22,08±1,12	22,40±2,27	26,24±1,54	25,00±1,32
Hayır	30	198,37±17,16	21,33±3,10	21,03±2,97	21,07±2,60	21,57±2,79	19,33±2,64	21,57±2,21	22,33±2,14	25,80±2,22	24,33±2,01
t=		1,477	1,063	1,200	1,205	1,317	1,345	1,055	0,112	0,838	1,423
p=		0,146	0,293	0,235	0,218	0,194	0,163	0,271	0,911	0,406	0,161
Alkol Kullanımı											
Evet	24	203,83±8,63	22,00±1,89	21,63±1,35	22,08±2,06	22,46±1,47	20,17±2,22	22,00±1,38	22,50±2,38	25,79±1,72	25,21±1,47
Hayır	31	198,58±16,73	21,39±2,82	21,19±2,94	20,87±2,29	21,55±2,81	19,32±2,10	21,65±2,07	22,26±2,05	26,16±2,10	24,19±1,83
t=		1,399	0,915	0,666	2,032	1,437	1,441	0,722	0,405	-0,700	2,213
p=		0,168	0,364	0,508	0,047	0,157	0,156	0,473	0,687	0,487	0,031

Demografik Özellikler	n	MILQ Toplam	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Cinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Verimlilik	Sağlık Personeline Erişim	Finansal Durum
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Diyet Varlığı											
Evet	16	195,50±19,26	20,81±3,47	21,06±3,30	20,06±2,84	21,31±3,52	19,44±2,80	21,50±2,00	21,25±2,27	26,06±1,44	24,00±1,83
Hayır	39	203,08±10,60	22,00±1,85	21,51±1,90	21,95±1,73	22,21±1,66	19,79±1,89	21,92±1,72	22,82±2,00	25,97±2,12	24,90±1,67
t=		-1,874	-1,653	-0,637	-3,018	-1,286	-0,550	-0,789	-2,546	0,152	-1,764
p=		0,154	0,104	0,527	0,023	0,344	0,645	0,433	0,014	0,880	0,083
Hastalık Bilgisi Varlığı											
Evet	14	199,07±18,10	21,21±3,72	20,93±3,25	21,21±2,39	21,64±3,18	19,43±2,53	21,64±1,60	22,21±1,81	26,14±2,25	24,64±1,95
Hayır	24	200,54±14,16	21,83±1,71	21,42±2,41	21,08±2,10	21,96±2,03	20,08±1,79	22,04±2,03	22,08±2,62	25,63±2,14	24,42±2,02
Biraz	17	202,82±9,69	21,76±2,17	21,71±1,31	22,00±2,37	22,18±2,10	19,35±2,40	21,59±1,66	22,88±1,76	26,41±1,23	24,94±1,09
F=		0,283	0,297	0,409	0,880	0,192	0,689	0,379	0,704	0,870	0,440
p=		0,755	0,744	0,667	0,421	0,826	0,507	0,687	0,499	0,425	0,647
Koroner Arter Hastalığı Bilgisi Varlığı											
Evet	14	199,07±18,10	21,21±3,72	20,93±3,25	21,21±2,39	21,64±3,18	19,43±2,53	21,64±1,60	22,21±1,81	26,14±2,25	24,64±1,95
Hayır	24	200,54±14,16	21,83±1,71	21,42±2,41	21,08±2,10	21,96±2,03	20,08±1,79	22,04±2,03	22,08±2,62	25,63±2,14	24,42±2,02
Biraz	17	202,82±9,69	21,76±2,17	21,71±1,31	22,00±2,37	22,18±2,10	19,35±2,40	21,59±1,66	22,88±1,76	26,41±1,23	24,94±1,09
F=		0,283	0,297	0,409	0,880	0,192	0,689	0,379	0,704	0,870	0,440
p=		0,755	0,744	0,667	0,421	0,826	0,507	0,687	0,499	0,425	0,647

Demografik Özellikler	n	MILQ Toplam	Ruhsal Sağlık	Fiziksel Sağlık	Fiziksel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Cinsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Verimlilik	Sağlık Personeline Erişim	Finansal Durum
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kardiyak Rehabilitasyon Uygulama Bilgisi Varlığı											
Evet	5	204,60±4,51	22,00±1,00	22,20±1,10	21,60±1,14	22,20±0,84	20,80±0,84	21,60±0,55	22,80±1,30	26,00±1,22	25,40±1,52
Hayır	26	198,77±14,58	21,73±1,61	21,46±2,23	21,00±2,37	21,85±2,22	19,08±2,28	21,65±2,00	21,88±2,42	25,69±2,17	24,42±2,00
Biraz	24	202,38±14,52	21,50±3,34	21,13±2,71	21,79±2,30	22,00±2,73	20,13±2,11	22,00±1,77	22,79±2,00	26,33±1,79	24,71±1,49
F=		0,606	0,106	0,445	0,783	0,057	2,263	0,258	1,199	0,677	0,684
p=		0,550	0,900	0,643	0,463	0,945	0,114	0,774	0,310	0,512	0,509

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LS

Tablo 3.4'te, MILQ son test puanlarının demografik değişkenlere göre farklılaşma durumu bağımsız gruplar t-testi ve ANOVA analizi ile incelenmiştir.

Cinsiyet değişkenine göre MILQ toplam puanı ve alt boyutlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Yaş değişkenine göre yapılan analizlerde, MILQ toplam puanı ve alt boyutlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde, niversite mezunlarının MILQ toplam puanı ve fiziksel fonksiyon alt boyutunda lise ve altı eğitim seviyesindeki bireylere göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Medeni durum, sosyal güvence ve evde yaşam şekline göre yapılan analizlerde, değişkenler açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p > 0,05$), ancak sosyal güvence değişkeninde özel sigorta sahiplerinin sağlık personeline erişim alt boyutunda diğer gruplara göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Çalışma durumu açısından, tam zamanlı çalışan bireylerin, çalışmayan ya da işsiz bireylere kıyasla fiziksel fonksiyon alt boyutunda anlamlı olarak daha yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sigara ve alkol kullanımına göre yapılan analizlerde, alkol kullanan bireylerin fiziksel fonksiyon ve finansal durum alt boyutlarında anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Diyet varlığı açısından, diyet yapan bireylerin fiziksel fonksiyon ve verimlilik alt boyutlarında anlamlı derecede daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Hastalık bilgisi, KAH bilgisi ve KR bilgisi değişkenleri açısından MILQ toplam puanı ve alt boyutlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Aile ekonomik durumu değişkeninde, geliri giderinden fazla olan ve gelir giderden az olan bireylerin, gelir gideri eşit olan bireylere kıyasla cinsel fonksiyon alt boyutunda anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$). Elde edilen bu bulgular, eğitim düzeyi, çalışma durumu, alkol kullanımı, diyet uygulaması ve ekonomik durum gibi değişkenlerin yaşam kalitesinin bazı alt boyutları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar oluşturabildiğini göstermektedir. Bununla

birlikte, genel yaşam kalitesi toplam puanı açısından demografik değişkenler arasında anlamlı farklılıkların bulunmaması, KR eğitiminin tüm katılımcılarda, yaş, cinsiyet veya sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak olumlu bir etki yarattığını göstermektedir. Bu durum, çalışmanın temel hipotezi olan “Faz 1 ve Faz 2 KR eğitiminin yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu etkisi vardır (H_1)” hipotezini güçlü biçimde desteklemektedir. Eğitim sonrasında elde edilen bu genel iyileşme, uygulanan programın hem kapsamlı hem de etkili olduğunu ortaya koymakta; katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin aynı kal bağımsız bir şekilde çok boyutlu yaşam kalitesinde anlamlı gelişmeler sağladığını açıkça göstermektedir.



4. TARTIŞMA

Son otuz yılda tıbbi teknoloji, ilaç ve girişimsel işlemlerde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da KAH dünya genelinde hâlâ en yaygın ölüm nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (AHA, 2023, s.e93). Özellikle AKS tanısıyla hastaneye yatırılan bireylerde girişimsel işlemler ve hastane süreci kaygıyı artırmakta, bu nedenle bilgi, eğitim ve takip süreçleri kritik rol oynamaktadır. Bu çalışma, AKS tanısı alan hastalarda Faz 1 ve Faz 2 KR eğitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda, KR eğitiminin yalnızca fiziksel değil, bilişsel, ruhsal, sosyal, cinsel, verimlilik, sağlık personeline erişim ve finansal durum gibi çok boyutlu alanlarda da anlamlı iyileşmeler sağladığı görülmüştür. Bulgular literatürle büyük ölçüde uyumlu olup, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum ve yaşam tarzı gibi faktörlerin rehabilitasyona katılımı etkileyebileceği bir kez daha ortaya konmuştur. Bu bağlamda, KR programlarının bireyselleştirilmesi, farkındalık eğitimleriyle desteklenmesi ve sosyal destek sistemleriyle güçlendirilmesi, sürecin etkinliğini ve erişilebilirliğini artıracak önemli unsurlar olarak değerlendirilmektedir.

4.1. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARA VERİLEN FAZ 1 VE FAZ 2 KARDİYAK REHABİLİTASYON EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmada elde edilen en temel sonuç, KR programlarının eğitim boyutunun, AKS tanısı alan hastaların yaşam kalitesini anlamlı ölçüde artırmasıdır. Eğitim öncesinde MILQ toplam puanı $147,03 \pm 19,80$ iken eğitim sonrasında $200,87 \pm 13,93$ 'e yükselmiş ve bu fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=-21,334$; $p<0,001$). Eğitim süreci, hastaların yalnızca bilgi edinmelerini değil; aynı zamanda hastalıklarını daha iyi tanımalarını, öz bakım sorumluluklarını geliştirmelerini, tedaviye uyum göstermelerini ve kaygı düzeylerini azaltmalarını sağlamıştır. Araştırma bulguları, eğitim sonrası yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında (psikososyal, fiziksel, bilişsel, sosyal, cinsel fonksiyon, sağlık hizmetine erişim, finansal durum ve verimlilik) istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler yaşandığını ortaya koymuştur ($p<0,001$). Bu durum, eğitimin kardiyak rehabilitasyonun ayrılmaz bir parçası olduğunu ve sürecin

etkinliğini doğrudan artırdığını göstermektedir. Literatürde de benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Moreira ve diğ. (2024, ss. 1-12) meta-analizinde, koroner olay sonrası KR programına katılan hastalarda özellikle fiziksel yaşam kalitesi bileşeninde anlamlı iyileşme olduğu (MD=7,02; p=0,04), mental bileşende ise daha sınırlı artış gözlemlendiği bildirilmiştir. Benzer şekilde, Zheng ve diğ. (2024, ss. 1-9) randomize kontrollü çalışmasında, 3 ay sonra SF-12 ile yapılan değerlendirmede, müdahale grubunun fiziksel bileşen puanı $47,46 \pm 9,86$ iken kontrol grubunda $43,28 \pm 8,21$; mental bileşen puanı ise $50,68 \pm 9,82$ 'ye karşılık $48,26 \pm 9,69$ bulunmuş ve her iki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Ayrıca, Szmigielska ve Jegier'in (2022, ss. 4-7) çalışması, cinsiyetin KR sonuçları üzerinde belirleyici olabileceğini göstermiş; kadınlarda egzersiz kapasitesindeki artışın erkeklere göre daha sınırlı kaldığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında bilgi düzeyinin benzer olmasına rağmen, uygulamaya geçişte kadınların daha fazla engelle karşılaşabileceği yönündeki değerlendirmemizi desteklemektedir. Benzer şekilde Wen ve diğ. (2022, ss. 5-7) çalışmalarında da, KR uygulanan hastalarda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde fizyolojik fonksiyon, genel sağlık, enerji, mental sağlık ve toplam puanlarda kontrol grubuna kıyasla anlamlı artışlar saptanmış (p<0,05), ayrıca LVEF ve 6 dakika yürüme mesafesinde de belirgin iyileşmeler gözlemlenmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda elde edilen hem toplam yaşam kalitesi puanındaki artış hem de alt boyutlardaki gelişmelerle güçlü bir paralellik göstermektedir. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara-alkol kullanımı ve beslenme alışkanlıkları gibi faktörler, eğitimin etki düzeyini şekillendirebilmektedir. Dolayısıyla, eğitim programlarının her bireyin ihtiyaçlarına göre uyarlanması, hasta katılımını artırmakta ve uzun vadeli sağlık kazanımlarına katkı sağlamaktadır. Literatürde de benzer şekilde, Gilbert ve diğ. (2025) tarafından yürütülen Secondary Prevention for All in Need (SPAN) randomize kontrollü çalışmada, tip 1 MI sonrası kişiselleştirilmiş kardiyak rehabilitasyon modeline katılan hastalarda tamamlama oranlarının standart modele kıyasla daha yüksek olacağı öngörülmüş ve bu durumun yaşam kalitesi ile uzun dönem kardiyovasküler sonuçları olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmiştir. Bu bağlamda, KR süreçlerinde eğitimin sistematik, anlaşılır ve kişiye özgü biçimde sunulması hem bireysel hem de toplumsal düzeyde daha yüksek yaşam kalitesi hedeflerine ulaşmayı mümkün kılmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda "H₀: KR eğitiminin yaşam

kalitesi üzerinde etkisi yoktur” hipotezi reddedilmiş, “H₁: KR eğitiminin yaşam kalitesi üzerinde etkisi vardır” hipotezi desteklenmiştir.

4.2. AKUT KORONER SENDROM TANISI ALAN HASTALARA VERİLEN FAZ 1 VE FAZ 2 KARDİYAK REHABİLİTASYON EĞİTİMİNİN ÇOK BOYUTLU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1. Ruhsal Sağlık Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen bulgular, Faz 1 ve Faz 2 kardiyak rehabilitasyon (KR) eğitiminin, akut koroner sendrom (AKS) tanısı alan hastaların ruh sağlığı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme sağladığını göstermektedir (ön test: $14,69 \pm 3,20$; son test: $21,65 \pm 2,45$; $t=-16,806$; $p<0,001$). Eğitim sürecinin hastaların kaygılarını azaltarak, öz-bakım sorumluluklarını güçlendirdiği ve psikolojik uyumlarını artırdığı söylenebilir. Literatürde de benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Bertolín-Boronat ve diğ. (2025, s. 6) miyokard enfarktüsü sonrası KR programına katılan 164 hasta üzerinde yaptıkları prospektif çalışmada, depresyon ve anksiyete skorlarında anlamlı azalma (PHQ-2 ve GAD-2; $p<0,001$) ve SF-36 mental sağlık bileşeninde belirgin artış (MCS +1,85 puan; $p=0,02$) olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Angst ve diğ. (2022, s. 6) tarafından yürütülen prospektif kohort çalışmasında, AKS sonrası rehabilitasyona alınan 70 hastada SF-36 mental sağlık ve sosyal fonksiyon skorları toplum normlarının başlangıçta altında iken, rehabilitasyon sonrası neredeyse tüm mental ve psiko-sosyal alanlarda anlamlı iyileşmeler kaydedilmiş (etki büyüklüğü $ES=0,23-1,04$; $p<0,05$) ve mental sağlık domaini en güçlü belirleyici faktör olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, kardiyak rehabilitasyonun yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda ruhsal sağlık üzerinde de güçlü bir iyileştirici etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmamız, literatürle uyumlu şekilde, eğitimin hastaların psikolojik iyi oluşunu artırdığını ve KR programlarının bütüncül yaklaşımının önemini vurgulamaktadır.

4.2.2. Fiziksel Sağlık Ve Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada eğitim öncesi MILQ ölçeğinde fiziksel sağlık puanı $14,63 \pm 3,26$ iken eğitim sonrası $21,38 \pm 2,36$ 'ya yükselmiş; fiziksel fonksiyon puanı ise $14,30 \pm 3,90$ 'dan $21,40 \pm 2,25$ 'e çıkmıştır. Her iki artış da ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Bu bulgular, KR eğitimlerinin fiziksel iyilik halini ve günlük yaşam aktivitelerini belirgin ölçüde iyileştirdiğini göstermektedir. Literatürde de benzer sonuçlar mevcuttur. Vieira ve diğ. (2023, ss. 1-8) randomize kontrollü çalışmasında, 8 haftalık KR programına katılan hastalarda egzersiz kapasitesi ve fiziksel yaşam kalitesi puanlarında anlamlı artış saptamıştır ($p < 0,05$). Ayrıca, Gonçalves ve diğ. (2024, ss. 1-10) tarafından yürütülen randomize kontrollü çalışmada, yüksek yoğunluklu ve orta yoğunluklu egzersiz temelli KR programlarının her ikisinin de 6 ve 12 ay takiplerinde fiziksel uygunluk ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı iyileşme sağladığı ($p < 0,001$) bildirilmiştir. Bu bulgular hem kısa vadede hem de uzun dönemde KR programlarının fiziksel sağlık ve fonksiyonel kapasiteyi geliştirdiğini, dolayısıyla hastaların günlük yaşam aktivitelerine daha kolay adapte olmalarını sağladığını ortaya koymaktadır.

4.2.3. Bilişsel Fonksiyon Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada eğitim öncesi MILQ ölçeğinde bilişsel fonksiyon puanı $15,73 \pm 3,63$ iken eğitim sonrası $21,94 \pm 2,35$ 'e yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t = -14,006$; $p < 0,001$). Bu bulgu, Faz 1 ve Faz 2 kardiyak rehabilitasyon eğitiminin hastaların dikkat, hafıza ve problem çözme gibi bilişsel yeteneklerini geliştirdiğini, böylece tedaviye uyum ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı artırdığını göstermektedir. Literatürde de benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Ishihara ve diğ. (2023, ss. 6-8) sistematik derlemesinde, akut koroner sendrom tanısı alan hastalarda egzersiz temelli kardiyak rehabilitasyonun bilişsel fonksiyonlar üzerinde genel olarak olumlu etkiler sağladığı bildirilmiştir. Aynı şekilde, Zergaw ve diğ. (2024, ss. 5-7) sistematik derlemesinde, miyokard enfarktüsü geçiren yaşlı bireylerde kardiyak rehabilitasyon programlarının uzun dönemde bilişsel

işlevlerde kayda değer iyileşmeler sağladığı ortaya konulmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuçlar, bilişsel fonksiyonun kardiyak rehabilitasyon programlarında göz ardı edilmemesi gerektiğini, özellikle eğitim ve egzersizle desteklenen programların bu alanda güçlü bir katkı sağladığını açıkça göstermektedir.

4.2.4. Cinsel Fonksiyon Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, eğitim öncesinde cinsel fonksiyon alt boyutu puanı $16,96 \pm 3,05$ iken eğitim sonrasında $19,69 \pm 2,17$ 'ye yükselmiş ve bu artışın ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t = -10,434$; $p < 0,001$). Bu bulgu, verilen kardiyak rehabilitasyon eğitiminin hastaların cinsel yaşam kalitesine de olumlu yönde katkıda bulunduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Djurovic ve diğ. (2023, ss. 45–52) yaptığı randomize kontrollü çalışmada, cinsel rehabilitasyonun standart bakıma kıyasla cinsel fonksiyon skorlarını anlamlı biçimde iyileştirdiği bildirilmiştir. Çalışmada, IIEF (International Index of Erectile Function) skorları karşılaştırıldığında, müdahale grubunun kontrol grubuna göre 4. ayda MD (Mean Difference) = 6,7; 95% CI: 3,1–10,4; $p < 0,001$, 6. ayda ise MD = 6,7; 95% CI: 3,2–10,1; $p < 0,002$ düzeyinde daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, egzersiz kapasitesi ve pelvik taban kas gücünde de anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, kardiyak rehabilitasyon süreçlerinin yalnızca fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde değil, aynı zamanda cinsel işlev üzerinde de iyileştirici etkiler yarattığını, dolayısıyla rehabilitasyonun multidisipliner boyutunun hastaların genel yaşam kalitesi için kritik önem taşıdığını göstermektedir.

4.2.5. Sosyal Fonksiyon Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, eğitim öncesinde sosyal fonksiyon puanı $15,03 \pm 3,30$ iken, eğitim sonrasında $21,80 \pm 1,79$ 'a yükselmiş ve bu artış ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t = -16,197$; $p < 0,001$). Bu sonuç, Faz 1 ve Faz 2 kardiyak rehabilitasyon eğitiminin hastaların sosyal yaşamlarına aktif katılımını desteklediğini, sosyal rollerini daha etkin şekilde yerine getirmelerine katkı sağladığını ve sosyal izolasyonu azalttığını göstermektedir. Literatürle karşılaştırıldığında, Angst ve diğ. (2022, s. 5-7) akut

koroner sendrom sonrası yürüttüğü prospektif kohort çalışmada da benzer şekilde, rehabilitasyon öncesinde sosyal fonksiyon skorlarının toplum normlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu (SMD = -0.44), ancak rehabilitasyon sonrasında bu skorların anlamlı şekilde iyileştiği bildirilmiştir. Bu çalışma, sosyal fonksiyonun rehabilitasyon sürecinin önemli bir çıktısı olduğunu desteklemektedir. Ayrıca Vieira ve diğ. (2024, ss. 1-9) tarafından yürütülen randomize kontrollü çalışmada, egzersiz temelli kardiyak rehabilitasyon programına katılan hastalarda sosyal fonksiyon skorlarının anlamlı biçimde arttığı ($\beta = +19,2$; $p < 0,01$) rapor edilmiştir. Bu bulgu, sosyal işlevselliğin rehabilitasyon sürecinin önemli bir çıktısı olduğunu desteklemektedir. Bu çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, kardiyak rehabilitasyon eğitiminin yalnızca fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde değil, aynı zamanda sosyal fonksiyon üzerinde de güçlü bir iyileştirici etkisi olduğu ortaya çıkmaktadır.

4.2.6. Verimlilik Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, eğitim öncesinde verimlilik alt boyutu puanı $15,72 \pm 3,83$ iken, eğitim sonrasında $22,36 \pm 2,18$ 'e yükselmiş ve bu artış anlamlı bulunmuştur ($t = -14,781$; $p < 0,001$). Bu sonuç, KR eğitiminin hastaların günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız ve etkin yerine getirmelerine katkı sağladığını göstermektedir. Benzer şekilde, Paneroni ve diğ. (2022, s. 7) çalışmasında kısa süreli KR programı sonrasında günlük yaşam aktiviteleri için gereken sürenin azaldığı ($p = 0,001$) ve 6 Dakika Yürüme Testi mesafesinin arttığı ($p < 0,001$) rapor edilmiştir. Ayrıca, da Luz Goulart ve diğ. (2025, ss. 1-7) tarafından yapılan e-sağlık temelli rehabilitasyon çalışmasında da fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi bileşenlerinde $p = 0,04$ düzeyinde anlamlı iyileşmeler bildirilmiştir. Bu bulgular, KR'nin verimlilik alt boyutunda belirgin iyileşme sağladığını desteklemektedir.

4.2.7. Sağlık Personeline Erişim Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, eğitim öncesinde sağlık personeline erişim alt boyutu puanı $17,12 \pm 3,21$ iken eğitim sonrasında $20,46 \pm 2,54$ 'e yükselmiş ve bu artışın ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t = -9,845$; $p < 0,001$). Bu bulgu, verilen Faz 1 ve Faz 2

kardiyak rehabilitasyon (KR) eğitiminin, hastaların sağlık hizmetine erişim algısını güçlendirdiğini ve sağlık çalışanları ile olan iletişimlerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Literatürde de benzer bulgular yer almaktadır. Örneğin Ameen, Kynoch ve Khalil'in (2024, ss. 7–9) nitel sistematik derlemesinde, akut koroner sendrom (AKS) hastalarının özellikle erken tanı, tedavi ve taburculuk sonrası takip süreçlerinde zamanında bilgiye erişim ve sağlık personeli ile iletişim konusunda önemli güçlükler yaşadığı vurgulanmıştır. Ancak aynı çalışmada, sağlık personeline duyulan güvenin ve zamanında müdahalenin, hasta memnuniyetini ve klinik sonuçları olumlu etkilediği de belirtilmiştir. Dolayısıyla, bu çalışmada gözlemlenen erişim puanlarındaki artış, KR eğitiminin yalnızca bilgi aktarımı sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda hastaların sağlık personeline erişim algısını da güçlendirdiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, Li ve diğ. (2023) tarafından yürütülen randomize kontrollü çalışmada, 5G tabanlı telerehabilitasyon alan hastalarda rehabilitasyon bakımına yönelik memnuniyetin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (%100 vs %83,4; $p < 0,01$), ayrıca rehabilitasyona uyumun da daha iyi olduğu (%80,8 vs %29,2; $p < 0,03$) bildirilmiştir. Bu bulgular, KR'nin özellikle uzaktan/dijital bileşenlerle desteklenmesinin, sağlık personeline erişim ve iletişimin algılanan etkinliğini artırabildiğini göstermektedir. Ancak literatürde bildirilen zorluklar dikkate alındığında, bu etkinin sürekliliğinin sağlanabilmesi için eğitimlerin taburculuk sonrası takip sistemleriyle desteklenmesi gerektiği söylenebilir.

4.2.8. Finansal Durum Alt Boyutunun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

Araştırmada, eğitim öncesinde finansal durum alt boyutu puanı $17,90 \pm 3,06$ iken, eğitim sonrasında $24,63 \pm 1,74$ 'e yükselmiş ve bu artışın ileri düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=-16,615$; $p<0,001$). Bu bulgu, verilen eğitimin hastaların finansal durum algısını da olumlu yönde etkilediğini, sağlık hizmeti maliyetlerine ilişkin kaygılarının azaldığını göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde, düşük sosyoekonomik düzeydeki hastalarda finansal bariyerlerin kardiyak rehabilitasyona katılımı azalttığı, ancak bu engellerin ortadan kaldırılmasıyla katılım ve klinik sonuçların anlamlı şekilde arttığı bildirilmiştir. Nitekim Gaalema ve çalışma

arkadaşlarının (2019, ss. 537-546) randomize kontrollü çalışmasında, finansal teşviklerin dūřuk sosyoekonomik statüye sahip hastalarda kardiyak rehabilitasyon katılımını neredeyse altı kat artırdığı ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca, Yant ve diė. (2023, ss. 1-18) tarafından planlanan randomize kontrollü çalışmada da, finansal teşvik ve vaka yönetimi desteğinin, dūřuk sosyoekonomik gruplarda kardiyak rehabilitasyon katılımını artırmada etkili olacağı ve bu etkinin istatistiksel olarak test edilmek üzere yapılandırıldığı bildirilmiştir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, kardiyak rehabilitasyonun sadece klinik sonuçlar değil, aynı zamanda hastaların finansal algıları ve hizmete erişimleri üzerinde de önemli etkiler oluşturabileceği anlaşılmaktadır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç;

Bu çalışma, AKS tanısı alan hastalara verilen Faz 1 ve Faz 2 KR eğitiminin, hastaların yaşam kalitesinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı iyileşmeler sağladığını ortaya koymuştur.

Çok boyutlu yaşam kalitesi değişimi sonuçlarına göre:

- Toplam yaşam kalitesi puanı: ön test $147,036 \pm 19,807 \rightarrow$ son test $200,873 \pm 13,935$ ($t = -21,334$; $p < 0,001$).
- Ruhsal sağlık: $14,691 \pm 3,208 \rightarrow 21,655 \pm 2,459$ ($t = -16,806$; $p < 0,001$).
- Fiziksel sağlık: $14,636 \pm 3,262 \rightarrow 21,382 \pm 2,369$ ($t = -16,466$; $p < 0,001$).
- Fiziksel fonksiyon: $14,309 \pm 3,906 \rightarrow 21,400 \pm 2,258$ ($t = -16,178$; $p < 0,001$).
- Bilişsel fonksiyon: $15,727 \pm 3,639 \rightarrow 21,946 \pm 2,352$ ($t = -14,006$; $p < 0,001$).
- Cinsel fonksiyon: $16,964 \pm 3,049 \rightarrow 19,691 \pm 2,176$ ($t = -10,434$; $p < 0,001$).
- Sosyal fonksiyon: $15,036 \pm 3,300 \rightarrow 21,800 \pm 1,799$ ($t = -16,197$; $p < 0,001$).
- Verimlilik: $15,727 \pm 3,832 \rightarrow 22,364 \pm 2,180$ ($t = -14,781$; $p < 0,001$).
- Sağlık personeline erişim: $22,036 \pm 2,899 \rightarrow 26,000 \pm 1,934$ ($t = -10,856$; $p < 0,001$).
- Finansal durum: $17,909 \pm 3,063 \rightarrow 24,636 \pm 1,747$ ($t = -16,615$; $p < 0,001$).

Bulgular, KR eğitiminin yalnızca fiziksel sağlıkta değil, aynı zamanda bilişsel, ruhsal, sosyal, cinsel işlev, verimlilik, sağlık personeline erişim ve finansal durum gibi çok boyutlu alanlarda da güçlü ve anlamlı etkiler yarattığını göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumlu olup, rehabilitasyonun yalnızca fiziksel iyileşmeyi değil, aynı zamanda psikososyal iyilik hâlini, sosyal entegrasyonu ve sağlık sistemine erişim algısını da desteklediğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışma ile test edilen hipotez doğrulanmış; Faz 1 ve Faz 2 KR eğitiminin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ve olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Bulgular, kardiyak rehabilitasyonun multidisipliner yaklaşım çerçevesinde standartlaştırılarak tüm AKS hastalarına uygulanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Ayrıca, programların sürekliliğinin sağlanması, bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanması ve sağlık politikalarına entegre edilmesi, rehabilitasyonun etkinliğini ve sürdürülebilirliğini artıracak önemli adımlar olarak değerlendirilmektedir.

Öneriler;

1. Bu çalışmada tüm alt boyutlarda anlamlı iyileşme elde edilmiştir. Bu nedenle KR programlarının daha geniş kitlelere ulaştırılması, farklı sağlık kurumlarında yaygınlaştırılması ve multidisipliner ekiplerle desteklenmesi, etkinliğin artırılması açısından önemlidir.
2. Sosyal fonksiyon, sağlık personeline erişim ve verimlilik puanlarındaki artış, hastaların takip ve iletişimden fayda sağladığını göstermektedir. Dijital sağlık uygulamaları ve tele-rehabilitasyon sistemlerinin KR süreçlerine entegre edilmesi, özellikle coğrafi ve ekonomik engeller yaşayan hastalar için güçlü bir alternatif olabilir.
3. Ruhsal sağlık ve bilişsel fonksiyon skorlarında anlamlı iyileşmeler, eğitimin psikososyal katkısını göstermiştir. Hastaların programa uyumunu artırmak için bireyselleştirilmiş danışmanlık hizmetleri, psikososyal destek mekanizmaları ve motivasyonu artırıcı teşvikler geliştirilmelidir.
4. Cinsel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve finansal durum alanlarında görülen gelişmeler, toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında KR'nin öneminin daha fazla vurgulanması gerektiğini göstermektedir. Bu amaçla kamu spotları, eğitim seminerleri ve hizmet içi eğitimlerle hasta yönlendirme oranları artırılmalıdır.
5. Bu araştırmada kısa dönemde güçlü sonuçlar elde edilmiştir. Ancak etkilerin kalıcılığını değerlendirmek için hastaların en az 6–12 ay süreyle takip edilmesi; programların yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar ve yaşam tarzına göre kişiselleştirilmesi gerekmektedir.
6. Fiziksel sağlık ve verimlilik puanlarında anlamlı artış), yaşam tarzı değişikliklerinin önemini göstermektedir. Rehabilitasyona sağlıklı beslenme eğitimlerinin (ör. Akdeniz diyeti) eklenmesi ve zararlı alışkanlıkların bırakılması yönünde danışmanlık verilmesi önerilmektedir.

7. Sosyal fonksiyon skorlarının yükselmesi, sosyal desteğin önemini ortaya koymuştur. Hasta yakınlarının sürece dahil edilmesi, destek gruplarının oluşturulması ve deneyim paylaşımının teşvik edilmesi, programın başarısını artıracaktır.
8. Finansal durum alt boyutundaki anlamlı iyileşme, KR'nin ekonomik açıdan da katkı sağladığını göstermektedir. Bu hizmetlerin ulusal sağlık politikalarına entegre edilmesi, sağlık kurumlarına finansal teşviklerin sağlanması ve uluslararası standartlara uygun ulusal rehberlerin oluşturulması gereklidir.



KAYNAKÇA

- Abreu, A., Frederix, I., Dendale, P., Janssen, A., & Doherty, P. (2019). Standardization and Quality Improvement of Secondary Prevention Through cardiovascular Rehabilitation Programs in Europe: Current Status and Future Directions. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(6), 601–609. <https://doi.org/10.1177/2047487320924912>
- Ades, P. A., Keteyian, S. J., Wright, J. S., Hamm, L. F., Lui, K., Newlin, K., ... & Thomas, R. J. (2017). Increasing Cardiac Rehabilitation Participation From 20% to 70%: A Roadmap From the Million Hearts Cardiac Rehabilitation Collaborative. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(2), 234–242. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.014>
- Aksoy, C. C., Okur, İ., Yaman, F., ve Şen, T. (2021). Egzersiz Temelli Kardiyak Rehabilitasyon Programı. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 341-350. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.989532>
- Aktürk, S. (2016). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Kardiyak Rehabilitasyon. *Medicine Science*, 5(1), 244-252. <https://doi.org/10.5455/medscience.2015.04.8304>
- American Heart Association. (2021). *2021 Heart Disease and Stroke Statistics Update Fact Sheet: Older Americans & Cardiovascular Diseases*. [https://professional.heart.org/-/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2021-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2021 Stat Update factsheet Older and CVD.pdf](https://professional.heart.org/-/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2021-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2021%20Stat%20Update%20factsheet%20Older%20and%20CVD.pdf)
- American Heart Association. (2023). *Acute Coronary Syndrome: Diagnosis and Management*. <https://www.heart.org>
- American Heart Association. (2024). Core Components of Cardiac Rehabilitation Programs: 2024 Update. *Circulation*, 149(3), 420-426. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001289>
- Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Ganiats, T. G., Holmes, D. R., ... & Zieman, S. J. (2023). 2023 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Non-ST-elevation Acute Coronary Syndromes. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(24), e139-e228. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.09.017>
- Anderson, L., & Taylor, R. S. (2014). Cardiac Rehabilitation for People With Heart disease: An Overview of Cochrane Systematic Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD011273, 2–15. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011273.pub2>
- Anderson, L., Thompson, D. R., Oldridge, N., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD001800. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub3>

- Angst, F., Giger, R. D., Lehmann, S., Sandor, P. S., Teuchmann, P., & Csordas, A. (2023). Mental and Psychosocial Health and Health Related Quality of Life Before and After Cardiac Rehabilitation: A Prospective Cohort Study With Comparison to population Norms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1), 106. <https://doi.org/10.1186/S12955-023-02173-6>
- Ameen, D., Kynoch, K., & Khalil, H. (2024). Experiences and Challenges of Acute Coronary Syndrome Patients in Care Provision: A Qualitative Systematic Review. *Systematic Reviews*, 13(1), 184. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02578-1>
- Arena, R., Williams, M., Forman, D. E., Cahalin, L. P., Coke, L., Myers, J., ... & Lavie, C. J. (2012). Increasing Referral and Participation Rates to Outpatient Cardiac Rehabilitation: The Valuable Role of Healthcare Professionals in the Inpatient and Home Health Settings. *Circulation*, 125(10), 1321–1329. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e318246b1e5>
- Avis NE, Smith KW, Hambleton RK, Feldman HA, Selwyn A, Jacobs A. Development of the Multidimensional Index of Life Quality: a quality of life measure for cardiovascular disease. *Medical Care* 1996; 34:1102-20.
- Bağlı, D. (2024). Koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda algılanan stres ve stresle baş etme davranışlarının belirlenmesi (Yüksek lisans tezi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Balady, G. J., Ades, P. A., Bittner, V. A., Franklin, B. A., Gordon, N. F., Thomas, R. J., ... & American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee. (2011). Referral, Enrollment, and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs at Clinical Centers and Beyond. *Circulation*, 124(25), 2951-2960. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31823b21e2>
- Balady, G. J., Ades, P. A., Bittner, V. A., Franklin, B. A., Gordon, N. F., & Thomas, R. J. (2020). Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Circulation*, 113(24), 469-481. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.003>
- Barth, J., Schneider, S., & von Känel, R. (2010). Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(3), 229–238. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d01611>
- Bektaş Karakuş, M., ve Yıldız Özer, A. (2021). Toplum Temelli Kardiyak Rehabilitasyon Kavramı ve Uluslararası Örnekleri. *Journal of Health Sciences and Management*, 1(2), 89-93. <https://dergipark.org.tr/en/pub/johesam/issue/62815/952296>
- Bennett, G., Goff, D. C., & Lloyd-Jones, D. M. (2018). 2018 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Adults With High Blood Pressure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), 2419-2461. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.027>

- Bertolín-Boronat, C., Marcos-Garcés, V., Merenciano-González, H., Martínez Mas, M. L., Climent Alberola, J. I., Perez, N., López-Bueno, L., Esteban Argente, M. C., Valls Reig, M., Arizón Benito, A., Payá Rubio, A., Ríos-Navarro, C., de Dios, E., Gavara, J., Jiménez-Navarro, M. F., Chorro, F. J., Sanchis, J., & Bodi, V. (2025). Depression, Anxiety, and Quality of Life in a Cardiac Rehabilitation Program Without Dedicated Mental Health Resources Post-Myocardial Infarction. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 12(3), 92. <https://doi.org/10.3390/jcdd12030092>
- Bianchi, S., Maloberti, A., Peretti, A., Garatti, L., Palazzini, M., Biolcati, M., Giani, V., Monticelli, M., Leidi, F., Ruzzenenti, G., Beretta, G., & Occhi, L. (2021). Determinants of Functional Improvement After Cardiac Rehabilitation in Acute Coronary Syndrome. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 28(5), 579–587. <https://doi.org/10.1007/s40292-021-00473-7>
- Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Smith, P. J., Watkins, L. L., Mabe, S., Kraus, W. E., ... & Hinderliter, A. L. (2016). Enhancing Cardiac Rehabilitation With Stress Management Training: A randomized Clinical Efficacy Trial. *Circulation*, 133(14), 1341–1350. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018926>
- Bödeker, W., & Jäckel, W. H. (1996). Der MILQ – Ein Instrument zur Messung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Gesundheitswesen*, 58(1), 20–25. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1023381>
- British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. (2023). *Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation 2023: Standards and Core Components*. https://www.acpicr.com/Data/Publication_Downloads/BACPR-Standards-and-Core-Components-2023.pdf
- Brown, K. T., & Davis, P. R. (2021). The Role of Inflammation in Coronary Artery Disease: New Insights. *Cardiovascular Research*, 58(2), 210-222.
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G.-A., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. A., Juni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., Rigopoulos, A. G., Gimenez, M. R., Thiele, H., Vranckx, P., Wassmann, S., Wenger, N. K., Ibanez, B., & ESC Scientific Document Group. (2023). 2023 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes. *European Heart Journal*, 44(38), 3720-3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Ceylan, Y., Kaya, Y., ve Tuncer, M. (2011). Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 18(3), 147-154.
- Chauvet-Gelinier, J.-C., & Bonin, B. (2017). Stress, Anxiety and Depression in Heart Disease Patients: A Major Challenge for Cardiac Rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(1), 6-12.
- Chen, Y. L., & Wang, X. Q. (2020). Genetic Predisposition and its Role in Acute Coronary Syndrome. *Genetics in Medicine*, 52(4), 320-332.

- Chow, C. K., Redfern, J., Hillis, G. S., Thakkar, J., Santo, K., Hackett, M. L., ... & Rodgers, A. (2016). Effect of Lifestyle-focused Text Messaging on Risk Factor Modification in Patients With Coronary Heart Disease: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 314(12), 1255–1263. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.10945>
- Clark, A. M., King-Shier, K. M., Duncan, A., Spaling, M., Stone, J. A., Jaglal, S., & Angus, J. E. (2013). Factors Influencing Referral to Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs: A Systematic Review. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(4), 692–700. <https://doi.org/10.1177/2047487312447846>
- ClinicalTrials.gov. (2022). *Factors Related to Participation in Cardiac Rehabilitation in Patients With Acute Coronary Syndrome* (NCT05551429). Gazi University. <https://ctv.veeva.com/study/factors-related-to-participation-in-cardiac-rehabilitation-in-patients-with-acute-coronary-syndrome>
- Collet, J. P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., ... & Storey, R. F. (2021). 2020 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-segment Elevation. *European Heart Journal*, 42(14), 1289-1367. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>
- Da Luz Goulart, C., Lopes Alves, M., D'Angelo Medeiros, F., Borges, R. F., Milani, M., Orru D'Ávila, L. B., Conde Holanda Sobra, C. C., Cleides, A., França B. Cipriano, G., & Cipriano Junior, G. (2025). E-Health rehabilitation on clinical, quality of life, and functional capacity in cardiovascular disease: Preliminary results. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 17, 133, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13102-025-01087-5>
- Dalal, H. M., Doherty, P., & Taylor, R. S. (2015). Cardiac Rehabilitation. *BMJ*, 351, h5000. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5000>
- Demir, A., ve Karahan, S. (2023). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Kardiyak Rehabilitasyonun Evreleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 17(2), 85-90.
- Demir, Ş., & Özer, Z. (2021). Turkish Version of the Multidimensional Index of Life Quality in Patients With Acute Coronary Syndrome. *Bezmialem Science*, 9(1), 61–67. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2020.3982>
- Demir, Ş. (2012). *Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi İndeksinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması* (Tez No. 331587) [Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=yqOtv4sdBDtlqDk_kRUcyA&no=4J7k8RoIzhg_PpJmFtezGA
- Demirbağ, D. (2023). Kardiyak Rehabilitasyonun Önemi ve Uygulama Alanları. *Türk Tıbbi Rehabilitasyon Derneği Yayınları*, 15(2), 45-52.
- Demirsoy, N., ve Özyemişçi Taşkıran, Ö. (2010). Yaşlılarda Kardiyak Rehabilitasyon: Türkiye'ye ve Dünyaya Genel Bir Bakış. *Türk Geriatri Dergisi*, 13(Özel Sayı 2), 125-133. <https://geriatri.dergisi.org/pdf.php?id=475>
- Derviş, E. (2024). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Kardiyak Rehabilitasyon. B. Boztosun (Ed.), *A'dan Z'ye Koroner Girişimler* içinde (s. 149-154). Türkiye Klinikleri.

- Doğan, A. (2019). Koroner Arter Hastalığı ve Kardiyak Rehabilitasyon. E. Edem ve I. Tekin (Ed.), *Kardiyolojide Güncel Yaklaşımlar* içinde (s. 857-864). Akademisyen Kitabevi.
- Doğan, A., ve Yıldız, A. (2023). Kardiyak Rehabilitasyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 23(2), 160-165. <https://doi.org/10.18229/kocatepetip.787208>
- Dwiputra, B., Santoso, A., Purwowiyoto, B. S., Radi, B., Ambari, A. M., Desandri, D. R., Fatrin, S., & Pandhita, B. A. W. (2023). Smartphone-Based Cardiac Rehabilitation Program Improves Functional Capacity in Coronary Heart Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Global Heart*, 18(1), Article 42. <https://doi.org/10.5334/gh.1253>
- Erkan, Ş. T., Yılmaz, A., ve Kaya, M. (2023). Kardiyak Rehabilitasyon ve Yaşam Kalitesi: Güncel Yaklaşımlar. *Dergi Park Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 23-30.
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., ... & Martínez-González, M. A. (2013). Primary Prevention of Cardiovascular Disease With a Mediterranean Diet. *New England Journal of Medicine*, 368(14), 1279-1290. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1200303>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical And Applied Statistics*, 5(1), 1-4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- European Society of Cardiology (ESC). (2024). ESC Guidelines For the Management of Chronic Coronary Syndromes. *European Heart Journal*, 45(36), 3415-3536. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>
- European Society of Cardiology (ESC). (2023). 2023 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes (ACS). *European Heart Journal*, 44(38), 3720-3827. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- European Society of Cardiology. (2022). Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-segment Elevation. *European Heart Journal*, 43(6), 154-205. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab286>
- Finocchiaro, G., Westaby, J., Bhatia, R., et al. (2024). Sudden Cardiac Death With Morphologically Normal Heart: Always do Toxicology. *Journal of Clinical Pathology*. <https://doi.org/10.1136/jcp-2023-209351>
- Fletcher, G. F., Ades, P. A., Kligfield, P., Arena, R., Balady, G. J., & Bittner, V. A. (2020). Exercise Standards for Testing and Training: A Scientific Statement From The American Heart Association. *Circulation*, 128(8), 873-929. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000060>
- Frederix, I., Caiani, E. G., Dendale, P., & Anker, S. (2016). Telemonitoring and Tele-Rehabilitation: Powerful Tools for Optimized Cardiac Rehabilitation. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(2_suppl), 3-10. <https://doi.org/10.1177/2047487316667910>

- Gaalema, D. E., Elliott, R. J., Savage, P. D., Rengo, J. L., Cutler, A. Y., Pericot-Valverde, I., Priest, J. S., Shepard, D. S., Higgins, S. T., & Ades, P. A. (2019). Financial Incentives to Increase Cardiac Rehabilitation Participation Among Low-Socioeconomic Status Patients: A Randomized Clinical Trial. *JACC: Heart Failure*, 7(7), 537–546. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2018.12.008>
- Garcia, L. M., & Thompson, E. J. (2019). Lifestyle Modifications and Their Effect On Coronary Artery Disease. *Journal of Preventive Cardiology*, 33(2), 150-162.
- Gaze, D. C., Collinson, P. O., & Apple, F. S. (2023). Cardiac Troponins: From Myocardial Infarction to Chronic Disease. *Cardiovascular Research*, 113(14), 1708-1718. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvx183>
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step By Step: A Simple Guide and Reference* (10th ed.). Pearson.
- Ghisi, G. L. M., Kim, W., Cha, S., Sandison, N., Oh, P., & Grace, S. L. (2023). Women's Cardiac Rehabilitation Barriers: Results of The ICCPR Global Assessment. *Canadian Journal of Cardiology*, 39(11), 1234-1242.
- Gonçalves, C., Raimundo, A., Abreu, A., Pais, J., & Bravo, J. (2024). Effects of High-Intensity Interval Training vs Moderate-Intensity Continuous Training on Body Composition and Blood Biomarkers in Coronary Artery Disease Patients: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Physiology*, 15, 11263861. <https://doi.org/10.3389/fphys.2024.11263861>
- Gonzalez, M., & Smith, J. (2024). The Impact of Cardiac Telerehabilitation on Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 30(2), 123-130. <https://doi.org/10.1177/1357633X2311781667>
- Grace, S. L., Evindar, A., Kung, T., Scholey, P., Suskin, N., & Stewart, D. E. (2011). The Role of Alcohol and Tobacco Use in the Failure to Participate in Cardiac Rehabilitation. *Canadian Journal of Cardiology*, 27(4), 385–390. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2011.03.017>
- Granger, C. B., & Bates, E. R. (2022). Contemporary Management of STEMI: Time-To-treatment and Reperfusion Strategy. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(3), 210-221.
- Grundy, S. M., Stone, N. J., Bailey, A. L., Beam, C., & Birtcher, K. K. (2019). 2018 AHA/ACC Cholesterol Guidelines: Implications for Cardiology Practice. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(24), 3176-3181. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.025>
- Gül, A., ve Uçar, T. (2022). Kardiyak Rehabilitasyonun Evreleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(1), 40-50. <https://doi.org/10.5222/ybhd.2022.40>
- Güler, D., ve Gürsel, Y. (2003). Kardiyak Rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 3(1), 26-36. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-kardiyak-rehabilitasyon-31264.html>
- Gülhan Güner, S., ve Nural, N. (2020). Koroner Arter Hastalığı: Etiyoloji ve Patogenez. In N. Nural (Ed.), *Kalp damar hastalıkları hemşireliği* içinde (1. baskı, ss. 1-6). Türkiye Klinikleri.

- Gültekin, M., ve Göçen, A. (2021). Multidimensional Index of Life Quality (MILQ-TR) Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Bezmialem Science*, 9(1), 61-68. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2020.3982>
- Ibanez, B., Byrne, R. A., Rossello, X., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., ... & Widimsky, P. (2023). 2023 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting With ST-segment Elevation. *European Heart Journal*, 44(38), 3720-3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>
- Imran, T. F., Wang, N., Zombeck, S., & Balady, G. J. (2021). Mobile Technology in Cardiac Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 10(15), e020482.
- Ishihara, K., Izawa, K. P., Kitamura, M., Kanejima, Y., Ogawa, M., Yoshihara, R., Morisawa, T., & Shimizu, I. (2022). Effects of Cardiac Rehabilitation on Cognitive Function in Patients With Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review. *Disability and Rehabilitation*, 45(6), 832-840. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2131823>
- Kandasamy, G., Sanjay, B., Eswaran, M., Vijayalakshmi, S., Muraleedharan, V. R., & Shanmugam, P. (2025). Lifestyle Factors and Comorbidities Associated With Health-Related Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease: A cross-Sectional Study. *Medicina*, 61(5), 824-832. <https://doi.org/10.3390/medicina61050824>
- Karahan, Z. (2022). Koroner Arter Hastalarında Egzersiz Reçetesi ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı. *Hitit Tıp Dergisi*, 4(3), 118-122.
- Karakuş, M. B., ve Özer, A. Y. (2021). Toplum Temelli Kardiyak Rehabilitasyon: Türkiye'de Mevcut Durum ve Öneriler. *Journal of Health Sciences and Management*, 1(2), 89-93.
- Katz, A. M. (2021). *Physiology of the Heart* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kavaklı, M., ve Kaya, A. (2023). Ateroskleroz ve Koroner Arter Hastalığı. *Kardiyovasküler Sağlık Dergisi*, 15(2), 101-110.
- Klabunde, R. E. (2021). *Cardiovascular Physiology Concepts* (3rd ed.). Wolters Kluwer.
- Koyuncu, A. (2023). Akut Koroner Sendroma Giriş, Akut Koroner Sendrom Tanımı ve Tanısı. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji-Özel Konular*, 16(1), 1-9.
- Kurçer, M. A., ve Özbay, A. (2011). Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11(2), 107-113. <https://doi.org/10.5152/akd.2011.028>
- Laddu, D. R., Lavie, C. J., Phillips, S. A., Arena, R., & Johannsen, N. M. (2021). Physical Activity and Cardiac Rehabilitation: Recent Advances and Future Trends. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 68, 120-132. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2021.04.003>
- Lavie, C. J., Milani, R. V., & Ventura, H. O. (2009). Impact of Cardiac Rehabilitation and Exercise Training on Psychological Risk Factors and Subsequent Prognosis in Patients With Cardiovascular Disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 25(7), 835-840. [https://doi.org/10.1016/S0828-282X\(09\)70505-2](https://doi.org/10.1016/S0828-282X(09)70505-2)

- Lee, R., & Patel, S. (2024). Advances in Theories and Models of Cardiac Rehabilitation After Acute Coronary Syndrome. *Medicine*, 103(12), e32087. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032087>
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social Support and Prognosis in Patients at Increased Psychosocial Risk Recovering From Myocardial Infarction. *Health Psychology*, 24(6), 582–588. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.6.582>
- Li, X., Zhao, L., Xu, T., Shi, G., Li, J., Shuai, W., ... Zhou, Y. (2023). Cardiac telerehabilitation under 5G internet of things monitoring: A randomized pilot study. *Scientific Reports*, 13, 18886, 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46175-z>
- Libby, P., Theroux, P., & Ridker, P. M. (2022). Inflammation and Atherosclerosis. *Circulation Research*, 130(2), 379-399. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319302>
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., ... & Seferovic, P. (2021). 2021 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Milani, R. V., Lavie, C. J., & Cassidy, M. M. (1996). Depression in Cardiac Rehabilitation: Prevalence, Prognosis, and Treatment. *American Heart Journal*, 132(4), 726-732.
- Moreira, R. S., Bento, V. F., Rodrigues, R. C. M., & Gallani, M. C. B. J. (2013). Quality of Life After Coronary Artery Bypass Surgery: Evaluation by Generic and Specific Instruments. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 539–546. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200018>
- Muammar, K. (2023). Kardiyovasküler Hastalıklarda Telerehabilitasyon. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 41-55. <https://doi.org/10.51536/tusbad.1224858>
- Murat, B., Murat, S., ve Görenek, B. (2023). Akut Koroner Sendromda Farmakolojik Tedavi. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji- Özel Konular*, 16(1), 22-30.
- Nebel, R., Busch, M., Gieseler, U., Halle, M., & Völler, H. (2024). Phase III Cardiac Rehabilitation: Ambulatory Heart Groups – A Model From Germany. *Circulation Reports*, 6(11), 489–494. <https://doi.org/10.1253/circrep.CR-24-0106>
- Niebauer, J., & Schwaab, B. (2020). Cardiac Rehabilitation: A European Perspective. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(3), 235-243. <https://doi.org/10.1177/2047487319876458>
- Okur, İ., Aksoy, C. C., Yaman, F., & Şen, T. (2021). Egzersiz Temelli Kardiyak Rehabilitasyon Programının Koroner Arter Hastalarında Fonksiyonel Kapasite, Kinezyofobi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Medical Sciences*, 16(4), 341–350. <https://doi.org/10.12739/NWSA.2021.16.4.1C0727>
- Oldridge, N., & Taylor, R. S. (2020). Cost-effectiveness of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 40(2), 79–87. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000454>

- Oflar, E. (2023). Akut Koroner Sendromda Kısa ve Uzun Dönem Risk Belirleme. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji-Özel Konular*, 16(1), 31-38.
- Opan, S., ve Aktürk, İ. F. (2023). Akut Koroner Sendromda Girişimsel Tedavi. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji-Özel Konular*, 16(1), 39-46.
- Özbalaban, E. (2023). Kalp Yetersizliğinde Kardiyak Rehabilitasyon. *TKD Genç Kardiyologlar Platformu*. <https://tkd.org.tr/tkdgenc/?makale=98>
- Paneroni, M., Scalvini, S., Corrà, U., Lovagnini, M., Maestri, R., Mazza, A., Raimondo, R., Agostoni, P., & La Rovere, M. T. (2022). The Impact of Cardiac Rehabilitation on Activities of Daily Life in Elderly Patients with Heart Failure. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 875932. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.875932>
- Parker, J. D., & Simmons, R. T. (2019). The Impact of Socioeconomic Status on Cardiac Rehabilitation Participation. *Health Disparities Research*, 12(4), 300-312.
- Parmaksız, J., ve Özer, Z. (2022). Kardiyak Rehabilitasyon Programına Katılımı Etkileyen Faktörler. *Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 13(32), 140-148. https://jag.journalagent.com/kvhd/pdfs/KVHD_13_32_140_148.pdf
- Piepoli, M. F., Corrà, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., ... & Schmid, J. P. (2020). Secondary Prevention Through Cardiac Rehabilitation: From Knowledge to Implementation. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(5), 418-431. <https://doi.org/10.1177/2047487319885456>
- Piepoli, M. F., Corrà, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., McGee, H., et al. (2020). Secondary Prevention Through Cardiac Rehabilitation: From Knowledge to Implementation. *European Heart Journal*, 41(40), 4565-4575.
- Piepoli, M. F., Corrà, U., Dendale, P., Frederix, I., Prescott, E., Schmid, J. P., ... & Rauch, B. (2020). Secondary Prevention Through Cardiac Rehabilitation: From Knowledge to Implementation. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(1), 101-107. <https://doi.org/10.1177/2047487319877716>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., & ESC Scientific Document Group. (2020). 2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Rawstorn, J. C., Gant, N., Direito, A., Beckmann, C., & Maddison, R. (2016). Telehealth Exercise-based Cardiac Rehabilitation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Heart*, 102(15), 1183-1192. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308966>
- Righini, M., Van Es, J., Den Exter, P. L., Roy, P. M., Verschuren, F., Ghuysen, A., ... & Büller, H. R. (2019). Age-Adjusted D-dimer cutoff Levels to Rule Out Pulmonary Embolism: The ADJUST-PE Study. *New England Journal of Medicine*, 370(6), 1288-1297. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1308720>
- Sanderson, B. K., Bittner, V., & Woman and Cardiac Rehabilitation Writing Group. (2020). Women in Cardiac Rehabilitation: Outcomes and Barriers to Participation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 40(1), 1-6. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000439>

- Sazak, Y., Aytekin Kanadlı, K., ve Olgun, N. (2020). Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirelik: Güncel Yaklaşımlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 217-226.
- Szmigielska, K., & Jegier, A. (2022). Clinical outcomes of cardiac rehabilitation in women with coronary artery disease—Differences in comparison with men. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4), 600. <https://doi.org/10.3390/jpm12040600>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Pearson Education.
- Taylor, R. S., Long, L., Mordi, I. R., Madsen, M. T., Davies, E. J., Dalal, H., & Zwisler, A. D. (2019). Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Adults With Heart Failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD003331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003331.pub5>
- Thomas, R. J., Beatty, A. L., Beckie, T. M., Brewer, L. C., Brown, T. M., Forman, D. E., ... & Wang, T. Y. (2019). Home-Based Cardiac Rehabilitation: A Scientific Statement from the AACVPR, AHA, and ACC. *Circulation*, 140(1), e69–e89. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000663>
- Turk-Adawi, K., Sarrafzadegan, N., & Grace, S. L. (2015). Global Availability of Cardiac Rehabilitation. *Nature Reviews Cardiology*, 12(10), 586–596. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2015.70>
- Turk-Adawi, K., Supervia, M., Pesah, E., Lopez Jimenez, F., & Grace, S. L. (2021). Cardiac Rehabilitation Availability and Density Around the Globe. *EClinicalMedicine*, 31, 100681. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100681>
- Tüner, H., Polat, F., Alıç, E., Kaya, A. N., Çakmak, Ç. B., Coşkun, F., & Özbek, E. (2025). Effectiveness of Cardiac Rehabilitation in Enhancing Adherence and Clinical Outcomes in Acute Coronary Syndrome: A Prospective Randomized Study. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), 1–11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12128146/>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2019). *Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018* (Yayın No: 30626). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>
- Vardar İnkaya, B., ve Oğuz, S. (2010). Kardiyak Rehabilitasyon. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(1), 17-22.
- Vieira, M. C., Nogueira, P. A., Souza, G. E., Silva, A. F., & Oliveira, R. T. (2024). Effect of an exercise-based cardiac rehabilitation program on quality of life of patients with chronic Chagas cardiomyopathy: Results from the PEACH randomized clinical trial. *Scientific Reports*, 14(1), 8208, 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58776-3>
- Vieira, Á., Melo, C., Machado, J., & Gabriel, J. (2023). Cardiac Rehabilitation With Virtual Reality: Home-Based Exercise Program in the Maintenance Stage of CR and its Effects on Functional Strength and Exercise Tolerance. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 36, e20190177. <https://doi.org/10.36660/ijcs.20190177>

- Yant, B., Kromer, L., Savage, P. D., Khadanga, S., Ades, P. A., & Gaalema, D. E. (2023). Financial incentives and case management to improve cardiac rehabilitation participation among patients with lower socio-economic status: Rationale and protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 129, 107174, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2023.107174>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Wen, Y., Zhang, X., Lan, W., Zhao, S., Qi, Q., & Yang, L. (2022). Effects of Cardiac Rehabilitation on Cardiac Function and Quality of Life in Patients With Ischemic Nonobstructive Coronary Artery Disease and Diabetes Mellitus. *BioMed Research International*, 2022, 3487107. <https://doi.org/10.1155/2022/3487107>
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Widmer, R. J., Allison, T. G., & Lerman, L. O. (2015). Cardiac Rehabilitation and Outcomes in Patients With Coronary Artery Disease: A Review of the Evidence. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 57(5), 510-519. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2014.12.001>
- World Health Organization. (2021). *Cardiovascular Diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Wu, A. H. B., Apple, F. S., Gibler, W. B., Jesse, R. L., Warshaw, M. M., & Valdes, R. Jr. (1999). National Academy of Clinical Biochemistry standards for cardiac markers in coronary artery diseases. *Clinical Chemistry*, 45(7), 1104–1121.

EKLER

EK 1: İNTİHAL RAPORU

AHMET BİNİCİ TEZ

ORJİNALLIK RAPORU

% 8	% 6	% 5	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
4	Pınar Koç, Büşra. "Yalnız Seyahat Eden Turistlerin Profili ve Tercihlerini Etkileyen Destinasyon Kriterlerinin Belirlenmesi.", Balıkesir University (Turkey) Yayın	<%1
5	acikerisim.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
7	Uyanık, Kübra. "Uterin fibroidi olan kadınlarda sağlık anksiyetesi ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi", İstanbul Sabahattin Zaim University (Turkey) Yayın	<%1
8	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
9	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
10	openaccess.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
11	Özdemir, Tugba. "Özel Gereksinimi Olan Bireylerin Bakım Verenlerine Uygulanan Teknoloji Destekli Yoganın Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi Ve Psikolojik İyi Oluşlarına Etkisi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2023 Yayın	<%1

**EK 2: KARDİYAK REHABİLİTASYON FAZ-1 VE FAZ-2 EĞİTİM
KİTAPÇIĞI**

**AKUT KORONER
SENDROMLARDA KARDİYAK
REHABİLİTASYON FAZ 1-FAZ 2
EĞİTİM KİTAPÇIĞI**



İÇİNDEKİLER

1. Kardiyak Rehabilitasyon Nedir? Ve Çekirdek bileşenleri Nelerdir ?.....	3
2. Koroner Arter Hastalığı Nedir?.....	4
a)Koroner arter hastalığı nedir?	
b)Koroner arter hastalığı belirtileri ve risk faktörleri nelerdir?	
3. KORONER ANJİYOGRAFI İŞLEMİ NEDİR?	5
a)Balon ve Stent takılması işlemi	
b)Koroner Anjiyografi Yapıldıktan Sonra Dikkat Edilmesi Gereken Konular	
4. Kalp Krizi Sonrası Taburcu Olduktan Sonra Yapılması Gerekenler.....	6
5. Koroner Kalp Hastalığı'ndan Korunmada Diyet.....	8
6. Sigaranın Bırakılması.....	9
7. Koroner Arter Hastalarında Hipertansiyon Yönetimi.....	9
8. Koroner Arter Hastalarında Diyabet Yönetimi.....	11
9. Psikososyal Etkenler.....	12
10.Kaynakça.....	

Kardiyak Rehabilitasyon

Amerikan Kalp Derneği'nin yaptığı tanıma göre **Kardiyak Rehabilitasyon**; bir kalp hastasının fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını en iyi duruma getirmek, bunun yanı sıra, altta yatan aterosklerotik süreci stabilize etmek, yavaşlatmak, hatta geriye döndürmek ve böylece morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla uygulanan düzenli ve multidisipliner çalışmalardır .

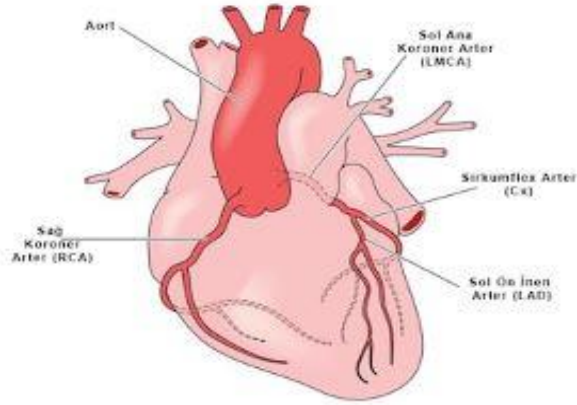
Kardiyak Rehabilitasyonun Bileşenleri

Kardiyak Rehabilitasyon programının ana bileşenleri; hastanın değerlendirilmesi, beslenme önerileri, lipid tedavisi, hipertansiyon tedavisi, sigara bırakma önerileri, kilo kontrolü, diyabet tedavisi, psikososyal değerlendirme ve tedavi, fiziksel aktivite danışmanlığı ve egzersiz eğitimidir.

Koroner Arter(Atardamar) Nedir?

Koroner arterler kalbi besleyen atar damarlara verilen genel isimdir.Sol ve sağ koroner arter olmak üzere iki adet koroner arter bulunur. Sol ana koroner arter kalbin önüne ve arkasına giden iki önemli dal verir. Sonuç olarak üç ana koroner arter sisteminden bahsedilebilir.Bunlar RCA,LAD ve CX atar damarlarıdır.

Koroner arterler, kalp kasını besler. Koroner arterler kolesterol ya da plakların birleşmesiyle tıkanabilir. Bu durum kalbe kan akımının azalmasına ve pıhtı formasyonuna yol açarak, koroner akımının yavaşlamasına ya da akımın engellenmesine neden olur. Bu durum koroner arterlerde tıkanmaya, akımın yavaşlaması sonucu kalbin yeterli oksijenasyonunun engellenmesine neden olur.

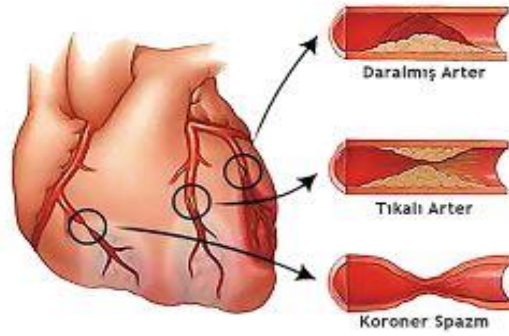


Koroner Arter Hastalığı Nedir?

Koroner arterlerin duvarlarında, kolesterol, yağ ve kanın içindeki diğer maddelerden oluşan plaklar birikerek arterlerin sertleşmesine ve zamanla daralmasına neden olurlar. Bu sürece ateroskleroz denir. İlerleyen ateroskleroz nedeniyle koroner arterlerde darlıkların oluşması koroner arter hastalığı olarak adlandırılır.

Koroner Arter Hastalığı Belirtileri

Koroner arter hastalığı, sıklıkla göğsün ortasında ani olarak başlayan şiddetli baskı ya da sıkışma tarzında en az 30 dakika (dk.) daha fazla süren ve dinlenme sırasında geçmeyen ağrı ile karakterizedir. Tabloya nefes darlığı, terleme, bulantı kusma, huzursuzluk, çarpıntı ve bayılma da eşlik edebilir.



Koroner Arter Hastalığının Risk Faktörleri

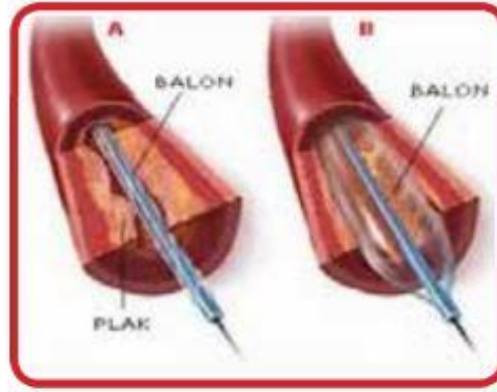
- KAH'ın hipertansiyon, yüksek kolesterol seviyesi, diyabet, metabolik sendrom, sigara tüketimi, obezite ve fiziksel hareketsizlik gibi değiştirilebilen; yaş, cinsiyet, ırk ve genetik faktörler gibi değiştirilemeyen risk faktörleri bulunmaktadır.
- Yaşla birlikte KAH gelişme riski de artmakta, ailesel KAH öyküsü her iki cinsiyet açısından risk oluşturmaktadır.
- Değiştirilemeyen risk faktörleri ilaç tedavisi, ideal kilo takibi ve diyetle kontrol altına alınabilmektedir. Sigara tüketimi, obezite ve hareket azlığı ise davranışsal risk faktörlerini oluşturmakta ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılmasıyla tamamen ortadan kaldırılabilir.

KORONER ANJİYOGRAFİ NEDİR?

Koroner anjiyografi, KAH bulunup bulunmadığını gösteren en doğru tanı yöntemidir. Kontrast madde (bir tür tıbbi boya maddesi) verilerek koroner arterler görüntülenir ve X ışınları yardımıyla oynayan görüntüler elde edilir. Koroner anjiyografi ile koroner arterler görüntülenir, koroner arterlerin hangi bölgesinin ne kadar daraldığı ve tedavisinin nasıl yapılabileceği tespit edilir. Doktorumuz koroner anjiyografi sonrasında koroner arterlerdeki darlıkları açmak için balon anjiyoplasti/stent uygulayabilir, koroner arter bypass ameliyatı önerebilir ya da herhangi bir işlem yapmadan sadece ilaç tedavisi uygulanmasına karar verebilir.

Balon Anjiyoplasti

Hasta uyanırken tıkalı damar içerisindeki darlık bölgesini açmak için yapılan tedavi girişimidir. Özel tasarımlı bir anjiyoplasti kateteri ile darlığın olduğu damara girilir. Daha sonra hekim, kılavuz teli kateter yolu ile darlığın bulunduğu bölgeye gönderir. Balon kılavuz teli üzerinden geçirilerek tıkanma bölgesine yerleştirilir. Balon kontrollü olarak şişirilir. Daha sonra düzelmeyi görebilmek için tekrar görüntü alınır. Balon çıkarılır ve bu şekilde tıkalı bölgeden tekrar kan akımı sağlanmış olur. Koroner anjiyografi ile aynı seansta veya daha sonraki bir seansta yapılabilir.



Şekil 4. Balon anjiyoplasti işlemi

Koroner Stent Yerleştirme İşlemi,

Koroner damarlarda balon anjiyoplasti ile yeterli açıklık sağlanamadığında ve/veya damar içinde çatılma/yırtılma gibi durumlar oluştuğunda, bu tür zorlukları gidemek ve damarda daha iyi bir kan akımını sağlamak için geliştirilmiş bir tedavi yöntemidir.



Şekil 5. Koroner stent

Koroner Anjiyografi Yapıldıktan Sonra Dikkat Edilmesi Gereken Konular:

- Taburcu olduktan sonra evde ilk 24 saat yatarak istirahat ediniz.
- Bol sıvı tüketiniz.
- Öksürme, hapşırma gibi durumlarda girişim yapılan kasığınızı destekleyiniz.
- Alaturka tuvalet kullanmayınız.
- Kabızlık ve şiddetli ıkınmadan kaçınınız.
- Girişim yapılan kasık bölgesini çarpma ve darbelerden koruyunuz.
- İşlem yapılacak bacak/kolda itme ve çekme hareketi yapmayınız.
- 3 gün merdiven çıkarken kasığınızı koruyarak hareket ediniz.
- 2-3 gün ağır kaldırmayınız, araba kullanmayınız, arabada otururken bacağınızı bükmeyiniz.
- İşlemden 1 gün sonra ayakta ılık su ile işlem yerini ovmadan banyo yapabilirsiniz.
- Stent sonrası taburcu olduktan sonra işlem yerinde kanama, şişlik, morarma, sertlik meydana gelirse, göğüs ağrısı ya da nefes darlığınız olursa, ateşiniz yükselirse hemen bir sağlık kuruluşuna ya da hekiminize başvurunuz.
- Hekim önerisi olmadan kan sulandırıcı ilaçların erken kesilmesi stentin tıkanmasına neden olabilir. Bu nedenle kan sulandırıcı ilaçlarınızı almayı ihmal etmeyiniz, hekim kontrollerini aksatmayınız. Bu kan sulandırıcı ilaçları alırken diş çekimi veya ameliyat olmak kanamaya yol açacağından böyle bir durum varsa mutlaka hekiminize danışınız.
- Asetil salisilik asit içeren ilaçları ömür boyu kullanmanız gerektiğini unutmayınız.
- İlaçlarınızı düzensiz kullanmanız, atlammanız veya kesmeniz halinde kalple ilgili yeni bir problem yaşama riskinizin, ilaçlarını düzenli kullanan bir hastaya göre çok daha fazla artacağını unutmayınız.

Kalp Krizi Sonrası Taburcu Olduktan Sonra Yapılması Gerekenler

1. Koroner arter hastalığı kronik bir hastalık olup, ömür boyu sürecek olan ilaç tedavisinin de başlangıcını oluşturur. Bu nedenle taburcu olduktan sonra da tedavi ve takibiniz devam edecektir. Kalp krizi geçiren bir kişinin tekrar kriz geçirme riski, hiç geçirmeyen bir kişiye göre daha fazla olacağından yaşam tarzını değiştirmesi, doktor kontrollerini aksatmaması ve ilaçlarını eksiksiz kullanması HAYATİ ÖNEM TAŞIR.
2. Devam eden göğüs ağrısı, düzensiz nabız, baş dönmesi, göz karaması, yeni gelişen halsizlik ve yorgunluk, kısa sürede nefes darlığı gelişmesi, günde 1-2 kilo haftada 3-4 kilo alması, bacaklarda şişlik (ödem) gibi durumlarda mutlaka hekim ile irtibat kurularak en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
3. Kontrollerinizi zamanında yaptınız ve kontrole gelirken ilaçlarınızı yanınızda bulundurunuz.
4. Taburcu edildikten sonra devam eden sorunlar yoksa 1-2 hafta istirahat sonrasında işinize ve normal yaşantınıza dönebilirsiniz. Ancak ağır efor gerektiren bir işte çalışıyorsanız bu durumu doktorunuza görüşmelisiniz.
5. 1-2 hafta sonra uçakla yolculuk yapabilirsiniz.
6. Herhangi bir yakınmanız olursa (göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi) gecikmeden doktorunuza başvurunuz.
7. Kalp krizi geçiren ve komplikasyon (kalp yetersizliği, kriz sonrası ritim bozukluğu veya göğüs ağrısı gibi) olmayan hastalar, kalp krizi geçirdikten 15 gün sonra normal cinsel yaşamlarına dönebilir, infarktüs öncesinde aldığı sıklıkta cinsel ilişkiye girebilirler. Ancak bu konuda bir sorunuz olursa doktorunuza paylaşmalısınız. Eğer cinsel temas sırasında göğüs ağrınız olursa doktorunuza bildirmeniz gerekir.
8. Cinsel işlev bozukluğunda kullanılan ilaçların kalp ilaçları ile birlikte kullanımı ciddi sorunlar yaratabilir. Bu yüzden, her ilaç gibi bu grup ilaçlar da doktorunuza danışmadan alınmamalıdır.
9. Katı yağlardan, un, tuz ve şeker kullanımından kaçınınız. Düzenli olarak meyve ve sebze tüketiniz. Beslenmenizde kırmızı et yerine balık tüketmeye özen gösteriniz. Kızartmadan uzak durunuz. Günde yaklaşık 1 avuç fındık, ceviz ya da badem gibi kuru yemişlerden birisini tüketiniz. Sıvı yağ olarak özellikle zeytinyağı kullanınız. Beslenme alışkanlıklarının kalıcı olarak değiştirilmesi çok önemlidir.
10. Kolesterol düşürücü ilaçlarınızı mutlaka kullanınız, doktorunuza danışmadan kolesterol düşürücü ilaçlarınızı bırakmayınız.
11. Yüksek tansiyonunuz varsa tedavi ve kontrollerinizi yaptınız. Kan basıncınızın 140/90 mmHg altında olmasına, eğer diyabetiniz varsa kan basıncınızın 140/85 mmHg'dan düşük olmasına özen gösteriniz.
12. Diyabetiniz varsa uygun diyet ve kan şekeri kontrolünüze dikkat ediniz. HbA1c değerinizin %6.5'tan düşük olması gerektiğini unutmayınız.

Koroner Kalp Hastalığı'ndan Korunmada Diyet

1. Kolestrolden düşük kalp korucu diyet uygulanması önerilir
2. Karides, midye, kalamar gibi deniz hayvanlarını tüketmeyin.
3. Haftada 2-3 gün bitkisel protein kaynağı olan kuru baklagiller tüketebilirsiniz.
4. Tereyağı, yumurta, tam yağlı peynir-süt-yoğurt, tavuk kanadı ve derisi, yağlı kırmızı et, salam, sosis, sucuk gibi şarküteri ürünleri yüksek oranda kolesterol içermektedir az miktarda tüketilmesi önerilir.
5. Haftada 2 günden fazla kırmızı et tüketmeyin. Et yerine 300-500gram balık tüketmeye özen gösterin.
6. Günlük 2-3 porsiyon meyve tüketin.
7. Yemeğinizi hızlı tüketmeyin, iyi çiğnemeye özen gösterin.
8. Günde 1.5-2 litre su almaya özen gösterin.
9. Tatlı tüketmek istediğiniz zaman hamurlu/şerbetli tatlılar yerine sütlu tatlılar tercih edebilirsiniz.
10. Pirinç pilavı yerine bulgur/karabuğday pilavı tercih edin.
11. Kızartma ve kavurma yerine ızgara, haşlama ve fırınlama yöntemlerini tercih ediniz.
12. Alkol tüketimi ile ilgili olarak, son verilere göre alkolü bırakanların kardiyovasküler hastalığa (KVVH) yakalanma riskinin daha düşük olduğu, alkolün kan basıncını ve vücut kitle indeksini artırdığı ve haftada >100 g alkol tüketiminin ömrü kısalttığı gösterilmiştir. Bu nedenle, alkol tüketimini haftada maksimum 100 g ile sınırlamak önerilir (erkekler ve kadınlar için aynı).

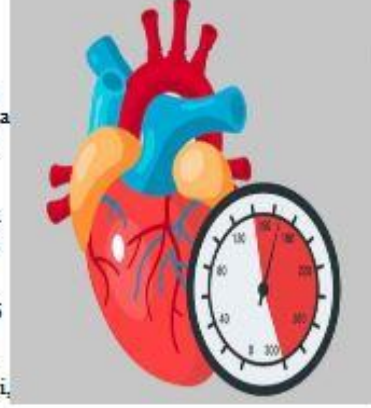


Koroner Arter Hastalarında Hipertansiyon Yönetimi

Hipertansiyon koroner kalp hastalığı için çok önemli bir risk faktörüdür. Bütün aterosklerotik kardiyovasküler olayların %35'inden hipertansiyon sorumludur. Koroner kalp hastalığı, hipertansiflerde normotansiflere göre 2-3 kat daha fazladır.

Hipertansiyonunuz varsa bunlara dikkat ediniz:

1. Risk faktörleri düzeltilmelidir. Yüksek kolesterol, trigliserid, LDL-K düzeyleri diyet ve/veya ilaç tedavisi ile hedef değerlere çekilmelidir. Obezler ideal kilolarına düşürülmeli, sigara terkedilmeli, sedanter yaşam şekli değiştirilmelidir.
 2. İlaç dışı tedavi: Terapötik yaşam tarzı değişikliği bütün hastalarda uygulanmalıdır. Risk faktörlerinde belirtilen uygulamalara ek olarak şunlar yapılmalıdır:
 1. Tuz kısıtlaması uygulanmalıdır. Günlük tuz alımı 6 gr'dan az olmalıdır.
 2. Diyetle yeterli potasyum ve magnezyum olmalıdır.
 3. Alkol kullanımı kısıtlanmalıdır. Günlük 60 ml viski, rakı veya eşdeğer alkolü içki (250 ml şarap) içilebilir.
 4. Fizik aktivite artırılmalıdır. Haftada en az 3-4 kez hedef kalp hızının %60-70'ine ulaşacak şekilde, 30-45 dakikalık tempolu yürüyüşler yapılmalıdır.
 3. Farmakolojik tedavi: Hipertansiyon tanısı konan ve yaşam tarzı değişiklikleri ile kan basıncı kontrol altına alınamayan her yaştaki hastalara farmakolojik tedavi başlatılmalı ve sürekli uygulanmalıdır. İlk ilaç seçimi bireysel olmalı, birlikte bulunan durumlara göre monoterapi veya kombinasyon tedavisi seçilmelidir. Hastalara ilaçlarla ilgili yeterli bilgi verilmelidir.
- Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar etkili kan basıncı düşürme sağlar. Diüretik ve beta-blokerler ile yapılan ilk çalışmalarda, diyastolik kan basıncında 5-6 mmHg, sistolik kan basıncında 10-14 mmHg düşmenin, 5 yıl içinde, koroner kalp hastalığının nisbi riskini %16, inme riskini %38 azalttığı gösterilmiştir.



Sigaranın Bırakılması

- Sigara içmeyi bırakmak, AKS sonrası tekrarlayan kalp krizi riskini (%30-40) ve ölüm riskini (%35-45) azaltır.
- Sigara içimini bırakmak için farmakoterapi ve danışmanlık desteği alabilirsiniz.
- Nikotin replasman tedavisi (NRT), bupropion ve vareniklin gibi ilaçlar, davranışsal destek tedavisi ile beraber düşünülebilir.
- NRT'nin tüm formları etkilidir ve antidepresan bupropion, NRT ile benzer etkililikte olmakla beraber uzun vadede sigara bırakmayı destekler.
- Sigarayı bırakmak, bir kişinin ortalama olarak 5 kg kilo almasına neden olabilecek bir süreçtir. Ancak, sigara içmeye devam etmenin kardiyovasküler (KV) risklerin kilo alımı riskinden daha büyük olduğunu unutmamak önemlidir.
- Sigara kullanıyorsanız mutlaka bırakınız, yanınızda içilmesine dahi izin vermeyiniz. Çünkü sigara koroner arter hastalıkları ve kalp krizi için en önemli risk faktörlerinden birisidir. Sigarayı bırakmak, yeni bir kalp krizi gelişme riskini de azaltacaktır.

Fiziksel Aktivite ve Egzersiz



- Kronik hastalıklara sahip yetişkinlerin, hareketsiz zamanlarını azaltmaları ve her tür fiziksel aktiviteyi (hafif yoğunluk dahil) yapmaları önerilir.
- Genel fiziksel aktivite önerileri, haftanın her günü düzenli aerobik fiziksel aktivite ve hafta boyunca direnç egzersizini içerir; bu, AKS sonrası hastalar için önerilenlerin temelini oluşturur.
- Günlük fiziksel aktivite, egzersiz tabanlı kardiyak rehabilitasyonun yerine geçmez. AKS sonrası tüm hastalara önerilir ve kapsamlı bir kardiyak rehabilitasyon programının önemli bir bileşenidir.
- Kilo almamak ve fazla kilolardan kurtulmak önemlidir. Fazla kilolardan tıbbi beslenme programı ve düzenli egzersizle kurtulabilirsiniz (vücut kitle indeksinin (kilo/boy) 25'in altında olmasını hedefleyin).
- Fiziksel olarak aktif olmak ve düzenli egzersiz kalbiniz için faydalıdır. İlk günler kısa süreler yürüyüp, aşamalı olarak 6 hafta sonra yürüyüş sürenizi 30 dakikaya çıkarınız. İlerleyen zamanlarda haftada en az 5 gün 30-45 dakikalık düzenli aerobik egzersiz (yürüyüş, bisiklete binme, yüzmeye gibi) yapınız.

Hekiminizin aktivite konusunda ek bir önerisi ve uyarısı olmadığı takdirde haftada en az 3 gün sabah ve akşam serinliğinde 30 dk tempolu yürüyüş önerilir. (Çok sıcaklarda ve çok soğuklarda dışarı çıkmak önerilmez)

Koroner Arter Hastalarında Diyabet Yönetimi

Amerikan Diyabet Derneği'nin kriterlerine göre açlık kan şekerinin >126 mg/dL olması diyabet, 110-126 mg/dL bozulmuş açlık glukozu olarak tanımlanmaktadır. Bozulmuş açlık glukozu olan hastaların bir çoğunda oral glukoz tolerans testi 2. saat değeri >200 mg/dL'dir ve bu durum artmış koroner arter hastalığı riski ile yakın ilişkilidir.

Amerikan Diyabet Derneği'nin önerilerine uygun olarak açlık kan şekerinin 120 mg/dL ve HbA1c %7'nin altında tutulmasında yarar vardır. HbA1c'de sağlanan %1 oranındaki düşmenin mikrovasküler komplikasyonlarda %30 azalma sağladığı gösterilmiştir.

Akut miyokard enfarktüsü (AMI) geçiren diyabetik hastaların başvuru şikâyetleri sıklıkla atipik vasıfta ve yanlış yönlendirici olabilir. Akut miyokard enfarktüsü için tipik bir bulgu olan, belli bölgelere yayılan göğüs ağrısı, hastaların büyük çoğunluğunda hiç olmayabilir veya belli belirsiz olabilir.

1. Öğün saatleri geciktirilmemeli, öğün atlanmamalıdır.
2. Kan şekerinin ana kaynağı olan karbonhidrat tüketimine dikkat edilmelidir.
3. Tam taneli tahıllar, meyve, sebze, kuru baklagil ve yoğurt gibi besinlerden karbonhidrat tüketimi sağlanmalıdır.
4. Öğün ve ara öğünlerde yeterli karbonhidrat tüketimi sağlanmalıdır.
5. Konserve veya işlenmiş besinler yerine taze besinler tüketilmelidir.
6. Ayaklarınızı her gün ılık su ile yıkayıp, kurulayınız. Parmak aralarını özellikle kurulayınız, ıslak kaldığında mantar enfeksiyonu oluşur.
7. Ayaklarınızı nemlendirici bir losyon ile nemlendiriniz, parmak aralarına losyon sürmeyiniz.
8. Nasırlarınız için asitli nasır ilacı, nasır bantları kullanmayınız, nasırlarınızı kesmeyiniz, ayaklarınıza ponza taşı kullanmayınız. Bir uzmandan destek isteyiniz.
9. Ayakkabılarınızın taban genişliği ile ayak tabanınız aynı olmalı, derinliği ekstreman 1 cm fazla ve burun geniş olmalıdır. Ayakkabı alışverişinizi öğlen saatlerinde yapınız.
10. Sentetik çoraplar yerine; pamuklu, yünü, burunları dikişsiz, bilek kısımları sıkı olmayan ve mümkünse açık renk çorapları tercih ediniz.
11. Kan şeker ölçümlerinizi yapmaya özen gösteriniz.
12. Kan şekerinizi kontrol altına almadığı durumlarda hekiminize danışarak ilaç dozlarınızda ve Beslenme programınızda değişiklikler yapınız.
13. HgA1c düzeyinizi 3 ayda 1 kontrol ettiriniz.
14. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanınız, hekim kontrollerinizi mutlaka aksatmayınız.

Psikososyal Etkenler

Akut miyokard infarktüsü sonrası ciddi bir depresyonla koroner kalp hastalığı arasındaki olası bağı inceleyen prospektif çalışmaların tümü pozitif bir sonuç göstermiştir.

Akut miyokard infarktüsü sonrası ciddi bir depresyon öyküsü, gelecekteki koroner kalp hastalığı olay riskinin çok güçlü (yaklaşık 6.0 kat yükselten) bir bağımsız öngördürücüsüdür.

Düșmanlık veya öfke ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Sosyal destek eksikliği normal otonom tonusunu bozmak suretiyle, hem sağlık hem de koroner kalp hastalığı bulunan kişilerde kardiyovasküler riskte yükselmeye neden olur.

Buna karşılık, bazı hayat tarzı faktörleri kardiyoprotektif niteliktedir. Evliliğin, dindarlık veya inancın sağladığı destek ve evcil hayvan sahipliği gibi sosyal bağımlı biçimlerinin kardiyovasküler olay riskini azalttığı bildirilmiştir.

KAYNAKÇA

1. Daş M, Akdur O., Akut koroner sendromlar: Yürümez Y, editör. Kardiyovasküler Aciller. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.13-9.
2. Sazak, Y., Kanadlı, K., Olgun, N., Cardiac Rehabilitation and The Role Of Nurses In Team Work, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2020;24(3):217-226
3. Karakuş, M., Özer, A., Community-Based Cardiac Rehabilitation Concept and International Examples, Journal of Health Sciences and Management, 2021; 1 (2): 89-93
4. Tokgözü, E., Eroğlu, N., Nursing Based Approach In The Rehabilitation Of Cardiovascular Diseases, 2018; 26-33
5. Gürsürer, M., Sinsi Düşman : Hipertansiyon, (metingursurer.com), 2021(Erişim:5.6.24)
6. Navarese EP, Kowalewski M, Andreotti F et al. Meta-analysis of time-related benefits of statin therapy in patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention. Am J Cardiol 2014;113:1753–1764
7. Mach F, Baigent C, Catapano AL et al, ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk., 2019
8. Schwartz GG, Fayyad R, Szarek M et al. Early, intensive statin treatment reduces ‘hard’ cardiovascular outcomes after acute coronary syndrome. Eur J Prev Cardiol 2017;24:1294–96.
9. Mingfeng Ma, Lixia Bu, Li Shi et al., Effect of loading dose of atorvastatin therapy prior to percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndrome, The Journal of the American Medical Association ., 2018; (2-9)
10. Balady GJ, Ades PA, Comoss P, Limacher M, Pina IL, Southard D, et al., Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association., intensive statin treatment reduces ‘hard’ cardiovascular outcomes after acute coronary syndrome, 2017;24:1294–96
11. Demirbağ Kabayel, D., (2018)., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi., Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı., Kardiyak Rehabilitasyon., (2018)ss (1-3)
12. Çevik, Yunsur, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uluslararası Acil Tıp ve Aile Hekimliği Kongresi., Akut Koroner Sendromların Yönetimi, 2019
13. Işık, S., Delibağ, T., Berker, D., Aydın, Y., Güler, S., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği., Kalp hastalıklarında diyabet yönetimi ., 2009

14. Emir, R., T.C. Istanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Koroner Anjiyografi Öncesi Hasta Eğitiminin Yaşam Bulgularına Etkisi., 2017 ss(85-95)
15. Gürsürer, M., Koroner Arter Hastalığı, (metingursurer.com) , 2020 (Erişim: 6.6.24)
16. Kalp Krizi ve Perkütan Koroner Girişim Sonrası Hasta Bilgilendirme Kitapçığı, https://tkd.org.tr/kardiyobil/html/file/KalptenDestek_Kitap.pdf , 2015 (Erişim 04.06.24)
17. ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu., https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf., 2013 (Erişim: 21.05.24)
18. Akbulut, E., Tülüce, D., & Bayrak Kahraman B, Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin rolü. Journal of Cardiovascular Nursing., (2016)., 7(14): 140-146

EK 3: ÇOK BOYUTLU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

ÇOK BOYUTLU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Size yaşamınızdaki değişikliklerden *şu anda* ne kadar memnun olduğunuza dair bazı sorular soracağım. Aşağıdaki her soru için, ölçek üzerinde, *memnuniyet* derecenizi en iyi şekilde gösteren sayıyı daire içine alınız.

Ölçek Maddeleri	MEMNUNİYET DERECENİZ						
	Hiç memnun değilim	Memnun Değilim	Kısmen memnun değilim	Ne Memnunum Ne Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum
1. Genel duygusal durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
2. Geleceğinize umutla bakıyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
3. Şu anki halinizden memnun musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
4. Kendinizi huzurlu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
5. Fiziksel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
6. İstediklerinizi yapabilecek enerjiye sahip misiniz?	1	2	3	4	5	6	7
7. Ağrı hissetmeme durumunuzdan memnun musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
8. Fiziksel egzersiz yapabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
9. Kendi işlerinizi yapabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
10. Ev işlerini yapabilme gücünüzden memnun musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
11. Fiziksel olarak tatil ya da seyahatlere katılabilme gücünüzden memnun musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
12. Fiziksel yönden çalışabilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
13. Ailenizin istediğiniz şeyleri yapmanıza izin vermesinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
14. Bebek bakımı, akrabaların bakımı gibi konularda ailenize yardım edebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
15. Arkadaşlarınızla geçirdiğiniz zamandan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
16. Sosyal aktivitelere katılma durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
17. Eşiniz/partnerinizle yaptığınız aktivitelerden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7

18. Eşiniz/partnerinizin size karşı gösterdiği sevgiden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
19. Eşinize/partnerinize güvenebilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
20. Cinsel yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
21. Hastalıkla ilgili olağan üstü durumlara hazırlıklı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6	7
22. Konsantre olabilme becerinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
23. Kendi başınıza karar verebilme gücünüzden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
24. Yakın geçmişteki olayları hatırlayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
25. Maddi gelirinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
26. Aylık giderlerinizi karşılayabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
27. Tasarruf yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
28. Sosyal güvencinizden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
29. Sağlık personelinin aldığınız bilgilerden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
30. Sağlık personeline soru sorabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
31. Aldığınız tıbbi bakımın kalitesinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
32. Sağlık personellerinden aldığınız destekten ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
33. Sağlığınız ölçüsünde çalışma stresinden ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
34. İsteddiğiniz bir işi yapabilme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7
35. Kendinizi işe yarar hissetme durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	1	2	3	4	5	6	7

36. Buradaki soruların kapsamadığı, fakat yaşam kaliteniz için önemli gördüğünüz ve eklemek istediğiniz başka hususlar var mı?

1. Hayır.
2. Evet (Belirtiniz).

EK 4: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

	Şeyma DEMİR Kime: Ahmet Binici >	8.12.2023 
Sayın Binici, Ölçeği kullanabilirsiniz. Kolaylıklar ve başarılar diliyorum. Dr. Öğr. Üyesi Şeyma Demir Erbaş Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tel: · ----- Orijinal Mesaj ----- Kimden: "Ahmet Binici" Kime: "Şeyma Demir Erbaş" Gönderilenler: 7 Aralık Perşembe 2023 21:08:40 Konu: Çok boyutlu yaşam kalitesi ölçeği hk.		

EK 5: ETİK KURUL ONAYI



SAYI: ATADEK-2024/12

15.08.2024

KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay Genç,

Sorumluluğunu yürüttüğünüz **“Akut Koroner Sendromlu Hastalara Verilen Kardiyak Rehabilitasyon Faz 1 ve Faz 2 Eğitiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi”** başlıklı proje 15 Ağustos 2024 tarih 2024/12 sayılı ATADEK toplantısında görüşülmüş olup, 2024-12/499 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

Kerem Aydınlık Kampüsü Kayışdağı Caddesi 32 Kat:3 34752 Ataşehir / İstanbul T:0216 500 4444 F:0216 576 50 78

www.acibadem.edu.tr

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:

Akut Koroner Sendromlu Hastalara Verilen Kardiyak Rehabilitasyon Faz 1 ve Faz 2 Eğitiminin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):

Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay Genç

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) (✓) **Revizyon ()*** **Etik olarak uygun değil ()****

Toplantı Tarihi: 15.08.2024

Karar Numarası: 2024-12/499

		Karara	Karara
Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. Murat BAŞ (Başkan)		(✓)	()
Prof. Dr. Şeyda TÜRK (Başkan Yardımcısı)		()	()
Prof. Dr. A. Yiğit ÇAKIROĞLU		(✓)	()
Prof. Dr. Esra UĞUR		(✓)	()
Doç. Dr. Figen DEMİR		()	()
Doç. Dr. Merve AÇIKEL ELMAS		()	()
Doç. Dr. Duygu SAĞLAM		()	()
Doç. Dr. Nuray ALACA		(✓)	()
Doç. Dr. Zekiye Kübra YILMAZ		()	()
Dr. Öğr. Üyesi Ceren Gülser İLİKAN RASİMOĞLU		()	()
Dr. Öğr. Üyesi Nazlı KESKİN TOKLU		(✓)	()
Dr. Öğr. Üyesi Kaya BİLGÜVAR		(✓)	()

EK 6: KURUM ONAYI

Melahat Arat Demirci

Kimden: Ahmet Binici
Gönderme Tarihi: 16 Aralık 2024 Pazartesi 12:02
Kime: Melahat Arat Demirci
Bilgi: Pınar Çetin; Havva Arslan Öz; Songül Güral; Esra Ceylan; Ayşe Çetin Aktürk; Songül Özel; Hayri Yılmaz
Konu: Kurum Onayı Hk.
Ekler: HEMAR Zoom Online Toplantı 30.05.24 (1).pdf; 2024-12-499.pdf; Dosya 499 REVIZYON ATADEK BAŞVURU FORMU-AHMET BINICI-31.7.24 (4).docx

Değerli Yöneticilerim **Akut Koroner Sendromlu Hastalara Verilen Kardiyak Rehabilitasyon Faz 1 ve Faz 2 Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi** konulu TEZ çalışmam 30.05.24 tarihli HEMAR görüşmesi sonucunda Etik Kurul Başvurusu için uygun bulunmuştur.15.09.24 tarihinde yapılan ATADEK toplantısı sonucu etik kurul yönünden uygun bulunmuştur. ATADEK başvuru formum, Toplantı tutanakları ve Etik Kurul Kararım ektedir. Kurum onayı alma konusunda desteklerinizi rica ederim,

İyi çalışmalar dilerim.

ACIBADEM

ATAŞEHİR

Ahmet Binici
Klinik Eğitim Hemşiresi
Clinical Training Nurse

+02165124701
ahmet.binici@acibadem.com

ACIBADEM
444 55 44
acibadem.com

EK 7: KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Adım Ahmet BİNİCİ, Akut Koroner Sendromlu hastalarda yaşam kalitesinin önemli derecede etkilenmesinden kaynaklı hastaların fiziksel, fonksiyonel, mental, duygusal, psikolojik, sosyoekonomik ve davranışsal boyutlarını değerlendirmek ve Kardiyak Rehabilitasyon Uygulamalarını yaygınlaştırmak amacıyla bir çalışma yapıyorum.

Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplamaı için bir anket uygulayacağım. Ardından sizlere güncel literatürden oluşturulmuş, Uzman görüşünü sunulmuş, Kardiyak Rehabilitasyon Faz 1 ve Faz 2 eğitimi vereceğim, iki hafta sonra tekrardan anketi doldurmanızı isteyeceğim. Aradaki farklılıklar üzerine Kardiyak Rehabilitasyon eğitiminin yararlılığı tartışılacaktır.

Soruları yanıtlamak ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Toplanan bu veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Gizliliği ve mahremiyeti sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Ahmet BİNİCİ

Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Katılımcının İmzası

EK 8: TANITICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Bu bölümde tanıtıcı özelliklerinizi içeren sorular bulunmaktadır. Size uygun olan seçeneği işaretleyebilirsiniz. Yanıtlarınız için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz:

- A. Kadın
- B. Erkek

2. Yaşınız:

- A. 30-40
- B. 41-50
- C. 51-60
- D. 61-70
- E. 71 ve üzeri

3. Eğitim Durumunuz:

- A. Okuryazar değil
- B. İlkokul
- C. Ortaokul
- D. Lise
- E. Üniversite
- F. Doktora

4. Medeni durumunuz:

- A. Evli
- B. Bekar

5. Sosyal Güvenceniz nedir?

- A. Bağ-kur
- B. SGK
- C. Emekli Sandığı
- D. Özel Sigorta
- E. Yeşil Kart
- F. Yok

6. Çalışma durumunuz nedir?

- 1. Tam gün
- 2. Yarım gün
- 3. Çalışmıyor/İşsiz

7. Evde yaşam şekliniz nedir?

- A. Yalnız yaşıyor
- B. Eşiyle birlikte
- C. Eşi ve çocuklarıyla birlikte
- D. Çocuklarıyla birlikte
- E. Aile büyükleriyle
- F. Diğer.....

8. Ailenizin ekonomik durumu nedir?

- A. Gelir giderden fazla
- B. Gelir gider eşit
- C. Gelir giderden fazla

9. Sigara Kullanıyor musunuz?

- A. Evet,
- B. Hayır

10. Alkol kullanıyor musunuz?

- A. Evet
- B. Hayır

11. Kronik Hastalığınız var mı?

A. Evet

B. Hayır

Eğer yanıtınız evetse, nelerdir?

12. Beslenmenizde uyguladığınız bir diyet var mı?

A. Evet

B. Hayır

13. Hastalığınız hakkında bilginiz var mı?

A. Evet

B. Hayır

C. Biraz

14. Koroner Arter Hastalıklarına yönelik bilginiz var mı?

A. Evet

B. Hayır

C. Biraz

15. Koroner anjiyografi işlemi sonrasında yaşam tarzını etkileyecek yazılı hasta eğitimi verilmesi sizi rahatlatır mı?

A. Evet

B. Hayır

C. Sanmıyorum

D. Farketmez

16. Kardiyak Rehabilitasyon uygulamasına yönelik bilginiz var mı?

A. Evet

B. Hayır

C. Biraz

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Ahmet Binici
GSM / e-posta :

Eğitim Durumu

Önlisans / lisans : Mersin Üniversitesi Hemşirelik 2017-2021
Yüksek lisans : Fenerbahçe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği 2022 -
Doktora / sanatta yeterlik:

Yabancı Dil

Dil	Sınav Adı	Sınav Notu ve Yılı (Son 5 yıl içinde alınan en yüksek sınav notu)	
		Sınav Notu	Sınav Yılı
Almanca	Tele Deutsch B1 / Papierbasierte Prüfung	237.50	2025

İş Deneyimi

- 2021 Hatay Özel Hastanesi “Koroner Yoğun Bakım”
- 2022 Acıbadem Sağlık Grubu “Koroner Yoğun Bakım”