

Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Tutumunun Değerlendirilmesi

Evaluation of Life Attitude in Patients with Acute Coronary Syndrome

öz

Amaç: Bu çalışma, akut koroner sendromlu hastalarda hastalık algısı ve yaşam tutumunun değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Yöntem: Bu araştırma Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde tedavi gören 204 akut koroner sendromlu hasta ile yürütüldü. Veriler; Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ve Yaşam Tutum Profili Ölçeği ile toplandı.

Bulgular: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ve Yaşam Tutum Profili Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puanları karşılaştırıldığında; bilişsel hastalık temsilleri alt boyutu ve duygusal hastalık temsilleri alt boyutu ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulundu ($p < 0,05$). Yaşam Tutum Profili Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılık bulundu ($p < 0,001$, $p < 0,05$). Her iki ölçek toplam puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadı ($p > 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda hastalık algısı ve yaşam tutumu arasında herhangi bir ilişki bulunmadı.

Akut koroner sendromun getirdiği yük, sürekli ilaç kullanımı ve sağlık sistemindeki değişiklikler bireyin hastalık algısını ve yaşama karşı oluşturduğu bakış açısını etkilemektedir. İyi bir hemşirelik bakımı ve tecrübesiyle bireyin hastalık algısı olumlu yönde oluşturulup yaşama yönelik tutumu artırılabilir.

Anahtar kelimeler: Akut koroner sendrom, hastalık algısı, hemşirelik, yaşam tutumu

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the attitude toward life among patients with acute coronary syndrome.

Methods: The research was conducted with 204 patients undergoing treatment for acute coronary syndrome at a teaching and research hospital in Ankara, Türkiye. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, the Short Illness Perception Scale, and the Life Attitude Profile Scale.

Results: When comparing the subsections and total scores of the Short Illness Perception Scale and Life Attitude Profile Scale, statistically significant differences were observed between the subsections of cognitive illness representations and emotional illness representations, as well as the total scores of the Short Illness Perception Scale ($P < 0.05$). Statistical significance was also found in all subsections and total mean scores of the Life Attitude Profile Scale ($P < 0.001$, $P < 0.05$). However, no statistical significance was found between the total scores of the two scales ($P > 0.05$).

Conclusion: In our study, we did not find a significant relationship between illness perception and life attitude. The burden imposed by acute coronary syndrome, including continuous medication use and changes in the healthcare system, can influence individuals' perceptions of illness and life outlook. Nevertheless, with effective nursing care and experience, it is possible to positively shape individuals' perceptions of the disease and enhance their life attitudes.

Keywords: Acute coronary syndrome, illness perceptions, nursing, life attitude

Giriş

Akut koroner sendrom (AKS); miyokardın kan akımının bozulması sonucu iskemi ve iskemiye bağlı çoğunlukla elektrokardiyografik değişikliklerin de eşlik ettiği klinik

ORIGINAL ARTICLE

Özlem Bulantekin Düzalan¹

Şeyma Kaya Camcı²

¹ Department of Nursing, Çankırı Karatekin University, Faculty of Health Sciences, Çankırı, Türkiye

² Eti Maden Operations General Directorate, Ankara, Türkiye

Corresponding author:

Özlem Bulantekin Düzalan

✉ ozlembulantekin@gmail.com

Received: August 22, 2023

Accepted: February 1, 2024

Cite this article as: Bulantekin Düzalan Ö, Kaya Camcı Ş. Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam tutumunun değerlendirilmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2024;15(36):17-24.

DOI: 10.5543/khd.2024.75002



Copyright@Author(s) - Available online at khd.tkd.org.tr.

Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

tabloları ifade etmektedir.¹ Şehirleşmenin artması, ekonomik koşullar, hayat tarzındaki değişiklikler, artan günlük kalori alımı, sigara kullanımının artması sonucu kan basıncı, obezite, plazma lipit ve kan şekeri artışı meydana geldi. Bu artışlar bireylerde ateroskleroz oluşumunu hızlandırarak koroner arter hastalıklarının (KAH) görülme sıklığını yükseltmiştir. AKS, miyokardın akut iskemisine bağlı klinik bulgularla uyumlu bir tablodur. AKS; kararsız anjina pektoris, ST segment elevasyonlu (STEMI) miyokart enfarktüsü ve ST segment elevasyonsuz miyokart enfarktüsü (NSTEMI) olmak üzere üç farklı şekilde sınıflandırılmaktadır.²

Bireyler, bir hastalık teşhisi konulduğunda sağlık durumları hakkında kendilerince bir inanç düzeni geliştirir. Bu inançlara hastalık algıları denir. Kişi hastalığı kendince anlamlandırır ve bu yöntem hastalığı yönetme konusundaki gelecekteki davranışlarını belirler.³ Diğer bir deyişle, kişinin sağlığını tehdit eden bir hastalığın anlamını ve önemini algılamasıdır. Bu algı her kişide farklılık gösteren bir durumdur.⁴

Yaşam tutum profili ise hayatın anlamı demektir. Bu anlam her insanın yaptığı etkinlikler sonucu oluşur. İnsanlara göre hayatın anlamı ve amacı özgür olmak ve hayatı yaşamaktır.⁵

Kalp damar hastalığı olan bireylerde yapılan hastalık algısının belirlenmesi çalışmasında, hastaların tanı aldıktan sonra yaşamlarında algıladıkları bazı genel hastalık belirtilerini kalp hastalıkları ile ilişkilendirmedikleri; sadece kronik bir hastalık olarak görüp çok ciddi sonuçları olduğuna inandıkları, hastalığın tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algılarının olduğu belirtilmektedir.⁶

Kronik hastalığa sahip olmanın yaşamın anlam ve doyumunu azalttığı bildirilmektedir. Yaşamın anlamı her birey için özeldir ve her birey bu anlamı kendisine göre farklı yükler. Kronik hastalığın getirdiği yük, sürekli ilaç kullanımı, hastalıkların zaman zaman alevlenmesi, tedavi süreçlerinin yeniden güncellenmesi ve ek tedavilerin eklenmesi gibi durumlar zamanla kişide yaşamın anlamının ve doyumunun azalmasına sebep olabilir. Dolayısıyla AKS; kişinin yaşam kalitesini, psikolojik, bilişsel ve fiziksel durumunu ve kişisel ilişkilerini çok yönlü etkilemektedir.⁷

Literatürde AKS'li hastalarda hastalık algısı ile yapılmış çalışma olmasına karşın^{4,6} yaşam tutumunu değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu eksiklikten yola çıkarak AKS'li hastalarda hastalık algısının ve yaşam tutumunun değerlendirilmesini planladık.

Araştırmanın Amacı

AKS'li hastalarda hastalık algısını ve yaşam tutum profili düzeylerini belirlemektir.

Araştırmanın Soruları

AKS'li hastaların hastalık algısı ve yaşam tutum profili nasıldır? AKS'li hastaların hastalık algısını ve yaşam tutum profilini etkileyen faktörler nelerdir?

AKS'li hastaların hastalık algısı ve yaşam tutum profili arasında bir ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini kardioloji polikliniğine/kliniğine/yoğun bakımına başvurarak tedavi gören ve en az altı ay önce AKS tanısı almış 204 yetişkin hasta oluşturdu. Hastalar evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçildi. Herhangi bir duyma, işitme ve görme engeli olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü tüm hastalar evrene dahil edildi.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Veriler Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde kardioloji polikliniğinde/servisinde/yoğun bakımında yatan hastalar üzerinden Ocak-Haziran 2022 tarihleri arasında toplandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden görme, duyma ve işitme engeli bulunmayan ve gönüllü bireyler araştırmaya alındı.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında sosyodemografik özelliklerin yer aldığı Tanıtıcı Anket Formu, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ve Yaşam Tutum Profili Ölçeği kullanıldı. Veriler; hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Her bir görüşme 15-20 dakika sürdü.

Sosyodemografik Özellikler Veri Formu

Hastaların sosyodemografik veri formunda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sağlık güvencesi, sağlık-hastalık durumu, aile öyküsü, anjiyografi öyküsü, sürekli kullandığı ilaçlar, kalp krizi öyküsü, sigara içme durumu, alkol ya da madde kullanma durumu gibi sorular yer aldı.

Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ)

Broadbent ve ark. tarafından 2006 yılında geliştirildi.⁸ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karataş ve ark. tarafından yapıldı ve Cronbach alfa katsayısı 0,85'dir.⁹ Ölçeğin uyarlanmış hali yedi madde ve nedensel faktörlerin sorgulandığı ilave bir maddeden oluşmaktadır. Bu madde sekizinci maddedir. Bu madde dışında kalan diğer yedi madde, 0-10 arasında likert tipi bir puanlama şeklindedir. Ölçek, bilişsel hastalık ve duygusal hastalık temsilleri olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel hastalık temsillerini iki, üç ve altıncı maddeler oluşturmaktadır. Duygusal hastalık temsillerini ise bir, dört, beş ve yedinci maddeler oluşturmaktadır. Sekizinci maddede hastalığa neden olduğu düşünülen en önemli üç nedenin açık uçlu olarak sorulduğu en son bölüm yer almaktadır. Ölçeği değerlendirirken tüm ölçek puanının hesaplanması, hastalığın ne kadar tehdit edici ya da kişinin rahat olduğunu göstermektedir. Ölçek skorunun hesaplanması için iki, üç ve altıncı maddeler ters çevrilir ve bir, dört, beş ve yedinci maddelere eklenir. Yüksek skor, hastalığın kişileri daha fazla tehdit ettiğini göstermektedir.¹⁰ Bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak bulundu.

Yaşam Tutum Profili Ölçeği (YTPÖ)

Reker tarafından 1992 yılında geliştirilen [Life Atitude Profile Revised (LAP-R)] YTPÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Erci (2008) tarafından yapıldı.^{11,12} Toplamda 30 maddelik son hali oluştu. YTPÖ hayatı tehdit eden bir hastalıkla veya sıkıntılı olaylarla yüz yüze gelindiğinde; hayatın bir amacı ve yaşadığımız olayların bir anlamı olduğu inancı hakkındaki genel duyguları değerlendirmek amacıyla kullanılır. Reker tarafından geliştirilen ölçek 48 maddeden oluşmaktadır. YTPÖ Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak saptandı.¹³ Erci tarafından

Türkçe geçerlilik çalışması yapılan ölçeğin korelasyon değerlendirmesinde 18 maddesinde düşük korelasyon değerleri içerdiğinden ölçekten çıkarıldı. Yedili Likert tipi ölçekte (7: Kesinlikle katılıyorum; 1: Kesinlikle katılmıyorum) puanlanmaktadır. YTPÖ dört alt boyuttan oluşmaktadır. Yaşamın anlamı alt boyutu yedi madde, alt ölçekten alınan puanlar 7-49 arasındadır. Yaşama dair seçim/sorumluluk alt boyutu sekiz madde, alt ölçekten alınan puanlar 8-56 arasındadır. Yaşamın anlamını araştırma alt boyutu yedi madde, alt ölçekten alınan puanlar 7-49 arasındadır. Ölçek puanlaması 30-210 olup puanın artması kişinin yaşam tutum profilinin olumlu olduğunu göstermektedir.¹³ Bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak bulundu.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler "Statistical Package of Social Science (SPSS)" 22 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanılarak %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Verilerin normal dağılmamasından dolayı, ikili gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerde ise Spearman korelasyon testi analizi kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntem (ortalama, medyan, standart sapma, minimum-maksimum) kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için üniversitenin Çankırı Karatekin Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 19.11.2021 tarih ve 23 karar sayısı ile yazılı etik izin alındı. Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili kurumdan çalışma izni, KHAÖ ve YTPÖ için mail yoluyla kullanım izni alındı. Çalışma, Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak yapıldı. Çalışmaya katılacak olan bireylere araştırmanın amacı anlatılarak yazılı ve sözlü onam alındı.

Bulgular

Sosyodemografik Verilere İlişkin Bulgular

Hastaların yaş ortalaması $60,73 \pm 11,93$ yıl olup %61,8'inin erkek, %75,5'inin evli, %27'sinin ilköğretim mezunu, %58,8'inin çalışmıyor olduğu, %97,5'inin sağlık güvencesinin olduğu, %75'inin sürekli ilaç kullandığı, %73,5'inin daha önce kalp krizi geçirmediği, %61,8'inin daha önce anjiyo olduğu, %53,4'ünün ailesinde kalp hastalığı öyküsünün olduğu, %77,9'unun kronik hastalığının olduğu, %56,9'unun sigara ve alkol kullanımının olmadığı bulundu. Kronik hastalığı olanların %58,49'unun hipertansiyon tanısına sahip olduğu görüldü.

KHAÖ ve YTPÖ Puan Ortalamaları

Araştırma kapsamına alınan hastaların KHAÖ ve YTPÖ alt boyut puan ortalamaları Tablo 1'de verildi. KHAÖ ortalama toplam puanı $51,00 \pm 3,05$, YTPÖ ortalama toplam puanı $124,64 \pm 27,98$ olarak bulundu.

Sosyodemografik Veriler ve KHAÖ Karşılaştırmalarına Ait Bulgular

Tablo 2'de sosyodemografik özellikler ile KHAÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldı. Kadınlarda bilişsel hastalık temsilleri alt boyutunda puanların erkekler göre daha düşük ve anlamlı olduğu bulundu. Bekar olanlarda,

çalışmayanlarda, sürekli ilaç kullananlarda, daha önce kalp krizi geçirenlerde bilişsel hastalık alt boyutunda puanların düşük olduğu; evli olanlarda, daha önce kalp krizi geçirmeyenlerde duygusal hastalık temsilleri puan ortalamalarının ve çalışanlarda hem duygusal hastalık temsilleri puan ortalamalarının hem de toplam puan ortalamalarının daha düşük ve anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

Sosyodemografik Veriler ve YTPÖ Karşılaştırmalarına Ait Bulgular

Tablo 3'te sosyodemografik özellikler ile YTPÖ alt boyut ve toplam puanları karşılaştırıldı. Kadınlarda, evli olanlarda, çalışmayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, sürekli ilaç kullananlarda, daha önce kalp krizi geçirenlerde, daha önce anjiyo olanlarda tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının daha düşük ve anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,05$).

KHAÖ ve YTPÖ Karşılaştırmasına Ait Bulgular

Tablo 4'te KHAÖ ve YTPÖ tüm alt boyut ve toplam puanları karşılaştırıldı. Bilişsel hastalık temsilleri alt boyutu ve duygusal hastalık temsilleri alt boyutu ve KHAÖ toplam puanları arasında, YTPÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılık bulundu ($p < 0,001$, $p < 0,05$).

Tartışma

KHAÖ ve YTPÖ Ortalama Puanlarına Ait Bulgular

Hastalığı kabullenmek karmaşık bir süreçtir. Bu süreci hastalığın semptomları, karmaşıklığı, tedavi memnuniyeti, kişisel tercihler, sosyoekonomik durum, aile desteği ve başa çıkma stratejileri gibi birçok kavram etkilemektedir. Hastalığın kabulü bir güvenlik duygusu doğurur, tedavi ile ilgili olumsuz tepkileri azaltır. Aynı zamanda psikolojik stresi azaltıp, hastaların tedaviye aktif katılımını teşvik eder. Hastalığı kabul duyarlılık ve direnç arasında bir uzlaşmadır. Bu uzlaşmayla beraber hastanın hem yaşama uyumu hem de yaşama karşı anlamı ve yaşam kalitesi şekillenmiş olur. Özellikle bu durumu, hastanın yaşam kalitesini artıracak iyi bir hemşirelik bakımı uygulaması ve sosyal destek olumlu etkilemektedir.¹⁴ Çalışmamızda KHAÖ puan ortalamaları $51,00 \pm 3,05$ olarak bulundu. Puanların yüksek düzeyde olduğu görüldü. YTPÖ ortalama puanlarının da orta düzeyde ($124,64 \pm 27,98$) olduğu görüldü (Tablo 1). Atriyal fibrilasyonlu 99 hastada, hastalığı kabulün yaşam kalitesine

Tablo 1. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ve Yaşam Tutum Profili Ölçeği Puan Ortalamaları

	n	Min	Maks	Ort	SS
Bilişsel hastalık temsilleri	204	5,00	23,00	15,90	2,92
Duygusal hastalık temsilleri	204	22,00	37,00	29,03	2,44
Kısa hastalık algısı ölçeği	204	42,00	59,00	51,00	3,05
Yaşamın amacı	204	12,00	52,00	32,63	9,64
Yaşamın anlamı	204	15,00	39,00	28,69	5,04
Yaşama dair seçim/sorumluluk	204	12,00	59,00	34,38	8,90
Yaşamın anlamını araştırma	204	12,00	43,00	28,94	6,82
Yaşam tutum profili ölçeği	204	61,00	185,00	124,64	27,98

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum.

etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada hastaların %59,6'sının hastalığı kabul ölçeği puanlarının yüksek olduğu ve yaşam kalitesinin etkilendiği görüldü.¹⁴ Koçkara'nın (2019), AKS'li 374 hastada yaptığı hastalık algısı ve anksiyete düzeyleri isimli çalışmasında hastalık algısı alt boyutlarında da puan ortalamalarının genellikle yüksek olduğu görülmüştür.⁶ Her iki çalışmanın bulguları da çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda hastalığın ve semptomların şiddetinin hastaların günlük ve sosyal yaşam aktivitelerini bozduğunun aşikâr olduğu görülmektedir.

Sosyodemografik Veriler ve KHAÖ Karşılaştırmasına Yönelik Bulgular

Hastaların cinsiyetlerine göre bakıldığında, kadın hastalarda bilişsel hastalık temsili puanlarının erkeklere göre daha düşük

ve anlamlı olduğu görüldü. Literatürde cinsiyete göre kronik hastalık varlığı araştırıldığında bazı çalışmalara göre kadınlarda kronik hastalık varlığı erkeklere göre daha yüksek, bazı çalışmalarda da erkeklere göre daha düşük belirtilmektedir. Kadınlar menopoz dönemine kadar koroner arter hastalıklarında erkeklere göre daha şanslı olurken, menopoz döneminde ise bu durum tam tersi olmaktadır. Bunun nedeninin östrojen hormonunun kolesterol düzeylerine olumlu etkisinin olduğu bilinmektedir.¹⁵⁻¹⁸

Medeni duruma göre bakıldığında, bekar olanlarda bilişsel hastalık alt boyutunda puanların düşük, evli olanlarda duygusal hastalık temsilleri ve toplam puan ortalamalarının daha düşük ve anlamlı olduğu görüldü. Koçkara ve ark. (2019) tarafından yapılan AKS'li hastalarda hastalık algısı

Tablo 2. Sosyodemografik Değişkenlerle Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

	Bilişsel hastalık temsilleri Ort ± SS	Duygusal hastalık temsilleri Ort ± SS	Kısa hastalık algısı ölçeği Ort ± SS	Min-maks
Cinsiyet				
Kadın	15,28 ± 2,71	29,15 ± 2,26	51,01 ± 2,75	45-57
Erkek	16,29 ± 3,00	28,96 ± 2,56	50,99 ± 3,24	42-59
	U = 3923 p = 0,015*	U = 4658,5 p = 0,529	U = 4907,5 p = 0,987	
Medeni durum				
Evli	16,13 ± 2,82	28,75 ± 2,44	50,62 ± 3,03	42-59
Bekar	15,20 ± 3,15	29,90 ± 2,26	52,18 ± 2,82	44-58
	U = 3055 p = 0,027*	U = 2742 p = 0,002*	U = 2585 p = 0,0001*	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	16,87 ± 2,77	28,57 ± 2,22	50,74 ± 3,07	44-57
Çalışmıyor	15,23 ± 2,85	29,36 ± 2,55	51,18 ± 3,04	42-59
	U = 3316,5 p = 0,0001*	U = 4006 p = 0,012*	U = 4571 p = 0,256	
Kronik hastalık durumu				
Var	15,54 ± 2,87	29,08 ± 2,44	50,92 ± 3,06	42-59
Yok	17,18 ± 2,79	28,89 ± 2,47	51,29 ± 3,02	45-57
	U = 2422,5 p = 0,001*	U = 3394,5 p = 0,597	U = 3323,5 p = 0,465	
Sürekli ilaç kullanma durumu				
Var	15,51 ± 2,68	29,08 ± 2,43	50,85 ± 3,05	42-59
Yok	17,08 ± 3,32	28,88 ± 2,51	51,45 ± 3,03	45-57
	U = 2604 p = 0,0001*	U = 3678 p = 0,537	U = 3461 p = 0,225	
Daha önce geçirilmiş kalp krizi				
Var	14,87 ± 2,60	29,93 ± 2,56	51,46 ± 3,29	42-58
Yok	16,27 ± 2,95	28,71 ± 2,33	50,83 ± 2,79	44-59
	U = 2956 p = 0,003*	U = 2794 p = 0,001*	U = 3462,5 p = 0,112	
Önceden anjiyo olma durumu				
Var	15,37 ± 2,87	29,33 ± 2,49	51,11 ± 3,06	42-59
Yok	16,76 ± 2,82	28,56 ± 2,31	50,82 ± 3,05	44-57
	U = 3548 p = 0,001*	U = 3933 p = 0,016*	U = 4590 p = 0,427	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum.

Tablo 3. Sosyodemografik Veriler ve Yaşam Tutum Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=204)

	Yaşamın amacı	Yaşamın anlamı	Yaşama dair seçim/ sorumluluk	Yaşamın anlamını araştırma	Yaşam tutum profili ölçeği	Min- maks
Cinsiyet						
Kadın	28,59 ± 9,53	27,40 ± 4,74	30,78 ± 8,96	26,74 ± 7,20	113,51 ± 28,07	61-185
Erkek	35,13 ± 8,86	29,49 ± 5,07	36,61 ± 8,13	30,29 ± 6,23	131,53 ± 25,71	67-182
	U = 2938 p=0,0001*	U = 3630,5 p=0,002*	U = 3051,5 p=0,0001*	U = 3498 p=0,001*	U = 3099 p=0,0001*	
Medeni durum						
Evli	34,14 ± 8,73	29,39 ± 4,90	35,77 ± 8,13	29,79 ± 6,06	129,08 ± 25,17	69-185
Bekar	28,00 ± 10,87	26,54 ± 4,91	30,12 ± 9,87	26,32 ± 8,30	110,98 ± 31,84	61-182
	U = 2423 p=0,001*	U = 2584 p=0,0001*	U = 2511 p=0,0001*	U = 2824 p=0,005*	U = 2478 p=0,0001*	
Çalışma durumu						
Çalışıyor	39,60 ± 7,30	31,64 ± 4,22	39,90 ± 7,07	33,30 ± 5,22	144,44 ± 21,27	94-185
Çalışmıyor	27,76 ± 7,95	26,63 ± 4,52	30,52 ± 7,98	25,88 ± 6,12	110,78 ± 23,45	61-168
	U = 1434,5 p=0,0001*	U = 2084,5 p=0,0001*	U = 1919,5 p=0,0001*	U = 1824 p=0,0001*	U = 1504 p=0,0001*	
Kronik hastalık durumu						
Var	30,18 ± 8,67	27,56 ± 4,76	32,38 ± 8,42	27,48 ± 6,45	117,60 ± 25,49	61-185
Yok	41,29 ± 7,78	32,69 ± 3,83	41,47 ± 6,71	34,07 ± 5,55	149,51 ± 21,61	102-182
	U = 1255 p=0,0001*	U = 1432 p=0,0001*	U = 1444 p=0,001*	U = 1621 p=0,0001*	U = 1234 p=0,0001*	
Sürekli ilaç kullanma durumu						
Evet	30,17 ± 8,70	27,54 ± 4,78	32,63 ± 8,45	27,49 ± 6,49	117,84 ± 25,75	61-185
Hayır	40,02 ± 8,52	32,14 ± 4,22	39,63 ± 8,19	33,27 ± 5,93	145,06 ± 24,42	94-182
	U = 1668 p=0,0001*	U = 1795,5 p=0,0001*	U = 2131 p=0,0001*	U = 2065 p=0,0001*	U = 1749 p=0,0001*	
Daha önce geçirilmiş kalp krizi						
Var	27,81 ± 7,88	26,81 ± 4,96	30,74 ± 8,55	25,31 ± 6,15	110,69 ± 24,88	66-168
Yok	34,37 ± 9,65	29,37 ± 4,91	35,69 ± 8,69	30,24 ± 6,59	129,67 ± 27,40	61-185
	U = 2441 p=0,0001*	U = 2859 p=0,001*	U = 2767 p=0,001*	U = 2410 p=0,0001*	U = 2487 p=0,001*	
Daha önce anjiyo olma durumu						
Evet	29,65 ± 8,52	27,39 ± 4,81	32,16 ± 8,19	27,01 ± 6,23	116,21 ± 24,74	61-167
Hayır	37,45 ± 9,43	30,79 ± 4,70	37,97 ± 8,88	32,05 ± 6,61	138,27 ± 27,67	69-185
	U = 2680 p=0,0001*	U = 2994 p=0,001*	U = 3059 p=0,001*	U = 2798 p=0,0001*	U = 2735 p=0,001*	

*p < 0,05.

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, U: Mann-Whitney U testi.

çalışmasında ise sadece hastalığı anlayabilme alt boyutunun bekar olanlarda evli olanlara göre daha düşük ve anlamlı olduğu görülmüştür.⁶ Çalışmamızda bu farkın evli olanlarda hastalık algısının bilişsel olarak aileyi etkileyeceği ama aynı zamanda duygusal boyutta ise kişi her ne kadar hasta bile olsa aile içi rolleri yerine getirmek adına ayakta durabilecektir. Bu süreçte kişi, eşinden ve çocuklarından destek alarak bu süreci daha kolay atlatabildiği için bu farklılığın ortaya çıktığını düşünmekteyiz.

Bir işte çalışma durumuna göre çalışmayanlarda bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puanlarının daha düşük, çalışanlarda duygusal hastalık temsilleri alt boyutunun daha düşük ve anlamlı olduğu bulundu. Çalışma hayatı her ne kadar

stresli olsa da bir işle meşgul olmak, üretebilmek ve katkı sunmak insanı pozitif anlamda mutlu etmektedir. Aynı zamanda sosyal yaşamdan kopmamak da hastalığın yıkıcı etkilerini azaltmaktadır. Çalışmayan/çalışmayan bireylerden ekonomik kayıplar, arkadaş ve mesleki çevreden uzaklaşma, sosyal yalıtım düzeyini artırmaktadır. Bu nedenle çalışmamızdaki sonucun literatürde bahsedilen etkenler kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.¹⁹

Çalışmamızda sürekli ilaç kullananlarda bilişsel hastalık temsilleri alt boyutunun puan ortalamalarının daha düşük ve anlamlı olduğu görüldü. Demiray Kara'nın (2017) 159 hasta üzerinde yaptığı kronik hastalığa sahip ve birden fazla ilaç kullanan olgularda tedaviye uyum; hastalık algısı, tutum ve

Tablo 4. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği ve Yaşam Tutum Profili Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

r (p)	Bilişsel hastalık temsilleri	Duygusal hastalık temsilleri	Kısa hastalık algısı	Yaşamın amacı	Yaşamın anlamı	Yaşama dair seçim/sorumluluk	Yaşamın anlamını araştırma	Yaşam tutum profili ölçeği
	-	-0,412 (p < 0,05)*	0,206 (p < 0,05)*	0,296 (p < 0,05)*	0,159 (p < 0,05)*	0,200 (p < 0,05)*	0,232 (p < 0,000)*	0,247 (p < 0,000)*
		-	0,668 (p < 0,05)*	0,028 (p > 0,05)	0,095 (p > 0,05)	0,003 (p > 0,05)	0,064 (p > 0,05)	0,006 (p > 0,05)
			-	0,110 (p > 0,05)	0,145 (p < 0,05)*	0,054 (p > 0,05)	0,061 (p > 0,05)	0,097 (p > 0,05)
				-	0,765 (p < 0,05)*	0,827 (p < 0,05)*	0,778 (p < 0,05)*	0,933 (p < 0,05)*
					-	0,775 (p < 0,05)*	0,764 (p < 0,05)*	0,878 (p < 0,05)*
						-	0,818 (p < 0,05)*	0,942 (p < 0,05)*
							-	0,904 (p < 0,05)*

davranış özellikleri çalışmada çoklu ilaç kullanan hastalarda hastalık algısı puan ortalamasının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.²⁰ Kardiyovasküler hastalıkların (KVH) önlenmesi ve kontrolünde ilaçların yaşam boyu kullanılması gerekmektedir. İlaç tedavisinin düzenli uygulanmaması semptomların tekrarlamasına, tekrarlı hastane yatışlarında ve mortalitede artış gibi problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. KVH'si olan bireylerde ilaç kullanımına uyum ve etkileyen faktörler belirlenerek, hastanın uyumunu artırıcı kişiye özel öneriler geliştirilebilir. Geliştirilen bu stratejilerin hastalık algısının daha düşük düzeyde olmasına katkı sağlayıp, tekrarlayan hastaneye yatışların, morbidite ve mortalitenin, sağlık harcamalarının azalmasına önemli katkı sağlayacağı görüşüdeyiz.²¹

Çalışmamızda daha önce kalp krizi geçirenlerde ve anjiyo olanlarda bilişsel hastalık temsilleri alt boyut puan ortalamalarının daha düşük, daha önce kalp krizi geçirmeyenlerde ve anjiyo olmayanlarda duygusal temsilleri alt boyut puan ortalamalarının daha düşük ve anlamlı olduğu görüldü. Miyokart infarktüslerinin tekrarlaması bireyin fiziksel sağlığının ve algılamasının bozulmasının yanı sıra ruhsal ve duygusal sağlığının da bozulmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle de iyi bir hemşirelik ve multidisipliner bir ekip ile birlikte hastalık yönetimi sağlandığında hasta bu olumsuz etkilerden daha az etkilenecektir.^{22,23}

Sosyodemografik Veriler ve YTPÖ Karşılaştırmasına Ait Bulgular

Çalışmamızda kadın cinsiyette YTPÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının daha düşük ve anlamlı olduğu bulundu. Kılıç ve ark. (2016) tarafından 266 geriatrik hastada yapılan yaşam tutum profili ve yaşam doyumu çalışmasında da kadın yaşlılarda erkeklere göre bizim çalışmamıza paralel olarak puanların daha düşük ve istatistiksel anlamlı olduğu bulunmuştur.²⁴ Literatürde toplumumuza özgü olarak kadınların yaşamdan erkeklere göre beklenti düzeylerinin daha düşük olduğu, buna rağmen duygusal streslere daha dayanıklı olduğu belirtilmektedir. Özellikle bu sonucun kadınların geleneksel annelik, bakıcılık ve toplumsal cinsiyet rolünün baskın olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda, çalışmayanlarda YTPÖ tüm alt boyut ve toplam puanlarının bir işte çalışan gruba daha düşük ve anlamlı olduğu bulundu. Çalışma hayatı her ne kadar stresli olsa da bir işle meşgul olmak, üretebilmek, katkı sunmak, arkadaş ve mesleki yaşamdan kopmamak insanı pozitif anlamda mutlu etmektedir. Kılıç ve ark. (2016) tarafından geriatrik hastalarda yapılan çalışmada çalışmayanlarda YTPÖ alt boyut ve toplam puanları çalışanlara göre daha düşük ve anlamlı bulunmuştur.²⁴

Çalışmamızda bekar olanlarda YTPÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının evli olanlara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Bu sonucun bekar bireylerde eş ve çocukları tarafından sosyal destek alamadığından dolayı kaynaklanabileceği düşüncesindeyiz. Literatürde çalışmamızın aksine Kılıç ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada ise yalnız yaşayan yaşlıların puan ortalamalarının eşi ve çocuğuyla yaşayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.²⁴

Literatürde kronik hastalığa sahip olmanın yaşamın anlamını ve doyumunu azalttığı bildirilmektedir. Yaşamın anlamı her birey için özeldir ve her birey bu anlamı kendisine göre farklı yükler. Kronik hastalığın getirdiği yük, sürekli ilaç kullanımı, hastalıkların zaman zaman alevlenmesi, tedavi süreçlerinin yeniden güncellenmesi ve ek tedavilerin eklenmesi gibi durumlar zamanla kişide yaşamın anlamının ve doyumunun azalmasına sebep olabilir.²⁵ Çalışmamızda kronik hastalığı olanlarda, sürekli ilaç kullananlarda, daha önce kalp krizi geçirenlerde, daha önce anjiyo olanlarda YTPÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Kılıç ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışma ile bulgularımız paralellik göstermektedir.²⁴ Ayrıca Cengiz ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada da kronik hastalığa sahip 230 bireyde yaşamın anlamının ve doyumunun azaldığı bildirilmiştir.²⁵

KHAÖ ve YTPÖ Karşılaştırmasına Ait Bulguların Tartışması

Tablo 4'te KHAÖ ve YTPÖ tüm alt boyut ve toplam puanları karşılaştırıldı. Bilişsel hastalık temsilleri alt boyutu ve duygusal hastalık temsilleri alt boyutu ve KHAÖ toplam puanları arasında, YTPÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılık bulundu ($p < 0,001$, $p < 0,05$). Her iki ölçek toplam puanları arasında bir anlamlılık bulunmadı. Literatürde çalışmamıza benzer bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle de bu bölüme ait bulguların tartışması yapılamadı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinin servisinde/yoğun bakımında yatan hastalarla sınırlıdır. Araştırma evreninin tamamının tek merkezde yapılması sınırlılığımızdır.

Sonuç

Kronik hastalığın getirdiği yük, sürekli ilaç kullanımı ve sağlık sistemindeki değişiklikler bireyin hastalık algısını ve yaşama karşı oluşturduğu bakış açısını etkilemektedir. Bu nedenle de anlamlı bir hayat sürmek AKS'li hastalar için bazen zor olabilmektedir. Çalışmamızda hastalık algısı ve yaşam tutumu arasında herhangi bir ilişki bulunmadı. Hastalığın kontrolünde bilgi ve tecrübeye sahip hemşireler büyük rol oynar. Yaşamdan anlam bulma; sağlıklı yaşam davranışlarına katılım için bir basamak olduğunu ve kendine iyi bakmanın, önemsemeye değer bir yaşam öngördüğünü göstermektedir. Bu nedenle, yaşamda daha fazla anlama sahip olanların sağlıklı davranışlarda bulunma olasılığı daha yüksektir, çünkü yaşamdaki anlam uzun vadeli bir dönüşüm ve kendi kendine sağlıklı düzenleme yapmaya neden olur. İyi bir hemşirelik bakımı ve tecrübesiyle hastanın yaşam kalitesi geliştirilip, bireyin hastalık algısı ve yaşam doyumunu artırılabilir. Hemşire, yürüttüğü bu düzenlemelerle AKS'li hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirerek daha rahat bir yaşam sürmesine olumlu yönde katkı sağlamış olur. Literatürde yaşamın anlamı üzerine yapılan çalışmalar genellikle kanserli hastalarla yapılmış olup sadece kronik hastalığa sahip olan kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalar ile yapılmış bir çalışma mevcuttur. AKS'li hastalarda yaşamın anlamı üzerine yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızın bu yönüyle literatüre olumlu katkı sağlayacağı görülmüştür.

Bu çalışmadaki sonuçlar tüm popülasyona genellenemez. Çalışmanın tek merkezle sınırlı kalmayıp daha farklı ve daha büyük hasta grubuyla yapılması önerilir.

Etik Kurul Onayı: Araştırmanın yapılabilmesi için üniversitenin Çankırı Karatekin Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 19.11.2021 tarih ve 23 karar sayısı ile yazılı etik izin alındı.

Bilgilendirilmiş Onam: Çalışmaya katılacak olan bireylere araştırmanın amacı anlatılarak yazılı ve sözlü onam alındı.

Yazar Katkıları: Fikir - Ö.B.D., Ş.Ç.; Tasarım - Ö.B.D., Ş.Ç.; Denetim - Ö.B.D., Ş.Ç.; Kaynak - Ö.B.D., Ş.Ç.; Malzemeler - Ö.B.D., Ş.Ç.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - Ö.B.D., Ş.Ç.; Analiz ve/veya Yorum - Ö.B.D., Ş.Ç.; Literatür Taraması - Ö.B.D., Ş.Ç.; Yazan - Ö.B.D., Ş.Ç.; Eleştirel İnceleme - Ö.B.D., Ş.Ç.

Teşekkürler: İstatistik desteği için Sayın Ahmet GÜLe teşekkürler.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek kullanılmamıştır.

Ethics Committee Approval: Written ethical approval was obtained from the Çankırı Karatekin University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee of the university with the date 19.11.2021 and decision number 23.

Informed Consent: The purpose of the study was explained to the individuals who would participate in the study and written and verbal consent was obtained.

Author Contributions: Concept - Ö.B.D., Ş.Ç.; Design - Ö.B.D., Ş.Ç.; Supervision - Ö.B.D., Ş.Ç.; Resource - Ö.B.D., Ş.Ç.; Materials - Ö.B.D., Ş.Ç.; Data Collection and/or Processing - Ö.B.D., Ş.Ç.; Analysis and/or Interpretation - Ö.B.D., Ş.Ç.; Literature Review - Ö.B.D., Ş.Ç.; Writing - Ö.B.D., Ş.Ç.; Critical Review - Ö.B.D., Ş.Ç.

Acknowledgements: Thanks to Mr. Ahmet Gül for statistical support.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest between the authors.

Financial Support: No financial support was received from any institution for this study.

Kaynaklar

- Aladağ N, Özdemir M, Yurtdaş M, Gümrükçüoğlu HA. Akut Koroner Sendrom ile Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri, Risk Faktörleri ve Tedavi Yöntemleri. *Van Tıp Derg.* 2019;26(4):505-513. [CrossRef]
- Yel P, Yıldırım Y, Şenuzun-Aykar F, Fadiloğlu Ç. Akut koroner sendrom tanısı olan Hastaya Sistemler Modeline göre Uygulanan hemşirelik Yaklaşımı. *Turk J Cardiovasc Nurs.* 2020;11(24):43-49. [CrossRef]
- Starzewska M, Kujawska R, Stanisławska M, Rybicka A, Grochans E. The analysis of health behaviors and illness acceptance in patients with diabetes. *Fam Med Prim Care Rev.* 2018;20(4):352-355. [CrossRef]
- Bağcıvan G, Tanrıver E, Kılıç B. Kronik kalp Damar hastalığı olan Bireylerin hastalık algısının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilimleri Derg.* 2018;21(2):89-96.
- Erci B, Özdemir S. Relationships between life attitude profile and symptoms Experienced with treatment decision evaluation in

- patients with cancer. *Holistic Nursing Practice*. 2013;27(2):98-105. [\[CrossRef\]](#)
6. Koçkara T, Tanılı Hastaların AKS. Hastalık algısı ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. 2019. *İstanbul Okan Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*.
 7. Karasu F, Aylaz R. Evaluation of meaning of life and self-care agency in nursing care given to chronic obstructive pulmonary patients according to health promotion model. *Appl Nurs Res*. 2020;51:151208. [\[CrossRef\]](#)
 8. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-637. [\[CrossRef\]](#)
 9. Karataş T, Özen Ş, Kutlutürkan S. Factor structure and psychometric properties of the brief illness perception questionnaire in Turkish cancer patients. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2017;4(1):77-83. [\[CrossRef\]](#)
 10. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. The Turkish reliability and validity study in cancer patients of illness perception questionnaire. *Klin Psikiyat*. 2007;10(4):192-200.
 11. Reker B, Gary T, Peacock EJ. The life attitude profile (lap): a multidimensional instrument for assessing attitudes toward life. *Can J Beh Sci*. 1981;13:264-273. [\[CrossRef\]](#)
 12. Erci B. Meaning in life for patients with cancer: validation of the Life Attitude Profile-Revised Scale. *J Adv Nurs*. 2008;62(6):704-711. [\[CrossRef\]](#)
 13. Aktürk Ü, Watson KAH. İnsan bakım Modeline göre verilen Bakımın yaşamın anlamı ve Semptom Yönetimine etkisi. 2016. *Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi, Malatya*.
 14. Jankowska-Polańska B, Kaczan A, Lomper K, Nowakowski D, Dudek K. Symptoms, acceptance of illness and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *European J Cardiovascular Nurs*. 2017;1-11. [\[CrossRef\]](#)
 15. Gijssberts CM, Agostoni P, Hoefer IE, et al. Gender differences in health-related quality of life in patients undergoing coronary angiography. *Open Heart*. 2015;2(1):e000231. [\[CrossRef\]](#)
 16. Deter HC, Weber C, Herrmann-Lingen C, et al. Gender differences in psychosocial outcomes of psychotherapy trial in patients with depression and coronary artery disease. *J Psychosom Res*. 2018;113:89-99. [\[CrossRef\]](#)
 17. Madika AL, Lemesle G, Lamblin N, et al. Gender differences in clinical characteristics, medical management, Risk factor control, and long-term outcome of patients with stable coronary artery disease: from the CORONOR registry. *Panminerva Med*. 2019;61(4):432-438. [\[CrossRef\]](#)
 18. Tülüce D, Kartal M. Koroner arter hastalığının yönetimi: cinsiyet Farklılığı. *Kardiyovasküler Hemşirelik Derg*. 2021;12(29):183-189.
 19. Eryiğit-Günler O. Kronik hastalıkların yol Açtığı bazı toplumsal Problemler. *Selçuk Ün. Sos. Bil. Ens. Der*. 2019;42:392-400.
 20. Demiray-Kara D, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Çoklu ilaç kullanan Erişkinlerde tedaviye Uyumun hastalık algısı, bilgi ve tutum Bağlamında Değerlendirilmesi. *TJFMPC*. 2017;11(4):227-234. [\[CrossRef\]](#)
 21. Avcı A, Gün M, Erdoğan S. Kardiyovasküler hastalık Tanısıyla Yatarak tedavi gören hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turk J Card Nur*. 2020;11(26):132-139.
 22. Demir Ş, Özer Z. Evaluation of the quality of life of patients with acute coronary syndrome. *Turk J CardioVasc Nurs*. 2019;10(23):138-144.
 23. Oranta O, Luutonen S, Salokangas RKR, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. The effects of interpersonal counselling on health-related quality of life after myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2011;20(23-24):3373-3382. [\[CrossRef\]](#)
 24. Kılıç D, Türkoğlu N, Adıbelli D, Armut S. Geriatrik yaş Grubundaki kişilerin yaşam doyumu ve yaşam tutum Profilleri arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Derg*. 2016;5(1):1-8.
 25. Cengiz Z, Yıldırım H, Gürdap Z. Kronik hastalığı olan bireylerde yaşamın Anlamlandırılması ve ölüm Kaygısı. *Van Tıp Derg*. 2021;28(3):348-353.