



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜBERKÜLOZ HASTALARINDA SOSYAL DESTEK ALGISININ
TEDAVİYE UYUMA ETKİSİ**

DUYGU HAZERLİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Kurum: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (x) Doktora ()

Anabilim Dalı : Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Sahibi : Duygu HAZERLİ

Tez Başlığı : Tüberküloz Hastalarında Sosyal Destek Algısının Tedaviye Uyuma Etkisi

Sınav Yeri : M.Ü. SBF Hemşirelik Bölümü Haydarpaşa

Sınav Tarihi : 06.12.2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd. Doç. Dr. Bilgi G. KARABACAK

Kurumu

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları A.D.

İmza**Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)**

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları A.D.



Öğr.Gör. Dr.Sıdıka OĞUZ

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları A.D.



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun **23.12.2010** tarih ve **25** sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof.Dr.Z. Gülden OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

II. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih

"Ad Soyadı" (İmza)

Duygu HAZERLİ

III. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince olumlu, hoşgörülü yaklaşımı ile beni her konuda destekleyen, cesaretlendiren ve kendisinden çok şey öğrendiğim değerli danışmanım Sn. Yard. Doç. Dr. Bilgi Gülseven Karabacak'a,

Eğitimim süresince her türlü bilgi ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Sn. Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar'a, Sn. Yard. Doç. Dr. Ükke Karabacak'a, Sn. Yard. Doç. Dr. Gül Ünsal Barlas'a, Sn. Prof. Dr. Nermin Olgun'a ve Sn. Prof. Dr. Güler Cimete'ye,

Çalışmalarım sırasında beni manevi yönden destekleyen Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki tüm çalışma arkadaşlarıma ve yakın arkadaşlarıma,

Beni bu günlere getiren, daima yanımda olan, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, bana güç veren sevgili aileme teşekkür ederim.

Duygu Hazerli

IV. İÇİNDEKİLER

I TEZ ONAYI	i
II BEYAN	ii
III TEŞEKKÜR	iii
IV İÇİNDEKİLER	iv
V KISALTMALAR	vi
VI TABLOLARIN LİSTESİ	vii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Tüberküloz	5
4.1.1. Tanımı	5
4.1.2. Tarihçe	5
4.1.3. Etyoloji	6
4.1.4. Olgu Tanımları	7
4.1.5. Epidemiyoloji	8
4.1.6. Bulaşma	10
4.1.7. İmmünoloji	11
4.1.8. Patogenez	11
4.1.9. Tanı Yöntemleri	12
4.1.10. Tüberkülozun Komplikasyonları	14
4.1.11. Tedavi	14
4.1.12. İlaça Dirençli Tüberküloz	16
4.1.13. Tüberküloz Kontrolü	18
4.2. Tüberküloz, Tedaviye Uyum ve Sosyal Destek	20
5. GEREÇ VE YÖNTEM	23
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	23
5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	23
5.3. Verilerin Toplanması	23
5.3.1. Veri Toplama Araçları	23
5.3.2. Veri Toplama Yöntemi	31

5.4. Veri Analizi	31
5.5. Araştırmanın Etik Yönlere	32
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
6. BULGULAR	33
6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
6.2. Hastaların Tedaviye Uyum ve Sosyal Destek Düzeyleri ve Birbiriyle İlişkisi ile İlgili Bulgular	38
6.3. Hastaların Tedaviye Uyum ile Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	41
7. TARTIşMA VE SONUÇ 53	
7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	54
7.2. Hastaların Tedaviye Uyum ve Sosyal Destek Düzeyleri ve Birbiriyle İlişkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması	59
7.3. Hastaların Tedaviye Uyum ile Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	62
8. KAYNAKLAR	67
9. EKLER	77
10. ÖZGEÇMİş	99

V. TEZ İÇİNDE KULLANILAN KISALTMALAR

ARB	Aside Rezistan Basil
BCG	Bacillus Calmette Guerin
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
TADQ	Tuberculosis Adherence Determination Questionnaire
TCT	Tüberkulin Cilt Testi
TUBÖ	Tüberküloza Uyumu Belirleme Ölçeği

VI. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 5.3.1.1.	TUBÖ Alt Boyutlara Göre Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach's Alfa Değerleri	28
Tablo 6.1.1.	Sosyo Demografik ve Yaşam Biçimine Yönelik Özelliklerin Dağılımı	34
Tablo 6.1.2.	Hastalık, Tedavi ve Çevresel İlişkilerine Yönelik Özelliklerin Dağılımı	36
Tablo 6.2.1.	Hastaların TUBÖ'den Aldıkları Puanlar	38
Tablo 6.2.2.	Hastaların ÇBASDÖ'den Aldıkları Puanlar	39
Tablo 6.2.3.	TUBÖ ve ÇBASDÖ'nin Birbiriyle İlişkisi	40
Tablo 6.3.1.	Hastaların Cinsiyetlerine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	41
Tablo 6.3.2.	Hastaların Eğitim Durumlarına Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	42
Tablo 6.3.3.	Hastaların Sosyal Statülerine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	43
Tablo 6.3.4.	Hastaların Sosyal Güvencelerine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	45
Tablo 6.3.5.	Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	46
Tablo 6.3.6.	Hastaların Gelir Düzeyine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	47
Tablo 6.3.7.	Hastaların Yaşadığı Konut Tipine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	48
Tablo 6.3.8.	Hastaların Tedavi Süresi ile TUBÖ'den Aldıkları Puanların İlişkisi	49
Tablo 6.3.9.	Hastaların Hastalıklarını İlk Duyduklarında Hissettiklerine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	50
Tablo 6.3.10.	Hastaların Tüberküloz Hastalığından Dolayı Hastaneye Yatış Sayısına Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	52

1.ÖZET

Araştırma; Tüberkülozlu hastalarda, Tüberküloza Uyumu Belirleme Ölçeği (TUBÖ)'nin geçerlik ve güvenilirliğini yaparak Türkçe'ye uyarlamak; sosyal destek algısı ve tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini Kasım 2009- Şubat 2010 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir devlet hastanesinin tüberküloz servislerinde yatarak tedavi gören hastalar oluşturdu. Örneklem grubunu ise bu hastalar arasından literatür bilgisine dayalı olarak belirlenen kriterlere uyan tüberkülozlu 217 hasta oluşturdu. Veri toplanmasında Hasta Tanılama Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Robin DiMatteo tarafından geliştirilip Marcia McDonnell tarafından tüberküloza uyarlanan TUBÖ kullanıldı. Veri analizinde; yüzdelik oran, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, Oneway Anova testi, Tukey HDS testi, Student t testi, Pearson Korelasyon Analizi, Madde Toplam Puan Korelasyonu ve Cronbach's Alpha tekniği kullanıldı.

Araştırmanın sonucunda; TUBÖ'nin madde toplam puan korelasyonlarının 0.22-0.84 arasında, alt ölçeklerin Cronbach's Alpha değerlerinin 0.63-0.91 arasında değiştiği ve Türk toplumundaki tüberkülozlu hastalar için geçerli ve güvenilir olduğu görüldü. Hastaların TUBÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının 38.66 ± 12.77 - 89.12 ± 8.85 arasında değiştiği, ÇBASDÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının 66.53 ± 14.41 olduğu, genel olarak tedaviye uyumlarının ve sosyal destek algılarının yüksek olduğu belirlendi. TUBÖ'nin alt ölçekleri ile ÇBASDÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişkiler saptandı. Hastaların kadın olma, sosyal güvenceye sahip olma, hastaneye ilk kez yatıyor olma, eğitim ve gelir düzeylerinin yüksek olma durumlarının tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği; yalnız yaşıyor olma durumu ve tedavi süresinin uzunluğunun tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Sosyal Destek, Tedaviye Uyum, Tüberküloz

2. SUMMARY

THE EFFECT OF THE TUBERCULOSIS PATIENTS' SOCIAL SUPPORT PERCEPTION ON THEIR ADHERENCE TO TREATMENT

This research was planned and conducted in a descriptive and analytic way in order to adapt Tuberculosis Adherence Determination Questionnaire (TADQ) into Turkish by establishing its validity and reliability, and to determine the relation between the patients' perception of social support and adaptation to the treatment.

The population of the research was formed by the inpatients treated in the state hospital under the Ministry of Health during the period of November 2009 - February 2010. Among the population, 217 inpatients with tuberculosis that conform to the criteria set as per the literature knowledge constituted the sample group. For the collection of data, Patient Identification Form, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and the TADQ, which was developed by Robin DiMatteo and adapted into tuberculosis by Marcia McDonnell, were employed. The methods used for data analysis were percentage ratio, arithmetic mean, standard deviation, minimum and maximum values, Oneway Anova test, Tukey HSD test, Student t test, Pearson Correlation Analysis, Item Total Score Correlation and Cronbach's Alpha.

In the conclusion of the research it was found out that the item total score correlations of the TADQ varied between the values 0.22 and 0.84 while the Cronbach's Alpha values of the sub scales varied between 0.63 and 0.91, and that it is valid and reliable for Turkish patients with tuberculosis. It was determined that the average scores the patients got from the TADQ varied between the values of 38.66 ± 12.77 and 89.12 ± 8.85 , while the total average score they got from the MSPSS was 66.53 ± 14.41 , and thus they generally have high levels of adherence to the treatment and of social support perception. It was also determined that highly significant statistical relations between the sub scales of the TADQ and MSPSS exist. It was observed while the patients' factors such as being women, having social security, being hospitalized for the first time, and having high levels of income and education affect the adherence to treatment positively, factors such as living alone and being treated for a long time affect adherence negatively.

Keywords: Nursing, Social Support, Adherence to Treatment, Tuberculosis.

3.GİRİŞ ve AMAÇ

Tüberküloz, tedavi edilebilir olmasına karşın bulaşıcı hastalıklar içinde en çok öldüren, kontrol altına alınabilir olmasına karşın giderek yaygınlaşan ve ilaca dirençli hale gelebilen özellikleri nedeniyle bulaşıcı hastalıkların en önemlilerinden birisidir (www.klimik.org.tr/pdfs/tuberkuloz/Yildiz_Peksen.pdf,14/11/2008).

Tüberküloz gerek dünyada gerekse ülkemizde hala ciddi bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Halen dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri tüberküloz basili (*Mycobacterium tuberculosis*) ile infekte durumdadır. Her yıl dünyada yaklaşık 9 milyon insan tüberküloz hastalığına yakalanmakta, 1.7 milyon insan ölmekte ve çok ilaca dirençli tüberküloz yayılmaktadır. Dünyadaki HIV salgını, ekonomik ve sosyal koşullardaki olumsuzluklar, göçler ve tüberküloz kontrol programlarının ihmal edilmesi gelişmekte olan ülkelerin yanı sıra birçok gelişmiş ülkede de sorunun artmasına yol açmıştır. DSÖ 1993 yılında tüberküloz konusunda acil durum ilan ederek tüm dünya ülkelerine Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisini önermiştir. Bu stratejinin yaygın şekilde uygulanması ile son yıllarda tüberküloz insidansında görülen artışın durdurulmasına rağmen belirlenen hedeflere henüz erişilememiştir. Resmi rakamlara göre ülkemizde 2004 yılında 19.799 olgu (27/100.000) tespit edilmiştir. Elimizdeki resmi rakamlar tüberküloz insidansının 1965’de yüzbinde 172, 1980’de 52.2, 1990’da 43.8 olduğunu belirtmektedir. Bu rakamlar ülkemizin hastalığın orta derecede yaygın olduğu ülkeler grubunda olduğunu ve son yıllarda stabil bir seyir izlediğini göstermektedir. 2004 yılı verilerine göre hastalık en sık Marmara Bölgesinde, daha sonra Karadeniz Bölgesinde görülmektedir. Türkiye ortalamasının çok üzerinde 100.000’de 37 olarak tespit edilen tüberküloz insidans yüksekliğinden 100.000’de 55 civarında olan insidansı ile İstanbul sorumludur (58).

Tüberküloz uzun süre tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır. Tedavinin uzunluğu, tedaviyi tamamlayan hasta sayısının az olmasındaki en önemli etkenlerden biridir. Gelişmekte olan ülkelerde standart tedaviyi tamamlayan hasta oranı %20-40 arasındayken ülkemiz için bu konuda istatistiksel bir veriye rastlanmamıştır (30).

Tedaviye uyum, önerilen ilaçların belirtilen doz ve sürede uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Tüberküloz tedavisinde hastanın tedaviye uyumunun anahtar

faktör olduğu bilinmektedir. Hastanın tedaviye uyumsuzluğu tüberkölöz kontrol programlarının başarısızlığının ana nedenidir ve direnç gelişimini etkileyen en önemli faktörlerden biridir (30).

Sosyal destek uyum kavramı açısından çok önemli bir yere sahiptir. Sosyal desteğin, risk durumlarında uyumsuz davranışların ortaya çıkma olasılığını azaltan koruyucu bir etken olduğu belirtilmektedir. Son yıllarda stresli yaşam olaylarına uyumu belirlemede, gerçekte alınan destekten çok, algılanan desteğin önem taşıdığına dikkat çekilmektedir. Yüksek düzeyde algılanan sosyal desteğe sahip bireylerin, daha az uyum sorunu gösterdikleri belirtilmektedir (41).

Bu doğrultuda çalışma, tüberkölöz hastalarında kullanılmak üzere geliştirilen TUBÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak Türk toplumuna kazandırmak ve tüberkölöz hastalarında sosyal destek algısının tedaviye uyuma etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlandı.

Araştırmanın Hipotezleri;

1. TUBÖ ülkemizdeki tüberkölöz hastaları için geçerli ve güvenilir bir ölçektir.
2. Tüberkölöz hastalarında sosyal destek tedaviye uyumu artırır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Tüberküloz

4.1.1. Tanımı

Tüberküloz, “Myobacterium tuberculosis complex” diye tanımlanan bir grup mikobakteri (M. Tuberculosis, M. Bovis, M. Africanum) tarafından oluşturulan çok değişik klinik görünlere sahip, bulaşıcı, inflamatuvar, nekrotizan, granülomatöz, akut ya da kronik bir bakteriyel enfeksiyon hastalığıdır. Hastalığın oluşumundan %97-99 oranında M. Tuberculosis sorumludur. Hastalık tüm organları tutabilir, fakat en sık yerleştiği organ (%85) akciğerdir. Tüberküloz, bildirimi zorunlu bir hastalıktır (9,20,24,61,68,77,91,95).

4.1.2. Tarihçe

İnsanoğlunun, M.Ö. 8000 yıllarında ilk yerleşik topluluklar oluşturması ve sığırları evcilleştirmesiyle birlikte tüberkülozla tanıştıkları tahmin edilmektedir. Almanya’da M.Ö. 5000 yıllarına ait insan iskeletlerinde, M.Ö. 3500-3000 yıllarına ait Mısır mumyalarında kemik tüberkülozunun karakteristik bulgularına rastlanmıştır. M.Ö. 2700 yıllarına ait eski Çin kaynaklarında da, tüberkülozu düşündüren tanımlamalar bulunmaktadır. Tüberküloz salgını İngiltere’de 16. yüzyılda başlamış ve 1750’lerde en yüksek noktasına ulaşmıştır. 1890’larda Doğu Avrupa ve Kuzey Amerika’da büyük salgınlara neden olmuştur. Hala epidemiler devam etmekte olup son tırmanışı Asya ve Afrika’da görülmüştür (15,20,46,95).

Edebiyatın sevdiği bir hastalık olup roman ve şiirlere konu olan, halk arasında verem diye bilinen tüberküloz, tarihsel süreçte birçok şekilde adlandırılmaktadır. Bunlar yakalandığı insanı eriterek öldürdüğü için “Tüketim Hastalığı”, hastaları soldurarak yok ettiği için “Beyaz Ölüm” veya “Beyaz Veba” ve asırlar boyu birçok kişinin yaşamını sonlandırdığı için “Ölümün Kaptanı”dır. Türkçe’de ise “İnce Hastalık” en çok kullanılan kavramdır (16).

Tüberküloz, çağlar boyu birçok hastalığa göre daha çok sayıda insanın ölümüne sebep olmuştur. 1882’de Robert Koch’un tüberküloz basilini bulması yeni bir çağın açılmasına neden olmuştur. Bu keşif tüberkülozu önleme araçlarının geliştirilmesine ilk defa olanak sağlamıştır. R. Koch bu buluşuyla 1905 Nobel Tıp Ödülü’nü almıştır. 1941-1943’de Waksman’ın streptomycine’i keşfi ve izonikotinic asit hidrazid’in tedavi alanına girmesiyle tüberküloz tedavisi yeni ve etkili bir yöne girmiştir. Son 40 yılda etkili ilaç tedavisi uygulanması, yaşam ve beslenme koşullarının düzelmesi, aynı zamanda iyi bir savaşma sonucunda tüberküloz mortalitesinde çok belirgin bir düşme görülmüştür. Bununla birlikte tüberküloz, bugün hala özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde varlığını sürdürmektedir (15,20,26,46,74,95).

4.1.3. Etyoloji

Tüberküloz hastalığına myobacterium tüberküloz adı verilen bir basil neden olmaktadır. Tüberküloz basili 2-4 mikron uzunluğunda, 0.2- 0.5 mikron kalınlığında ince, bazen hafifçe kıvrık hareketsiz bir çomaktır. Tüberküloz basilleri asidorezistan, gram pozitif mikroorganizmalardır. Balgam ve diğer patolojik materyallerde tek tek ve dağınık olarak, çok defa ufak gruplar halinde veya birbirlerine paralel ya da X, V, L harflerine benzer şekilde yan yana gelmiş olarak bulunurlar. Tüberküloz basilleri diğer basiller gibi kolaylıkla boyanmazlar. Elde edilen balgam Ziehl-Neelsen metodu ile boyanarak mikroskop altında incelenebilir (15,51,68,95).

Tüberküloz basilleri çok yavaş ürer. Vücut dışında da üreyemezler. Çoğalmalarında bölünme süresi 18-25 saattir. Aerob bir bakteridir ve bu nedenle organizmada oksijen parsiyel basıncının yüksek olduğu yerlerde (akciğerler, özellikle akciğerlerin apikal bölgeleri) daha ziyade hastalık yaparlar. Karanlıkta uzun süre canlı kalabilirler. Isıya dayanıklılıkları azdır. 80 °C’de 10 dakikada, 100 °C’de 1-2 dakikada ölürlür. Güneş ışığının ve ultraviyolenin etkisine de dayanıksızdırlar. Güneş ışığında 2 saatte ölürlür (15,25,27,68).

Tüberküloz basilinin endotoksini ve ekzotoksini yoktur. Fakat basilin parçalanmasıyla serbest kalan komponentler toksiktir. Basilin içerdiği bol lipidden dolayı uygun bir ortamda tek bir organizma bile hastalık oluşturabilir. Lipid miktarı ne kadar çok ise basil o ölçüde virulandır (15,20,68,95).

4.1.4. Olgu Tanımları

Yerleşim Yerine Göre Tanımlanması

Akciğer Tüberkülozu: Akciğer parankimini tutan tüberküloz için kullanılır (77). Tüm tüberküloz olgularının % 85' inde hastalık akciğerde, geri kalan %15'inde akciğer dışında ortaya çıkar (91).

Akciğer Dışı Tüberkülozu: Akciğer dışındaki organlarda aktif inflamatuvar tüberküloz ile kendini gösteren bir olgudur.

Akciğer ve Akciğer Dışı Tüberkülozu: Her iki tutulumun da olduğu belirtilen bu hastalık DSÖ' ne göre akciğer tüberkülozu olarak bildirilmektedir (77).

Bakteriyolojik Sonuca Göre Tanımlanması

Yayma Pozitif (Basilli) Akciğer Tüberkülozu: En az iki balgam örneğinde yayma ile aside rezistan basil (ARB) gösterilen hastalar ya da balgam yaymasında bir kez ARB pozitif bulunan ve kültürü de pozitif gelen hastalardır.

Yayma Negatif Akciğer Tüberkülozu: İki hafta ara ile balgam örnekleri alınan ve her seferinde yayma negatif olan, fakat radyolojik olarak uyumlu, kültürde üreme olan hastalardır (77).

Tedavi Öyküsüne Göre Tanımlanması

Yeni Olgu: Daha önce tüberküloz tedavisi görmemiş ya da bir aydan daha az süre tedavi almış hastalardır.

Eski Olgu: Daha önce en az bir ay tedavi görmüş, nüks, tedavi başarısızlığından dönen, tedaviyi terkten dönen ve kronik olguları içermektedir.

Nüks Olgu: Daha önce tüberküloz tanısı konup tedavisini başarı ile tamamlamış olan hastada yeniden tüberküloz tanısı konulursa, yani balgamda basil pozitifliği saptanırsa nüks kabul edilir.

Tedavi Başarısızlığından Dönen: Yeni tanı konulmuş ve tedavinin başlangıcından beş ay ya da daha sonra alınan balgam örneklerinde yayma ya da kültür ile basil gösterilen hastadır.

Tedaviyi Terkten Dönen Olgu: Tedaviye iki ay ya da daha uzun süre ara verdikten sonra yeniden yayma pozitif olarak başvuran hastalardır.

Kronik Olgu: Nüks, ara verme ya da tedavi başarısızlığı nedeni ile uygulanan yeniden tedavi rejiminin sonunda hala basil pozitif olan hastalardır (13,45,77,89).

4.1.5. Epidemiyoloji

Tüberküloz epidemiyolojisi 20. Yüzyılın son yarısında önemli ölçüde değişiklik göstermiştir. Yaşlı popülasyonlarda görülen ve oldukça hızlı bir oranda azalan bir hastalıktan, genç ve kentsel nüfuslarda görülen artan bir insidans olarak değişim göstermektedir. Buna ilave olarak, epidemiyoloji; ilaca karşı direnç, HIV ve yüksek oranda tüberküloz bulunan yerlerden göç eden yabancılar nedeniyle değişmiştir (40).

Dünyada Durum

Tahmini tüberküloz insidansı (2004)

- Tahmini tüberküloz hasta sayısı 8.9 Milyon
 - İnsidans: 140/100.000
- Tahmini yayma (+) tüberküloz 3.9 Milyon
 - İnsidans: 62/100.000
- HIV (+) ve tüberküloz 741.000

Tüberküloz ve Ölüm

- Ölen tüberkülozlu hasta sayısı 1.7 Milyon
 - Mortalite 27/100.000
 - HIV (+) olanlar 248.000

Dünyada tüberküloz hastalarının %80'i 15-49 yaşları arasındadır. Dünya nüfusunun 1/3'ü tüberküloz basili ile enfektedir. Her yıl dünya nüfusunun %1'i tüberküloz basili ile enfekte olmaktadır (77).

Dünyada tüberküloz artışında dört önemli unsur sıralanmıştır:

- Sağlık politikaları içinde tüberküloza yeterince önem verilmemesi,
- Nüfus artışı,
- HIV epidemisi,
- Son 10 yılda az gelişmiş ülke sayısının ikiye katlanması, olumsuz sosyoekonomik koşulların artması.

Tüberküloz; epidemik dalgalar halinde seyreden, günümüzde gelişmekte olan ve hatta gelişmiş ülkelerde hala sağlık sorunu olabilen bir hastalıktır. 1993'te DSÖ'nün yaptığı açıklamaya göre; tüberküloz global sağlık aciliyetindedir. Dünyada bir hastalık için ilk kez acil durum ilan edildiği bilinmektedir (24,77).

Dünyada tüberküloz hastalarının %80'ini kapsayan, en çok hastanın olduğu ülkeler, yüksek hasta yükü olan ülkeler olarak ele alınmaktadır. Bugün 22 ülke dünyadaki tüberküloz hastalarının %80'ini barındırmaktadır. Bunlardan en çok hastanın bulunduğu beş ülke Hindistan, Çin, Bangladeş, Filipinliler ve Güney Afrika'dır. Tüberküloz dünya genelinde ölümlerin %6'sından sorumludur (25,77).

Türkiye'de durum

Sağlık bakanlığının yayınlarına göre 1950 yılında 100.000'de 200-300 olan tüberkülozdan ölüm oranı, 1984'te 100.000'de 8.2'ye, 1996'da ise 100.000'de 1.9'a düşmüştür. Tüberküloz insidansı 1970'te 100.000'de 126, 1995'te 100.000'de 37, 2001'de 100.000'de 26 olarak bulunmuştur (77).

2005 yılı sürveyansı kapsamında epidemiyolojik veriler, toplam hasta sayısı 20.535, yeni vaka sayısı 18.753'tür. Tutulan yere göre 12.893 hastada akciğer, 5359 hastada akciğer dışı ve 501 hastada akciğer ve akciğer dışı vaka kayıt altına alınarak takibi yapılmıştır. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı ise şöyledir: 0-4 yaş grubunda 293 hasta, 5-14 yaş grubunda 942 hasta, 15-24 yaş grubunda 4962 hasta, 25-34 yaş grubunda 4461 hasta, 35-44 yaş grubunda 201 hasta, 45-54 yaş grubunda 2831 hasta, 55-64 yaş grubunda 1886 hasta ve 65 yaş ve üzeri hasta grubunda 1950 hasta bildirilmiştir.

Bölgelere göre insidans ise,

- Marmara Bölgesinde yüz binde 43.85
- Karadeniz Bölgesinde yüz binde 24.97
- Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yüz binde 22.07
- Ege Bölgesinde yüz binde 21.77
- Akdeniz Bölgesinde yüz binde 18.04
- Doğu Anadolu Bölgesinde yüz binde 17.60
- İç Anadolu Bölgesinde yüz binde 13.80

Türkiye genelinde ise yüz binde 25.74 olarak hesaplanmıştır (44).

4.1.6. Bulaşma

Tüberküloz hastalığında mikroorganizmanın bulaşma yolları çok farklı olabilir. Gastrointestinal sistem ve deri de giriş kapısı olmakla birlikte en sık bulaşma yolu solunum sistemidir. Çeşitli solunum manevralarının aerosol oluşturma potansiyeli farklıdır. Konuşma ile 0-210, öksürme ile 0-3500 ve hapşırma ile 4500-1000000 partikül oluşur (77,90,91).

Tüberküloz Basilinin Bulaşmasını Engelleleyen Faktörler

1.Kaynak olgunun özellikleri: Akciğer tüberkülozunda, balgam Aside Rezistan Basil (ARB) pozitifliğinde, tedavi olmayan ya da iki haftadan kısa süredir tedavi gören hastalarda bulaştırıcılık fazladır.

2.Çevresel Faktörler: Mikroorganizmanın havadaki konsantrasyonu ve ultraviyole ışınları bulaşmayı etkilemektedir.

3.Karşılaşma Süresi ve Yoğunluğu: Karşılaşma süresi ne kadar uzunsa ve kaynak olgunun basil yoğunluğu ne kadar fazla ise bulaşma o kadar fazla olur.

4.Tüberküloz Basilinin Özellikleri: Basilin canlılığı ve virülansı, balgamdaki basil sayısı bulaşma için önemlidir.

5.Hedef Kişinin Özellikleri: Temaslının daha önce tüberküloz geçirip geçirmediği, Bacillus Calmette Guerin (BCG) durumu, hastalanmayı artıran bir durumun varlığı

(diabetes mellitus, uzun süre kortikosteroid kullanımı vb.) kaynak olgu ile karşılaşma sonrası gelişecek durumun belirlenmesinde önemlidir (77,89,91).

4.1.7. İmmünoloji

Myobacterium Tüberculosis basili ile enfekte olan kişilerin büyük çoğunluğunda (%90) hastalık gelişmemektedir. Aktif hastalık gelişen enfekte kişilerin bazılarında immün sistem yetersizliği (HIV enfeksiyonu, malnütrisyon, malignite vb.) saptanmasına karşın, çoğu hastada belirgin bir immün baskılanma izlenmemektedir.

Basil saçan bir tüberküloz hastasıyla temas eden normal, sağlıklı bir kişi için sessiz enfeksiyon olasılığı %95, iki yıl içinde aktif tüberküloz gelişme olasılığı %5'tir. Sessiz enfeksiyon gelişenlerin %5'i yaşamlarının geri kalan döneminde tüberküloz hastası olmaktadır (91).

4.1.8. Patogenez

Tüberküloz, enfeksiyon oluşumu ve bundan sonraki dönemde hastalık gelişimi olmak üzere iki aşamalı bir sürece sahiptir.

Enfeksiyon Aşaması: İlk enfeksiyon inhalasyon ile bulaşır. İmmünolojik yanıt 2-8 haftada oluşur. Yerel immünolojik olaylar basillerin makrofajlarca yutulması, T lenfositlere sunulması ile başlar. T lenfositlerin saldıkları lenfokinler yeni makrofajları olay yerine getirir ve aktifleşir. Nekroz oluşur. Tüberkülin cilt testi (TCT) pozitifleşir (27,77).

Hastalık Aşaması: Enfekte kişide tüberküloz hastalığı gelişimini arttıran özellikler:

- **Genetik Özellikler:** Güney Amerikalılar, Kızılderililer ve Siyah derililer, tüberküloz basili ile karşılaştıklarında aşırı duyarlılık gösterirler (25).
- **Fizyolojik Özellikler:** Tüberküloz, erkeklerde daha sık görülmektedir (44). Enfekte olan kişinin 0-5 yaşında ya da çok ileri yaşta, zayıf ve uzun boylu, kan grubunun AB olması tüberküloz için risk oluşturmaktadır (24,25,65,77,90).

- **Beslenme İle İlgili Özellikler:** Vücut ağırlığının, ideal vücut ağırlığına göre %5 ve daha fazla düşük olması durumunda hastalığa yakalanma riski artmaktadır (77).
- **Çevre İle İlgili Özellikler:** Çok kalabalık yerlerde bir arada yaşama ve düşük sosyoekonomik durum tüberkülozun bulaşma olasılığını arttırmaktadır. Tüberküloz için risk grupları evsiz kişiler, huzur evi ve bakım evinde kalanlar, madenciler, göçmenler, sığınmacılar, ceza evinde kalanlar, akıl hastanelerinde kalanlar olarak belirtilmiştir (10,25,90).
- **Bağışıklığı Baskılayan Tedavi:** Uzun süre kortikosteroid ve immünoşüpresif ilaçlar kullanılması kişide tüberküloza karşı direnci azaltır (25,77).
- **Hastalığın Gelişimini Arttıran Diğer Özellikler:** Diabetes mellitus'ta 3 kat, silikoziste 2,8-30 kat, sigara tiryakilerinde 2-3 kat , HIV enfeksiyonunda 100-170 kat daha fazla görülür. Ayrıca organ nakli, uyuşturucu, alkol kullanımı, baş boyun kanserleri, lösemi, kronik böbrek yetersizliği, hemodiyaliz ve ilaç bağımlılık durumlarında hastalık gelişme riski yüksektir (24,25,77,90).

4.1.9. Tanı Yöntemleri

Hastanın değerlendirilmesinde kapsamlı bir tıbbi yaklaşım gerekir. Hastanın öyküsü (anamnez), fizik bulguları, akciğer filmi, TCT ile hastalıktan şüphelenilir ve bakteriyolojik ya da histolojik inceleme ile tanı kesinleştirilir.

Öykü (Anamnez):

Akciğer ile ilgili bulgular:

-Öksürük, balgam, hemoptizi: Üç hafta süren her öksürükte tüberkülozdan şüphelenilmelidir. Öksürük, çoğu zaman balgamla birlikte görülür; bazen kanlı olabilir.

-Göğüs ağrısı, sırt ağrısı, yan ağrısı: Plevra tutulumu olduğunda solunumla değişen ağrı olur.

-Nefes darlığı: Lezyonların yaygın olduğu ya da plevra sıvısının fazla olduğu durumlarda görülür.

Genel Bulgular: Halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık, kilo kaybı, çocuklarda kilo almada duraklama, ateş, gece terlemesi gibi belirtiler görülür. Genel olarak ateş, intermitandır; sabahları yoktur, öğleden sonra ürperme duygusu ile yükselir, gece terleme ile düşer (10,24,27,40,48,77).

Tüberküloz hastalığı ya da şüphesi olan kişilerde, önceden tüberküloz hastalığı geçirip geçirmediği ve yakınlarında tüberküloz hastalığı olup olmadığı öğrenilmelidir. Tüberküloz hastalığı geçirmişse, hastalığı döneminde kullandığı ilaçlar, süre ve düzenliliği ile ilgili bilgi alınmalı ve kayıtları incelenmelidir. Hastanın tüberküloz açısından riski arttıran bir sağlık sorununun olup olmadığı da sorgulanmalıdır (77).

Fizik muayene: Akciğer tüberkülozunda genellikle belirgin bir fizik muayene yoktur. Hastalık ilerleyene kadar minimal ek sesler duyulur. Seyrek olarak lokalize raller ve öksürük sonrası raller, plevra sıvısı ya da plevra kalınlaşması, lenf bezi büyümesi, uzun sürmüş hastalıkta çomak parmak görülebilir (24,48,77).

Radyoloji: Akciğer tüberkülozunda akciğer filmi hemen daima bulgu verir. Yalnız radyoloji ile tüberküloz tanısı konulmaz (77).

Tüberkülin Cilt Testi : Tüberkülin cilt testi, organizmanın tüberküloz basili ile karşılaşmış ve karşılaşmadığını ve basilin protein komponentlerine karşı bir alerjinin oluşup oluşmadığını gösteren bir testtir. Testin pozitif olması yalnızca kişinin basille enfekte olduğunu gösterir, hastalık hakkında bilgi vermez. Hastalık tanısında dolaylı olarak yardımcı olabilir (25,77).

Ülkemizde TCT reaksiyonunu değerlendirme kriterleri:

BCG'lilerde,

0-5 mm	Negatif kabul edilir.
6-9 mm	BCG'ye atfedilir.
15 mm ve üzeri	Pozitif kabul edilir, enfeksiyon olarak değerlendirilir.

BCG'sizlerde,

0-5 mm	Negatif kabul edilir.
6-9 mm	Şüpheli kabul edilir, bir hafta sonra test tekrarlanır, yine 6-9 mm bulunursa negatif kabul edilir.
10 mm ve üzeri	pozitif kabul edilir (77).

Bakteriyoloji: Tüberkülozun kesin tanısı bakteriyolojiktir. Tüberkülozdan şüphelenilen hastalardan üç ayrı günde sabah aç karnına balgam örneği alınır. Balgam çıkaramayan hastalarda balgam indüksiyonu yapılmalıdır; açlık mide suyu ve bronkoskopik lavaj sıvısı da bu amaçla kullanılabilir (25,77).

Kan tetkikleri: Belirgin bir anemiye akciğer tüberkülozu nadiren sebep olur. Millier tüberkülozda anemi sık görülen bir bulgudur. Lökositler genellikle normal veya normalin altındadır. Eritrosit sedimentasyon hızı yükselebilir. Fakat normal olması aktif tüberkülozu ekarte ettirmez. İlerlemiş tüberkülozlu hastalarda serum sodyum ve potasyumu düşebilir ve ölüme neden olabilir (24,25).

4.1.10. Tüberkülozun Komplikasyonları

Akciğer tüberkülozunun tedavi edilmemesi halinde birtakım komplikasyonlar görülmektedir. Bu komplikasyonlar; akciğer dokusunda kavite oluşması, pulmoner arter yırtılmasına bağlı hemoptizi, tüberküloz plörezisi, ampiyem, hidropnomotoraks, piyopnomotoraks, akciğer fibrozisi, mantar kolonizasyonudur (12).

4.1.11. Tedavi

Tedavinin Amaçları;

- 1- Hasta hayatını en az etkileyecek şekilde hastayı sağlığına kavuşturmak,
- 2- Ağır hastalarda ölüm oranını azaltmak,
- 3- Sonraki komplikasyonlarla akciğerlerde yaygın harabiyet gelişmesini önlemek,
- 4- Hastalığın reenfeksiyonlarını önlemek,
- 5- Dirençli tüberküloz basillerinin gelişmesini önlemek,
- 6- Hasta ailesini ve toplumu enfeksiyondan korumaktır (24,25,30).

Tedavi ilkeleri:

- Her aktif tüberküloz olgusuna mutlaka tedavi uygulanmalıdır.
- Tedavi kombine olmalıdır.
- Tedavi en az 6 ay süreli olmalıdır.
- İlaçlar yeterli dozda ve düzenli olarak alınmalıdır.
- İlaçlara karşı primer ve seconder direnç araştırılmalı ve basilin duyarlı olduğu ilaçlar kullanılmalıdır (77,90).

Tüberküloz tedavisinde en önemli faktör ilaçlardır. Dinlenme, beslenme ve iklim gibi faktörlerin etkileri önemsizdir. Tüberküloz ilaçları, basilleri hızla öldürür ve ilaç direnci gelişimini önler (77).

Tüberküloz İlaçları: Kullanılan ilaçlar kullanım önceliğine göre çeşitli kategorilere ayrılmaktadır.

Birinci Sınıf İlaçlar:

- 1.İzoniazid (INH)
- 2.Rifampisin (RIF)
- 3.Pirazinamid (PZA)
- 4.Etambutol (ETB)
- 5.Streptomisin (SM)

Etambutol dışındakilerin hepsi bakterisidaldir, toksisiteleri azdır ve kombine olarak kullanılırsa mükemmel bir etkiye sahiptirler. Günde tek doz olarak uygulanırlar. Bunun nedeni mekanizmasında sabit kan düzeyinden çok en yüksek serum konsantrasyonları önemlidir.

Uygulama Şekli: Streptomisin dışındaki ilaçlar oral yolla alınır. Bu ilaçların emilimi yiyeceklerle azaldığından dolayı yemekten yarım saat önce alınmalıdır. Streptomisin günlük tek doz olarak intramüsküler uygulanır.

Yan Etkileri: Hepatit, periferik nöropati, ruhsal durum bozukluğu, aşırı duyarlılık reaksiyonları, gastrointestinal rahatsızlıklar ve işitme ile ilgili bozukluklardır.

Kontrendikasyonları: Karaciğer fonksiyon bozukluğu, aşırı duyarlılık, böbrek bozukluğu, optiknörin varlığı, vertigo, baş dönmesi ve ataksi olanlarda kullanılmaz.

İkinci Sınıf İlaçlar:

1. Amikasin (AMK)
2. Kapreomisin (KAP)
3. Kanamisin (KM)
4. Etyonamit (ETH)
5. Para-Aminosalisilik Asit (PAS)
6. Sikloserin (CYC)
7. Siproflaksasin (SIP)
8. Rifobutin (RBT)

Uygulama Şekli: Amikasin, kapreomisin ve kanamisin intramüsküler uygulanır. Kanda birikimi önlemek için haftanın 5 günü uygulanır. Diğer ilaçlar oral yolla alınır.

Yan Etkileri: İşitme, vestibüler ve böbrekte toksisite, gastrointestinal rahatsızlık, hepatotoksisite, hipoglisemi, baş ağrısı, anksiyete, trombositopeni ve nötropenidir.

Kontrendikasyonları: Böbrek fonksiyon bozukluğu, gastrointestinal rahatsızlık ve merkezi sinir sistemi şikayetlerinde, alkoliklerde kullanılmaz (10,25,40,48,77,90,94).

Ülkemizde ikinci grup tüberküloz ilaçları ile tedaviye, bu konuda uzmanlaşmış merkezlerde başlanmalıdır (24,77).

4.1.12. İlaça Dirençli Tüberküloz

Tüberkülozda ilaç direnci, mutasyonlarla oluşur. Kötü tedavi (tek ilaçla tedavi, yetersiz ilaç kombinasyonları ile tedavi ve tedaviye ara vermek) ile ilaç direnci gelişmektedir (24,77).

İlaç direnci ile ilgili tanımlar:

Yeni olgularda ilaç direnci (primer ilaç direnci): Yeni olguda, yani daha önce tüberküloz ilacı kullanmamış ya da bir aydan daha az süredir ilaç alan hastada görülen ilaç direncidir.

Tedavi almış olgularda ilaç direnci (sekonder ilaç direnci): Hastanın daha önce 1 aydan daha uzun süre kullanmış olduğu ilaca karşı saptanan dirençtir.

Çok ilaca direnç (MDR: Multi-Drug Resistance): Hem izoniyazide hemde rifampisine direnç olmasıdır. Birlikte başka ilaç direnci olabilir ya da olmayabilir.

Yaygın ilaç dirençli tüberküloz (XDR: Extensively-Drug Resistance): INH ve RIF direnci ile birlikte kinolonlara ve ikinci sınıf enjekteable ilaçlardan birine (Amikasin, Kanamisin veya Kapreomisin) dirençli bulunmuş olgudur (77).

Direnç Gelişimini Etkileyen Sosyal Faktörler:

Hasta İle İlgili Faktörler: Tüberküloz uzun süren bir tedavi gerektirir. Hastanın tedaviye uyumsuzluğu direnç gelişimini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Tedaviye uyum, önerilen ilaçların belirtilen doz ve sürede uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda uyumda ilacın günlük dozu önemlidir. Günde tek doz uygulanan bir ilaca uyum %90 iken, günde 3 doz uygulanması halinde %30 olduğu saptanmıştır. Tedaviye uyumsuzlukta, alkol ve ilaç bağımlılığı, ekonomik yetersizlikler, bilgilenme eksikliği, HIV ile enfekte kişiler, göçmenler gibi birçok faktör rol oynamaktadır (25).

Sağlık Profesyonelleri İle İlgili Faktörler: Tüberküloz hastalığı genellikle sosyoekonomik şartların düşük olduğu toplumlarda görülmektedir. Bu şartlar altında, tüberkülozlu hastaları başarılı bir şekilde tedavi edebilecek, bu konuda iyi eğitim almış, sorunun uzun vadede çözümü olduğuna inanan, hastaların devamlı takibini yapabilecek ve sadece tüberküloz ile ilgilenen sağlık profesyonelleri gerekmektedir (77).

4.1.13. Tüberküloz Kontrolü

Tüberküloz kontrolü 5 başlık altında toplanabilir:

1. Tüberküloz Hastalarının Tanı, Tedavi ve Takibi: Hastaların erken tanısı, etkili ve düzenli tedavi ve takibi herhangi bir tüberküloz kontrol programının en önemli öğeleridir.

2. Kemoprofilaksi: Tüberkülin testi pozitifliği ile tüberküloz enfeksiyonu saptanan asemptomatik kişilerde izoniyazid ile profilaktik tedavi tüberküloz insidansını azaltan etkili bir araçtır. Ancak oldukça pahalı ve kitlesel olarak uygulama zorluğu yanında, karaciğer toksisitesine yol açması riskinde taşımaktadır. Aktif tüberkülozlu bir hasta çevresindeki 20 sağlıklı kişiyi enfekte etmektedir. Bu nedenle hasta kişiyle temas etmiş kişilerin bulunması ve kontrolden geçirilmesi çok büyük önem taşımaktadır (91).

Kemoprofilaksi için önerilen gruplar şunlardır:

- TCT si pozitif olanlar (özellikle 15 yaşından küçük olanlar),
- HIV enfeksiyonu olanlar,
- Basil çıkaran, aktif tüberkülozlu ile temasta olanlar,
- Uyuşturucu alışkanlığı olanlar,
- 35 yaşın altında olup tüberküloz enfeksiyon oranı yüksek bölgeden gelenler,
- Tüberküloza yatkın kişiler (diabet, silikozis, kortikosteroid ajanlar) (24,42,77).

3. Bacillus Calmette Guerin Aşısı: İki Fransız araştırmacısı, Calmette ve Guerin 1921 yılında canlılığını muhafaza eden fakat insanlarda hastalık yapmayıp, bağışıklık oluşturan BCG'yi bulmuşlardır. Bacillus Calmette Guerin, tüberküloz enfeksiyonundan koruyucu etki yapmaz, kanla ve lenfatik sistemle basilin yayılmasını engeller. Bacillus Calmette Guerin aşısı, tüberküloz hastalığı geçirenlere, TCT pozitif olanlara, deri hastalığı olanlara (Egzama), immün bozukluğu olanlara (HIV enfeksiyonu), kemoterapi, radyoterapi, steroid tedavisi alanlara, lösemi lenfoma gibi immün sistemi baskılayıcı hastalığı olanlara yapılmamalıdır. Sağlık

Bakanlığı, biri doğumdan 2 ay sonra diğeri ilköğretim birinci sınıfta olmak üzere çocuklarda 2 kez BCG yapılmasını kararlaştırmıştır (77,91).

4.Tüberküloz Bulaşmasının Önlenmesi: Tüberkülozlu kişinin hastalığı diğerk kişilere yaymasını engellemek amacıyla kullanılan en önemli yöntemler şunlardır:

- Antitüberküloz ilaçların düzenli olarak alınması,
- Hastaların öksürük ya da hapşırık sırasında ağızlarını kağıt ya da bez bir mendille kapatmaları,
- Çıkarılan balgamın disposable mendillere ya da çöplere atılması,
- Bulaştırıcılık olasılığı ortadan kalkana kadar diğerk bireylerle yakın temastan sakınılması,
- Uygun hava ventilasyonunun sağlanması,
- Ultraviyole ışınların kullanılması,
- Hastanın maske kullanması, eğer hasta maske kullanımı konusunda direnç gösteriyorsa sağlık çalışanının mutlaka maske kullanması (kullanılacak maske, tüberküloz basillerini filtre edebilecek özellikte ve yüze iyi oturan tipte olmalıdır),
- Genellikle balgam, dışkı, kusmuk gibi atıkları toplarken önlük giyilmelidir,
- Tüberküloz, kişisel eşyalar, yatak çarşafı ve yemek kapları ile bulaşmadığından bu eşyalar için özel bakım gerektirmez,
- Direkt temas sonucu geçen organizmaların uzaklaştırılması için el yıkama sağlanmalıdır (12,25,77,90).

5.Tüberküloz Kontrolü İçin DSÖ Önerisi: Doğrudan gözetimli tedavi

Tüberküloz epidemilerinin kontrolü için günümüzde en etkili strateji doğrudan gözetimli tedavidir. Bu strateji, hastaların uygun ilaç kombinasyonları ile gerekli süre sağlık personeli tarafından izlenmesini içeren bir tüberküloz kontrol programıdır. Bu stratejinin yeni hedefleri belli bir toplumda beklenen yayma pozitif hastaların en az %70'ini saptama ve bunların da en azından %85'inde kür sağlama olarak belirlenmiştir. Doğrudan gözetimli tedavi ile tedavi uyumsuzluğu, tedavi başarısızlığı ve direnç gelişimi önlenabilir (91,93). Sağlık personellerine; tüberküloz kontrol programı, hastalara tedaviden önce yan etkilerle ilgili danışmanlık yapma, yan etkilerin zamanında ve uygun şekilde tedavisi ile iletişim tekniklerine yönelik eğitim verilmesi de tüberküloz tedavisinin etkinliğini arttırabilir. Tüberküloz kontrol

programlarında hastalığın yayılmasını önleme ve tedavi sürecinin başarılı şekilde tamamlanmasında, sağlık ekibinde yer alan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler, hasta ve ailesini ilaçları düzenli kullanmanın tedavi sonuçlarına etkisi konusunda bilgilendirmelidirler (3,11).

4.2.Tüberküloz, Tedaviye Uyum ve Sosyal Destek:

Tüberküloz uzun süre tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır ve tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. Hastanın tedaviye uyumu tüberküloz tedavisinde anahtar faktördür. En önemli sorun hastayı bu uzun süren tedavi boyunca ilaçlarını düzenli almaya ikna edebilmektir. Son 20 yılda yapılan çalışmalar ise hastaların yarıya yakınının ilaçlarını düzenli kullanmadığını göstermiştir. Örneğin; Dilek'in (30) 2003'te yapmış olduğu çalışmada; tüberküloz hastalarını bu uzun süren tedavi boyunca ilaçlarını düzenli almaya ve kontrollerini aksatmamaya ikna edebilmenin en önemli sorun olduğu saptanmıştır.

Tüberküloz hastalarında tedaviye uyumsuzluk; tüberkülozun yayılmasına, nüks hastaların artmasına, ilaçlara dirençli hastaların oluşmasına neden olmakta ve sonuçta tedavi maliyeti de artmaktadır (78).

Erbaycu ve arkadaşlarının (36) 2004'te yapmış oldukları tüberküloz tedavisine uyumsuzluk nedenlerine yönelik bir anket çalışmasında; tedavi ile yakınmaların azalması/kaybolması, hastaların kendini iyi hissetmeye başlamaları ve mevcut ailevi/sosyal sorunlar uyumsuzluğun en sık sebepleri olarak belirlenmiştir. Hastaların tedavileri ile ilgili yeterince bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri, sosyal sorunları ile ilgilenilmesi ve psikolojik destek almalarının tedaviye uyumu artıracak önlemler olduğu görülmüştür. Aynı zamanda kronik hastalıkların tedavisinin uzun süreli ve günde alınan ilaç dozu sayılarının fazla olması olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu yönü ile de tüberküloz tedavisinde tedaviye uyumsuzlukların görülmesi kaçınılmazdır (36,91).

Tüberkülozun sosyal boyutu hasta açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Toplumda tüberkülozlu kişilerin izole edilmesine dair yanlış bir inanış bulunmaktadır. Bu durum kişinin hastalığını ve tedaviyi reddetmesine kadar varan

kötü sonuçlara neden olabilir (30,78). Nitekim Tocque ve arkadaşlarının (88) yaptığı çalışmada tüberkülozlu hastaların sosyal yaşantılarının olumsuz yönde etkilendiği, daha izole bir yaşamı tercih ettikleri bulunmuş, bu durumun kronik hastalığın psikolojik yansımaları ya da toplum tarafından damgalanma hissine bağlı olabileceği belirtilmiştir. Tüberkülozdaki bu sosyal damgalanmanın bireyin toplumdan, arkadaşlarından ve aileden dışlanmasına, teşhisini kabullenmemesine ve tedaviyi reddetmesine yol açabileceği de belirtilmiştir.

Çil'in yapmış olduğu diğer bir çalışmada da toplumun tüberkülozlu bireylere karşı olan tutumunun, tüberküloz algılarının ve tüberküloz hakkındaki inançlarının tedavi başarısını etkilediği ortaya konulmuştur (25).

Literatürde yer alan çeşitli araştırmalarda tüberkülozlu hastaların arkadaşları ve komşuları tarafından dışlanma korkusu ile iş çevresi ve arkadaşlarına hastalıklarını söyleyemedikleri, aile, cinsel ve iş yaşantılarının olumsuz yönde etkilendiği, yaşam kalitelerinin düştüğü ve sosyal açıdan olumsuz etkilendikleri belirtilmektedir (30).

Erdem ve Taşçı'nın (37) 2003'te yapmış oldukları, tüberküloz hastalarının benlik saygısı düzeylerini belirlemeyi amaçladıkları çalışmada tüberküloz hastalarının tedaviye uyumunu artırmada, kendilerini ve hastalıklarını algılama biçimlerini belirlemenin önemli olduğu belirtilmiş ve hastalığa yakalanma nedeniyle benlik saygısının azalmasının, kişinin kendine olan güvenini kaybetmesine, sosyal ilişkilerinin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olabileceği ortaya konulmuştur. Bu çalışma ile tüberküloz hastalarının ailesi ve çevresi ile olan ilişkilerinin değişmesinin ve sosyal destek görmemesinin tedaviye uyumunu düşürdüğü belirlenmiştir.

Sosyal destek; bireyin ihtiyaçlar hiyerarşisinde var olan ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel ihtiyaçların başka bireylerle (arkadaşları, ailesi veya profesyonel danışmanlar vb.) kurduğu etkileşim sonucunda tatmin edilmesi anlamına gelmektedir (35). Bir başka tanıma göre sosyal destek, stres altında yada güç durumlarda bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım; diğer kişilerle, gruplarla ve toplumla olan sosyal bağlarından iletilen destek; sevildiğini,

değer verildiğini ve karşılıklı işbirliğine dayanan bir iletişim içinde bulunduğunu gösteren özel bir bilgidir (6,67).

Literatürde sosyal desteğin, fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilişkisini inceleyen çok sayıda araştırma yer almaktadır. Bu araştırmalar, sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik hastalıklar sırasında yaşanan fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunların azaltılmasında ve bireyin sağlık düzeyini sürdürmede önemli olduğunu göstermiştir (6).

Sosyal destek, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarını, sağlığını yükseltecek yönde düzenlemek, sağlığa katkı sağlayan davranışları kolaylaştırmak gibi etkilere sahiptir. Sosyal destek düzeyi yüksek olan bireyler, daha kolay uyum sağlamakta; sorunların üstesinden daha kısa sürede gelebilmektedirler. Stresli yaşam olayları karşısında, sosyal destek düzeyleri yüksek olan bireylerin gösterdikleri davranış sorunları, sosyal destek düzeyleri düşük olanlara göre daha azdır (41,67).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma; tüberküloz hastalarında, TUBÖ'nin geçerlik ve güvenilirliğini yaparak Türkçe'ye uyarlamak ve tüberküloz hastalarında sosyal destek algısının tedaviye uyuma etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlandı.

5.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Kasım 2009- Şubat 2010 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir devlet hastanesinin tüberküloz servislerinde yatarak tedavi gören hastalar oluşturdu. Örneklem grubunu ise bu hastalar arasından literatür bilgisine dayalı olarak belirlenen kriterlere uyan tüberkülozlu 217 hasta oluşturdu.

Örneklem grubunun seçiminde aşağıda yer alan kriterler dikkate alındı:

- Akciğer tüberkülozu tanısı konulduktan ve tedavi süreci başladıktan sonra en az 15 gün geçmiş olması,
- 18 yaş ve üzeri olması,
- Mental yetersizliğinin olmaması,
- İletişim kurmaya herhangi bir engeli olmaması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olması,
- Bilgilendirilmiş onamı alınmış olması.

Araştırmanın yürütüleceği kurum ve birimdeki uzman ve yetkili kişilerle görüşülüp, işbirliği sağlandıktan sonra, yazılı izin alındı (Ek 1-2).

5.3. Verilerin Toplanması

5.3.1. Veri Toplama Araçları:

Veri toplanmasında aşağıda belirtilen formlar kullanıldı:

- Hasta Tanılama Formu (Ek 3)
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 4)
- Tüberküloza Uyumu Belirleme Ölçeği (Ek 5)

Hasta Tanılama Formu: Literatür bilgisi ışığında, araştırmacı tarafından aşağıdaki verileri elde etmek amacı ile geliştirildi:

-Sosyo Demografik ve Yaşam Biçimine Yönelik Özellikler; yaş, cinsiyet, eğitim, sosyal statü, medeni durum, sosyal güvence, gelir düzeyi, yaşadığı konut tipi, kimlerle birlikte yaşadığı.

-Hastalık, Tedavi ve Çevresel İlişkilere Yönelik Özellikler; tedavi süresi, hastaneye yatış sayısı, hastalığı ilk duyduğunda ne hissettiği, ek hastalığı, tüberküloz hastalığına yakalandıktan sonra aile içi ilişkisi ve düzeni, komşuluk ve arkadaşlık ilişkileri, tedaviyi kimin isteği ile sürdürdüğü ve hastalığını nasıl değerlendirdiği.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-ÇBASDÖ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS): Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi Zimet, Dahlen ve Farley tarafından 1988 yılında geliştirilen ÇBASDÖ ile değerlendirilmiştir. ÇBASDÖ ile üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliği öznel olarak değerlendirilir. 12 ifade içeren ölçek ile aile (3,4,8,11. maddeler), arkadaşlar (6,7,9,12. maddeler) ve özel insan (1,2,5 ve 10. maddeler) olmak üzere 3 farklı destek kaynağı değerlendirilebilir. Ayrıca alt ölçek puanları toplanarak ölçeğin toplam puanı da belirlenebilir. Her madde likert tipi puanlamaya sahip 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilir. Ölçekteki alt ölçeklerin puanı 4 ile 28 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışmaları Eker ve Arkar tarafından normal ve hasta gruplar üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliği üniversite sağlık merkezine başvuran öğrenciler, sağlıklı üniversite öğrencileri, hastaneye gelen ziyaretçiler, psikiyatri ve böbrek hastaları olmak üzere 5 grupta Cronbach's alfa yöntemi ile değerlendirilmiş ve alt ölçeklerin Cronbach's alfa katsayılarının 0.77 ile 0.92 arasında değiştiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada ölçeğin faktör yapısı incelenmiş ve güvenilir olduğu bulunmuştur (72).

Miyokard infarktüsü olan 248 hastada yapılan bir çalışmada ÇBASDÖ'nin total ve alt ölçeklerinin iç tutarlılığı yeniden değerlendirilmiş ve cronbach's alfa güvenirlik değerinin total ölçek için 0.92, aile alt ölçeği için 0.88, arkadaş alt ölçeği için 0.83 ve özel insan alt ölçeği için 0.90 olduğu görülmüştür (72). Çalışmamızda

ise cronbach's alfa güvenilirlik değerleri total ölçek için 0.89, aile alt ölçeği için 0.93, arkadaş alt ölçeği için 0.95, özel insan alt ölçeği için 0.98 bulundu.

Tüberküloza Uyumu Belirleme Ölçeği-TUBÖ (Tuberculosis Adherence Determination Questionnaire-TADQ): Ölçek kanser kontrol programlarına uyum ile ilgili faktörlerin incelenmesi için DiMatteo ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Daha sonra Marcia McDonnell tarafından 1996 yılında tüberküloz hastalarında kullanılmak üzere uyarlanmıştır. Geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış, alt ölçeklerin Cronbach's Alpha katsayılarının 0.65-0.85 arasında değiştiği bulunmuş, beşli likert tipi bir ölçektir.

TUBÖ toplam 38 maddeden oluşan yedi alt ölçek içermektedir. Bu alt ölçekler;

- Bakıma Toplumsal Bakış: 8 madde
- Tedavi Planının Yararlılığını Anlamak: 8 madde
- Hastalığın Önemini Anlamak: 4 madde
- Hastalığa Duyarlılığı Anlamak: 4 madde
- Tedavi Planına Uyumda Niyetler: 4 madde
- Tedavi Planına Uyumda Destekler ve Engeller: 4 madde
- Tedavi Planına Uyum Kararını Etkileyen Kişisel Kurallar: 6 madde

TUBÖ hastaların subjektif değerlendirmelerinden oluşan ve tüberküloz hastalarında tedaviye uyumu öngören; zamana karşı değişebilen ve anlık durum değerlendirmesi yapan bir ölçektir.

Puanlama

Hastalara TUBÖ'de yer alan maddeler görüşme yolu ile sorularak verdikleri cevaplar aşağıdaki şekilde puanlanmaktadır.

- (1) Kesinlikle Katılmıyorum
- (2) Katılmıyorum
- (3) Kararsızım
- (4) Katılıyorum
- (5) Kesinlikle Katılıyorum

Puanların Hesaplanması

Ölçekten alınan puanların hesaplanmasında; 1, 6, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 27, 29, 33 ve 36. maddeler için; en yüksek puan “kesinlikle katılıyorum” cevabına verilerek 5 ler 5; 4 ler 4; 3 ler 3, 2 ler 2, 1 ler 1 puan olarak kodlanır. Ölçeğin 2, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 16, 20, 21, 25, 28, 30, 31, 34 ve 38. maddeleri tersine çevrilip toplam puana ilave edilir. Yedinci alt ölçek inanç ve motivasyon olmak üzere kendi içinde ikiye ayrılır. İnanca yönelik maddeler (4, 35 ve 37) hesaplanırken; “Kesinlikle Katılıyorum” için +2, “Katılıyorum” için +1, “Kararsızım” için 0, “Katılmıyorum” için -1, “Kesinlikle Katılmıyorum” için -2 puan verilir. Motivasyona yönelik maddeler (8, 26, 32) hesaplanırken “Kesinlikle Katılıyorum” için +3, “Katılıyorum” için +2, “Kararsızım” için +1, buna karşılık “Katılmıyorum” ve “Kesinlikle Katılmıyorum” için 0 puan verilir.

Herbir alt ölçeği oluşturan maddeler toplanarak, alt ölçeklere ait toplam puanlar elde edilir ve alt ölçeklerin puanlarına göre tedaviye uyum değerlendirilir (71).

Tüberküloza Uyumu Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Ölçeğin Türkçe formunun dil, kapsam geçerliği ve güvenirlik çalışması literatür bilgisi ve uzman görüşleri doğrultusunda araştırmacı tarafından gerçekleştirildi.

Ölçeği geliştiren Robin DiMatteo ve tüberküloza uyarlayan Marcia McDonnell'la iletişim kurularak izin alındı (Ek 6).

Dil ve Kapsam Geçerliği

Başlangıçta TUBÖ'nin dil geçerliğini sağlamak için ölçek araştırmacı, İngiliz Dil ve Edebiyatı mezunu 2 İngilizce Öğretmeni ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde tüberküloz servislerinde çalışmakta olan, İngilizceyi iyi bilen ve tüberküloz konusunda donanımlı bilgiye sahip 3 göğüs hastalıkları uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrildi. Elde edilen çeviriler incelendi ve her madde için en uygun ifade seçilerek ölçeğin Türkçe formu oluşturuldu. Ölçeğin elde edilen Türkçe formu her iki dili de iyi bilen ve her iki toplumda da yaşamış bir göğüs hastalıkları uzmanı tarafından geri çeviri yöntemiyle tekrar İngilizce'ye çevrildi. (Ek 7)

Orjinal ölçek ile oluşturulan Türkçe formu geri çevirisi karşılaştırıldı. Farklı olan maddelerin Türkçe ifadeleri tekrar gözden geçirildi ve anlam değişikliği olmadığı belirlenerek dil geçerliği sağlandı.

Ölçek beraberinde orjinal ölçekle birlikte, farklı alanlarda çalışan 12 uzmanın görüşüne sunulurak kapsam geçerliği sınandı (Ek 8).

Uzmanların görüşleri doğrultusunda her maddede gerekli uyarlamalar yapılarak kapsam geçerliği sağlandı.

Anlaşılabilirlik açısından 10 hasta ile pilot çalışma yapılarak dil ve kapsam geçerliği onaylandı (5,38,43).

Ölçeğin Güvenirliği

Toplam 217 tüberküloz hastasına uygulanan TUBÖ' nin güvenilirlik çalışmasında madde toplam puan korelasyonları ve Cronbach's Alpha değerleri hesaplandı.

ÖLÇEĞİN MADDE TOPLAM PUAN KORELASYONLARI ve CRONBACH'S ALPHA DEĞERLERİ TABLOLARI

Tablo 5.3.1.1. TUBÖ Alt Ölçeklere Göre Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değerleri

Ölçek maddeleri	Madde toplam puan korelasyonu (r)	Cronbach's Alpha (α)
Bakıma Toplumsal Bakış		
10. Tüm sağlık çalışanları bana dostça ve nazik davranıyor.	0.70	0.84
11. Tüm sağlık çalışanları bazen anlamını bilmediğim tıbbi terimler kullanıyor.	0.43	0.89
12. Tüm sağlık çalışanları benimle az ilgileniyor.	0.68	0.84
13. Tüm sağlık çalışanları söylediklerimi dikkatle dinliyor.	0.78	0.82
15. Tüm sağlık çalışanları bütün sorularımı cevaplıyor.	0.78	0.82
16. Tüm sağlık çalışanları söylediklerime bazen önem vermiyor.	0.68	0.83
18. Tüm sağlık çalışanlarının benimle gönülden ilgilendiklerine inanıyorum.	0.71	0.83
31. Tüm sağlık çalışanları zamanlarını boşa harcıyormuşum gibi davranıyor.	0.47	0.86
Alt ölçek toplamı		0.86
Tedavi Planının Yararlılığını Anlamak		
1. Tüberküloz ilaçlarımı almamın sağlayacağı yararlar, onları almamdan dolayı oluşabilecek problemlerden fazladır.	0.66	0.89
21. Tüberküloz ilaçlarımı almak elde edeceğim yararlarla rağmen çok zor.	0.64	0.90
22. Tüberküloz ilaçlarımı almamın tekrar tüberküloza yakalanmamı önleyeceğine inanıyorum.	0.69	0.89
25. Tüberküloz ilaçlarımı almasam da sağlıklı olacağım.	0.74	0.89
27. Benim için tüberküloz ilaçlarımı almak almamaktan daha iyidir.	0.76	0.89
28. Tüberküloz ilaçlarımı almak çok zor olduğundan onları almaya değmez.	0.58	0.90
33. Tüberküloz ilaçlarımı almam sağlıklı olmama yardımcı olacak.	0.84	0.88
34. Tüberküloz ilaçlarımın bana iyi geleceğine inanmak zor.	0.79	0.88
Alt ölçek toplamı		0.90

Tablo 5.3.1.1. TUBÖ Alt Ölçeklere Göre Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değerleri (Devamı)

Hastalığın Önemini Anlamak		
2. Tüberküloz söylendiği kadar kötü bir hastalık değildir.	0.66	0.71
9. Tüberkülozdan daha ciddi birçok hastalık var.	0.37	0.83
19. Tüberkülozlu hastalar için az iyileşme umudu var.	0.72	0.67
36. Tüberküloz çok kötü bir hastalıktır.	0.69	0.69
Alt ölçek toplamı		0.79
Hastalığa Duyarlılığı Anlamak		
3. İleride tamamen iyileşmeyi umuyorum.	0.47	0.84
14. Ne yaparsam yapayım tüberküloza tekrar yakalanma olasılığım var.	0.76	0.71
17. Yeniden tüberküloza yakalanma olasılığım oldukça yüksek.	0.77	0.71
38. İleride vücudum tüberkülozu yenecek.	0.61	0.79
Alt ölçek toplamı		0.82
Tedavi Planına Uyumda Niyetler		
20. Tüberküloz ilaçlarımı almayı düşünmüyorum.	0.80	0.88
24. Tüberküloz ilaçlarımı almaya niyetliyim.	0.79	0.88
29. Tüberküloz ilaçlarımı almaya karar verdim.	0.78	0.89
30. Tüberküloz ilaçlarımı almaya niyetim yok.	0.81	0.88
Alt ölçek toplamı		0.91
Tedaviye Planına Uyumda Destek ve Engeller		
5. Pekçok şey tüberküloz ilaçlarımı almama engel oluyor.	0.76	0.83
6. Tüberküloz ilaçlarımı alırken gerekli yardımı alıyorum.	0.83	0.80
7. Tüberküloz ilaçlarımı almam için daha fazla yardıma ihtiyacım var.	0.84	0.80
23. Tüberküloz ilaçlarımı aldığımda ortaya çıkabilecek herhangi bir sorunla başedebilirim.	0.53	0.91
Alt ölçek toplamı		0.88
Tedavi Planına Uyum Kararını Etkileyen Kişisel Kurallar		
4. Ailem tüberküloz ilaçlarımı almam gerektiğini düşünüyor.	0.22	0.63
35. Yakın arkadaşlarımtüberküloz ilaçlarımı almam gerektiğini düşünüyor.	0.37	0.60
37. Akrabalarım tüberküloz ilaçlarımı almam gerektiğini düşünüyor.	0.55	0.49
8. Tüberküloz ilaçlarımı almam konusunda ailem ne yapmam gerektiğini düşünüyorsa onu yapmak istiyorum.	0.54	0.50
26. Tüberküloz ilaçlarımı almam konusunda akrabalarım ne yapmam gerektiğini düşünüyorsa onu yapmak istiyorum.	0.30	0.61
32. Tüberküloz ilaçlarımı almam konusunda arkadaşlarıım ne yapmam gerektiğini düşünüyorsa onu yapmak istiyorum.	0.25	0.62
Alt ölçek toplamı		0.63

Tablo 5.3.1.1. de görüldüğü gibi; TUBÖ Alt ölçeklere göre **madde toplam puan korelasyonlarının** 0.22-0.84 arasında değiştiği saptandı.

Literatürde madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0.30'dan büyük olması gerektiği belirtilmektedir. Ancak bunun kesin bir kural olmadığı, bir sorunun ölçekten çıkarılması için soru silinirse alfa katsayısında meydana gelecek değişime bakmak gerektiği, eğer alfa katsayısı yükseliyorsa o soru güvenilirliği azaltan bir soru olduğu için ölçekten çıkarılmasının uygun olacağı belirtilmektedir. Genellikle de araştırmalarda 0.20 alt sınır olarak kullanılmaktadır (4,43,76).

Bulgularımızda ölçeğin 4. maddesinin madde toplam puan korelasyonunun $r=0.22$ olduğu görüldü. Ancak ölçekten çıkarılarak Cronbach's Alpha değeri hesaplandığında $\alpha=0.63$ olduğu ve bu soru ölçekten çıkarılırsa alt ölçeğin güvenirlik değerinde bir artış olmayacağı görüldüğü için ölçekten çıkarılmasına gerek olmadığına karar verildi. Aynı şekilde ölçeğin 32. maddesinin madde toplam puan korelasyonunun 0.25 olduğu; Cronbach's Alpha değerine bakıldığında (0.62) alt ölçeğin güvenirlik değerini artırmayacağı için ölçekten çıkarılmamasına karar verildi.

Literatürde Cronbach's Alpha Değerinin 0-1 arasında değiştiği, değerlendirme kriterlerine yönelik olarak $\alpha=0.60-0.79$ arasında ise ölçeğin oldukça güvenilir, $\alpha=0.80-1.00$ arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmektedir (4,76,85).

Çalışmada TUBÖ'nin **alt ölçeklerinin Cronbach's Alpha Değerlerinin** 0.63-0.91 arasında değiştiği belirlendi. Tedaviye Uyum Kararını Etkileyen Kişisel Kurallar alt ölçeğinin $\alpha=0.63$ ile en düşük alfa katsayısına; Tedavi Planına Uyumda Niyetler alt ölçeğinin $\alpha=0.91$ ile en yüksek alfa katsayısına sahip olduğu görüldü.

McDonnell (71) 62 hastayı kapsayan çalışmasında Alt ölçek Cronbach's Alpha Değerlerinin 0.65-0.85 arasında değiştiğini; Tedavi Planına Uyumda Destekler ve Engeller alt ölçeğinin en düşük, Bakıma Toplumsal Bakış alt ölçeğinin en yüksek alfa katsayısına sahip olduğunu belirtmiştir.

Bu sonuçlar TUBÖ ile ilgili literatür bilgisi ve orjinal ölçeğe paralellik gösterdiğinden **ülkemiz için kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçektir hipotezini** doğruladı.

5.3.2. Veri Toplama Yöntemi

Hasta tanılama formu, ÇBASDÖ ve TUBÖ serviste yatan hastalara kendilerini iyi hissettikleri bir anda, yalnız olabilecekleri bir ortamda uygulandı. Veri toplama araçları, hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile bireysel ifadelerinden yararlanılarak araştırmacı tarafından dolduruldu. Her hasta ile görüşme süresi yaklaşık 30 dakika sürdü.

5.4. Veri Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verinin istatistik analizleri istatistik uzmanları (Ek 9) danışmanlığında NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılarak bilgisayarda yapıldı.

Elde edilen verinin analizinde;

- TUBÖ'nin güvenilirlik değerlendirilmesi için **Madde Toplam Puan Korelasyonu** ve **Cronbach's Alpha**;
- Hastaların tanıtıcı özelliklerine yönelik verinin dağılımı için **yüzdellik, ortalama, standart sapma (SD), minimum ve maksimum değerler**;
- Normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında **Oneway Anova testi** ve farklılığa neden olan grubun tespitinde **Tukey HDS testi**;
- Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında **Student t testi**;
- Ölçek puanlarının korelasyonunda **Pearson Korelasyon Analizi** kullanıldı. p değeri 0.05'ten küçük değerler anlamlı olarak kabul edildi.

5.5. Araştırmanın Etik Yönleri

-Tüberküloza Uyumu Belirleme Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanabilmesi ve kullanılabilmesi için RobinDi Matteo ve Marcia McDonnell'dan yazılı izin alındı (Ek 6).

-Araştırma öncesi Marmara Üniversitesi Etik Kurulundan gerekli onay alındı (Ek 10).

-Araştırmanın yürütülebilmesi için, çalışmanın yapılacağı devlet hastanesi'ne kullanılacak veri toplama araçlarını içeren bir dilekçe ile başvurularak yazılı izin alındı (Ek 1-2).

-Çalışmaya katılacak bireylere çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, bilgi vermeyi reddetme hakkına sahip oldukları bilgilendirme formu (Ek 11) ile açıklanarak istekli ve gönüllü olma ilkesi ile otonomi ilkesine bağlı kalındı. Hastalardan yazılı onam alınarak (Ek 12) araştırmaya dahil edildi.

-Çalışmaya katılan bireylere kimliklerinin ve verdikleri bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilerek gizlilik ilkesine bağlı kalındı (17,56).

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı yer, akciğer tüberkülozlu hastalara İstanbul Anadolu yakası civarında en kapsamlı bakım ve tedavinin yapıldığı, evren ve örnekleme temsil edebilecek tek hastaneydi.

Fiziksel ortamdaki yetersizlikler nedeniyle hastalarla yapılan görüşmelerde zorluklar yaşandı.

6.BULGULAR

Tüberküloz hastalarında, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan TUBÖ'ni kullanarak, tedaviye uyum düzeyini ve sosyal destek ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular istatistik analizleri yapılarak, sonuçları tablolar halinde sunuldu.

Çalışmada elde edilen bulgular;

6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

6.2. Hastaların Tedaviye Uyum ve Sosyal Destek Düzeyleri ve Birbiriyle İlişkisi ile İlgili Bulgular

6.3. Hastaların Tedaviye Uyum ile Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular olmak üzere üç başlık altında incelendi.

6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.1.1. Sosyo Demografik ve Yaşam Biçimine Yönelik Özelliklerin Dağılımı (N=217)

Özellikler		Min-Max	Ort±SS
Yaş		18-79	40.43±15.29
		n	%
Cinsiyet	Erkek	150	69.1
	Kadın	67	30.9
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	16	7.4
	İlkokul	108	49.8
	Lise	84	38.7
	Üniversite	9	4.1
Sosyal Statü	Serbest Meslek	61	28.1
	İşçi	45	20.7
	Emekli	42	19.4
	Ev Hanımı	56	25.8
	Öğrenci	13	6
Sosyal Güvence	Evet	180	82.9
	Hayır	37	17.1
Medeni Durum	Evli	150	69.1
	Bekar	67	30.9
Kimlerle Birlikte Yaşıyor	Yalnız	19	8.8
	Ailesi	181	83.4
	Aile Dışı	17	7.8
Gelir Düzeyi	İyi	26	12
	Orta	140	64.5
	Kötü	51	23.5
Konut Tipi	Apartman	151	69.6
	Müstakil	66	30.4

Tablo 6.1.1. de görüldüğü gibi; yaş ortalaması 40.43 ± 15.29 olan hastaların, %69.1'inin (n=150) erkek, %49.8'inin (n=108) ilkokul mezunu, %69.1'inin (n=150) evli olduğu; büyük bir çoğunluğunun (%83.4; n=181) ailesi ile birlikte yaşadığı, %64.5'inin (n=140) gelir düzeylerini orta olarak nitelendirdiği, %82.9'unun (n=180) sosyal güvenceye sahip olduğu ve %69.6'sının (n=151) apartman dairesinde yaşadıkları belirlendi.

Tablo 6.1.2. Hastalık, Tedavi ve Çevresel İlişkilere Yönelik Özelliklerin Dağılımı (N=217)

Özellikler		Min-Max	Ort±SS
Tüberküloz tedavi süresi (gün)		15-75	32.43±16.38
		n	%
Tüberküloz olduğunu söyleyebilir mi?	Evet	161	74.2
	Hayır	56	25.8
Hastalığı ilk duyduğunda ne hissetti?	Üzülme	72	33.2
	Kabullenememe	37	17.1
	Kabullenme	36	16.6
	Kadere Bağlama	72	33.2
Ailede başka tüberküloz hastası var mı?	Evet	77	35.5
	Hayır	140	64.5
Tüberküloz hastalığından dolayı hastaneye kaçınıcı yatışı?	İlk	140	64.5
	Tekrar	77	35.5
Tüberküloz dışında başka hastalığı var mı?	Evet	71	32.7
	Hayır	146	67.3
Tüberküloz hastalığına yakalandıktan sonra aile içi ilişkisi ve düzeni	Azaldı/Bozuldu	26	12
	Değişmedi	92	42.4
	Güçlendi/Arttı	99	45.6
Tüberküloz hastalığına yakalandıktan sonra komşuluk ve arkadaşlık ilişkileri	Azaldı/Bozuldu	47	21.7
	Değişmedi	110	50.7
	Güçlendi/Arttı	60	27.6
Tedaviyi kimin isteği ile sürdürüyor?	Aile İsteği	15	6.9
	Kendi İsteği	202	93.1
Hastalığını nasıl değerlendiriyor?	İyileşebileceğini düşünüyor	179	82.5
	Bilmiyor	38	17.5

Tablo 6.1.2.' de görüldüğü gibi, araştırma kapsamındaki hastaların tüberküloz tedavi süresi ortalamasının 32.43 ± 16.38 gün olduğu saptandı. Hastaların %74.2 (n=161) gibi büyük bir çoğunluğunun tüberküloz hastalığına sahip olduğunu başkalarına söyleyebildiğini ve hastalıklarını ilk duyduklarında %33.2'sinin (n=72) üzüldüğünü, %33.2'sinin (n=72) hastalığını kadere bağladığını ifade ettiği belirlendi. Hastaların %64.5'inin (n=140) ailesinde tüberküloz hastası bulunmadığı, %64.5'inin (n=140) tüberküloz hastalığından dolayı hastaneye ilk kez yattıkları, tüberküloz hastalığına yakalandıktan sonra %45.6'sının (n=99) aile içi ilişkilerinin arttığı, %50.7'sinin (n=110) komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinin değişmediği, büyük bir çoğunluğunun (%93.1; n=202) tedaviyi kendi isteği ile sürdürdüğü ve yine büyük çoğunluğunun (%82.5; n=179) iyileşebileceğini düşündüğü görüldü.

6.2. Hastaların Tedaviye Uyum ve Sosyal Destek Düzeyleri ve Birbiriyle İlişkisi ile İlgili Bulgular

Tablo 6.2.1. Hastaların TUBÖ'nden Aldıkları Puanlar (N=217)

Özellikler	Min-Max	Ort±SS
Bakıma toplumsal bakış	42.5-100	79.08±9.98
Tedavi planının yararlılığını algılamak	50-100	83.39±10.55
Hastalığın önemini algılamak	20-80	38.66±12.77
Hastalığa duyarlılığı algılamak	20-90	45.20±13.71
Tedavi planına uyumda niyetler	80-100	89.12±8.85
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	40-100	77.33±13.13
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	20-100	40.86±18.65

Tablo 6.2.1.'de, hastaların TUBÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde; Tedavi planına uyumda niyetler alt ölçeğinden alınan puanların 89.12±8.85, Tedavi planının yararlılığını algılamak alt ölçeğinden alınan puanların 83.39±10.55, Bakıma toplumsal bakış alt ölçeğinden alınan puanların 79.08±9.98, Tedaviye planına uyumda destek ve engeller alt ölçeğinden alınan puanların 77.33±13.13 olduğu saptandı. Diğer alt ölçeklerden alınan puanların orta düzeyde olduğu görüldü.

Tablo 6.2.2. Hastaların ÇBASDÖ'nden Aldıkları Puanlar (N=217)

Özellikler	Min-Max	Ort±SS
Aile	11-28	25.80±3.46
Arkadaşlar	4-28	22.69±5.67
Özel İnsan	4-28	18.04±9.68
Toplam Puan	36-84	66.53±14.41

Tablo 6.2.2.'de hastaların ÇBASDÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde; ölçeğin toplamından alınan puanların minimum 36 ve maksimum 84 arasında değiştiği, ortalamasının 66.53±14.41 olduğu saptandı.

ÇBASDÖ'nin Aile alt ölçeğinden alınan puanlar 25.80±3.46, Arkadaşlık alt ölçeğinden alınan puanlar 22.69±5.67, Özel İnsan alt ölçeğinden alınan puanlar 18.04±9.68 olarak belirlendi.

Tablo 6.2.3. TUBÖ ve ÇBASDÖ'nin Birbiriyle İlişkisi (N=217)

TUBÖ	ÇBASDÖ			Toplam Puan
	Aile	Arkadaşlar	Özel İnsan	
Bakıma toplumsal bakış	0.21**	0.16*	0.18*	0.24**
Tedavi planının yararlılığını algılamak	0.29**	0.27**	0.22**	0.33**
Hastalığın önemini algılamak	-0.27**	-0.35**	-0.25**	-0.37**
Hastalığa duyarlılığı algılamak	-0.26**	-0.38**	-0.19**	-0.34**
Tedavi planına uyumda niyetler	0.11	0.14*	0.14*	0.18**
Tedaviye planına uyumda destek ve engeller	0.33**	0.31**	0.22**	0.35**
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	0.21**	0.18**	0.02	0.14*

Pearson Korelasyon analizi kullanıldı * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tablo 6.2.3.'de, TUBÖ ve ÇBASDÖ'den alınan puanların birbiriyle ilişkisine bakıldığında; TUBÖ'nin bakıma toplumsal bakış, tedavi planının yararlılığını algılamak, tedavi planına uyumda niyet, tedavi planına uyumda destek ve engeller, tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçekleri ile ÇBASDÖ ve alt ölçekleri arasında pozitif, hastalığın önemini algılamak ve hastalığa duyarlılığı algılamak alt ölçekleri ile ise negatif korelasyonlar saptandı ($p < 0.01$).

6.3. Hastaların Tedaviye Uyum ile Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.3.1. Hastaların Cinsiyetlerine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=217)

TUBÖ	Cinsiyet		<i>t</i>	<i>p</i>
	Erkek	Kadın		
	n=150	n=67		
	Ort±SS	Ort±SS		
Bakıma toplumsal bakış	78.73±10.50	79.85±8.72	-0.761	0.447
Tedavi planının yararlılığını algılamak	83.27±10.72	83.65±10.24	-0.251	0.802
Hastalığın önemini algılamak	38.67±12.91	38.66±12.54	0.005	0.996
Hastalığa duyarlılığı algılamak	46.00±14.04	43.43±12.86	1.276	0.203
Tedavi planına uyumda niyetler	88.87±8.86	89.70±8.87	-0.641	0.522
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	77.17±13.61	77.68±12.07	-0.269	0.788
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	37.91±18.01	47.46±18.48	-3.579	0.001**

Student t test kullanıldı

**** $p < 0.01$**

Hastaların cinsiyetine göre değerlendirildiğinde; kadınların tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeğinden aldıkları puanların, erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0.001$); diğer alt ölçeklerde ise cinsiyete göre anlamlı bir farkın olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 6.3.2. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=217)

TUBÖ	Eğitim Durumu				F	p
	Okur-					
	Yazar	İlkokul	Lise	Üniversite		
	n=16	n=108	n=84	n=9		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Bakıma toplumsal bakış	77.65±6.55	79.09±10.95	78.96±9.48	82.50±7.18	0.462	0.709
Tedavi planının yararlılığını algılamak	81.56±5.62	82.78±10.68	84.11±11.25	87.22±8.61	0.804	0.493
Hastalığın önemini algılamak	39.37±6.80	39.35±12.86	38.27±13.81	32.78±8.70	0.782	0.505
Hastalığa duyarlılığı algılamak	44.06±8.21	45.41±14.1	46.01±13.07	37.22±10.93	1.162	0.325
Tedavi planına uyumda niyet	83.44±7.46	89.17±8.85	90.06±8.86	90.00±8.66	2.599	0.031*
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	80.62±5.74	77.64±13.73	76.01±13.55	80.00±10.90	0.759	0.518
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	45.83±12.62	41.91±20.26	38.89±17.34	37.78±19.15	0.887	0.448

Oneway ANOVA test kullanıldı

*p<0.05

Hastaların eğitim durumlarına göre tedavi planına uyumda niyetler alt ölçeği dışındaki diğer alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; yalnızca okur-yazar olan hastaların tedavi planına uyumda niyetler alt ölçeğinden aldıkları puanların lise mezunu olan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (p=0.031).

Tablo 6.3.3. Hastaların Sosyal Statülerine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=217)

TUBÖ	Sosyal Statü					F	p
	Serbest Meslek	İşçi	Emekli	Ev Hanımı	Öğrenci		
	n=61	n=45	n=42	n=56	n=13		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Bakıma toplumsal bakış	77.95±8.83	79.94±10.08	77.97±13.17	80.49±9.07	78.84±6.00	0.686	0.602
Tedavi planının yararlılığını algılamak	82.46±11.54	84.50±10.52	82.91±9.67	83.48±10.83	85.00±7.90	0.337	0.853
Hastalığın önemini algılamak	39.67±13.22	38.11±13.70	38.93±12.99	38.03±37.69	37.69±8.80	0.171	0.953
Hastalığa duyarlılığı algılamak	48.11±14.06	44.78±14.84	44.40±13.12	43.48±13.88	43.07±7.23	1.033	0.391
Tedavi planına uyumda niyet	88.03±8.77	90.44±8.84	88.33±8.74	89.55±8.96	90.38±9.67	0.660	0.620
Tedaviplanına uyumda destek ve engeller	74.67±14.43	77.33±14.94	79.52±10.75	78.12±12.63	79.23±7.59	1.038	0.389
Tedaviplanına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	34.31±15.86	40.59±21.31	42.70±16.53	48.09±19.52	35.38±12.29	4.665	0.001**

*Oneway ANOVA test kullanıldı******* $p < 0.01$

Hastaların sosyal statülerine göre tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeğinden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p=0.001$), bu farkın ev hanımlarının serbest meslek sahibi olan hastalara göre daha yüksek puan almasından kaynaklandığı; diğer alt ölçeklerde ise sosyal statüye göre anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlendi.

Tablo 6.3.4. Hastaların Sosyal Güvencesine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=217)

TUBÖ	Sosyal Güvence		<i>t</i>	<i>p</i>
	Var	Yok		
	n=180	n=37		
	Ort±SS	Ort±SS		
Bakıma toplumsal bakış	79.65±10.11	76.28±8.91	1.882	0.061
Tedavi planının yararlılığını algılamak	83.90±9.96	80.88±12.94	1.593	0.113
Hastalığın önemini algılamak	38.00±12.16	41.89±15.15	-1.468	0.149
Hastalığa duyarlılığı algılamak	44.44±13.17	48.92±15.77	-1.817	0.071
Tedavi planına uyumda niyet	89.44±8.86	87.57±8.79	1.175	0.241
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	79.05±11.85	68.92±15.77	3.700	0.001**
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	42.18±19.28	34.41±13.65	2.332	0.021*

Student t test kullanıldı * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tablo 6.3.4 de görüldüğü gibi sosyal güvencesi olan hastaların tedavi planına uyumda destek ve engeller ($p=0.001$) ile tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeklerinden aldıkları puanların ($p=0.021$) daha yüksek olduğu, diğer alt ölçeklerde ise sosyal güvence varlığına göre anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 6.3.5. Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=217)

TUBÖ	Birlikte Yaşadıkları Kişiler			F	p
	Yalnız	Aile	Aile Dışı		
	n=19	n=181	n=17		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Bakıma toplumsal bakış	80.00±13.89	78.91±9.83	79.85±6.02	0.157	0.855
Tedavi planının yararlılığını algılamak	84.47±7.97	83.31±10.66	82.94±12.28	0.119	0.888
Hastalığın önemini algılamak	36.31±12.34	38.87±12.78	39.12±13.60	0.353	0.703
Hastalığa duyarlılığı algılamak	40.52±11.04	45.85±13.90	43.53±13.89	1.443	0.239
Tedavi planına uyumda niyet	89.47±8.80	89.25±8.87	87.35±9.03	0.372	0.690
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	77.89±13.36	77.43±13.04	75.59±14.46	0.171	0.843
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	30.88±11.59	41.91±19.42	40.78±13.10	3.070	0.037*

Oneway ANOVA test kullanıldı

* $p < 0.05$

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeğinden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği ($p=0.037$), bu farkın yalnız yaşayan hastaların ailesi ile yaşayan hastalara göre daha düşük puan almasından kaynaklandığı; diğer alt ölçeklerde ise birlikte yaşanan kişiye göre anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 6.3.6. Hastaların Gelir Düzeyine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=217)

TUBÖ	Gelir Düzeyi			F	p
	İyi	Orta	Kötü		
	n=26	n=140	n=51		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Bakıma toplumsal bakış	80.57±9.91	78.70±9.75	79.36±10.72	0.414	0.661
Tedavi planının yararlılığını algılamak	87.02±8.45	84.07±9.26	79.65±13.58	5.215	0.006**
Hastalığın önemini algılamak	33.46±9.56	38.11±12.15	42.84±14.67	5.220	0.006**
Hastalığa duyarlılığı algılamak	41.15±12.19	44.00±11.86	50.59±17.45	5.857	0.003**
Tedavi planına uyumda niyet	90.00±8.72	89.43±8.92	87.84±8.79	0.742	0.477
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	80.19±9.84	79.03±10.66	71.17±18.15	7.868	0.001**
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	43.07±19.06	40.19±17.04	41.57±22.57	0.309	0.735

Oneway ANOVA test kullanıldı * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tablo 6.3.6. da görüldüğü gibi, hastaların gelir düzeyine göre TUBÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; gelir düzeyi kötü olan hastaların tedavi planının yararlılığını algılamak alt ölçeğinden gelir düzeyi iyi olan hastalara göre ($p=0.006$); tedavi planına uyumda destek ve engeller alt ölçeğinden ise gelir düzeyi hem iyi hem de orta olan hastalara göre ($p=0.001$) anlamlı derecede daha düşük puan aldıkları belirlendi.

Gelir düzeyi kötü olan hastaların hastalığın önemini algılamak ($p=0.006$) ve hastalığa duyarlılığı algılamak ($p=0.003$) alt ölçeğinden aldıkları puanlar, gelir düzeyi iyi ve orta düzeyde olan hastaların puanlarından anlamlı şekilde yüksek olarak bulundu.

Tablo 6.3.7. Hastaların Yaşadığı Konut Tipine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=217)

TUBÖ	Konut Tipi		<i>t</i>	<i>p</i>
	Apartman	Müstakil		
	n=151	n=66		
	Ort±SS	Ort±SS		
Bakıma toplumsal bakış	79.24±9.78	78.71±10.47	0.357	0.722
Tedavi planının yararlılığını algılamak	84.82±9.97	80.11±11.18	3.079	0.002**
Hastalığın önemini algılamak	36.92±11.87	42.65±13.90	-3.102	0.002**
Hastalığa duyarlılığı algılamak	43.24±12.40	49.70±15.51	-2.987	0.004**
Tedavi planına uyumda niyet	90.00±8.92	87.12±8.41	2.223	0.027*
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	78.87±11.48	73.79±15.83	2.353	0.021*
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	40.57±16.76	41.51±22.52	-0.305	0.761

Student t test kullanıldı * *p*<0.05 ** *p*<0.01

Tablo 6.3.7. de görüldüğü gibi; apartmanda yaşayan hastaların tedavi planının yararlılığını algılamak ($p=0.002$), tedavi planına uyumda niyet, tedavi planına uyumda destek ve engeller ($p=0.02$) alt ölçeklerinden aldıkları puanlar müstakil evde yaşayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Buna karşılık, müstakil evde yaşayan hastaların hastalığın önemini algılamak ($p=0.002$) ve hastalığa duyarlılığı algılamak ($p=0.004$) alt ölçeklerinden aldıkları puanlar apartmanda yaşayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 6.3.8. Hastaların Tedavi Süresi ile TUBÖ'den Aldıkları Puanların İlişkisi (N=217)

TUBÖ	Tedavi Süresi	
	r	p
Bakıma toplumsal bakış	-0.02	0.792
Tedavi planının yararlılığını algılamak	-0.27	0.001**
Hastalığın önemini algılamak	0.28	0.001**
Hastalığa duyarlılığı algılamak	0.23	0.001**
Tedavi planına uyumda niyet	-0.09	0.188
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	-0.24	0.001**
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	0.05	0.485

*Pearson Korelasyon analizi kullanıldı ** p<0.01*

Tablo 6.3.8. de, tedavi süresi ile TUBÖ'den alınan puanların ilişkisi incelendiğinde; tedavi süresi ile tedavi planının yararlılığını algılamak ve tedavi planına uyumda destek ve engeller alt ölçeklerinin puanları arasında negatif yönde, tedavi süresi ile hastalığın önemini algılamak ve hastalığa duyarlılığı algılamak alt ölçeklerinin puanları arasında ise pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (p=0.001).

Tablo 6.3.9. Hastaların Hastalıklarını İlk Duyduklarında Hissettiklerine Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=217)

Hastalığı İlk Duyduğunda Hissedilenler						
TUBÖ	Üzülme	Kabullenememe	Kabullenme	Kadere Bağlama	F	p
	n=72	n=37	n=36	n=72		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
Bakıma toplumsal bakış	80.00±9.78	81.21±10.91	78.40±8.68	77.39±10.16	1.519	0.210
Tedavi planının yararlılığını algılamak	84.62±11.15	86.48±10.55	82.98±9.81	80.76±9.84	2.969	0.033*
Hastalığın önemini algılamak	37.43±12.01	38.11±15.82	36.94±12.03	41.04±12.01	1.303	0.275
Hastalığa duyarlılığı algılamak	45.28±13.71	42.16±13.57	45.41±14.75	46.59±13.29	0.857	0.465
Tedavi planına uyumda niyet	90.28±8.75	91.21±9.67	89.86±8.74	86.53±8.12	3.349	0.020*
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	78.12±10.73	79.59±14.55	77.08±14.06	75.48±14.07	0.931	0.426
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	42.22±17.65	41.62±23.43	33.89±15.56	42.59±18.64	2.062	0.106

Oneway ANOVA test kullanıldı

* $p < 0.05$

Tablo 6.3.9. da görüldüğü gibi, hastaların hastalığını ilk duyduklarında hissettiklerine göre TUBÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; hastalığını kabullenmediğini ifade edenlerin tedavi planının yararlılığını algılamak alt ölçeğinden aldıkları puanlar, hastalığını kadere bağladığını ifade edenlerin aldıkları puanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.033$). Hastalığını kadere bağladığını ifade edenlerin tedavi planına uyumda niyet alt ölçeğinden aldıkları puanlar, hastalığına üzüldüğünü ve hastalığını kabullenmediğini ifade edenlerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0.02$).

Tablo 6.3.10. Hastaların Tüberküloz Hastalığından Dolayı Hastaneye Yatış Sayısına Göre TUBÖ'den Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (N=217)

TUBÖ	Tüberküloz Hastalığından Dolayı Hastaneye Yatış Sayısı		<i>t</i>	<i>p</i>
	İlk Yatış	Tekrar Yatış		
	n=140	n=77		
	Ort±SS	Ort±SS		
Bakıma toplumsal bakış	79.02±8.68	79.19±12.05	-0.120	0.904
Tedavi planının yararlılığını algılamak	85.30±8.79	79.90±12.49	3.362	0.001**
Hastalığın önemini algılamak	37.28±11.57	41.17±14.44	-2.029	0.045*
Hastalığa duyarlılığı algılamak	43.36±12.21	48.57±15.62	-2.534	0.012*
Tedavi planına uyumda niyet	89.96±8.76	87.60±8.87	1.895	0.060
Tedavi planına uyumda destek ve engeller	78.53±11.00	75.13±16.16	1.651	0.101
Tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar	40.81±18.03	40.95±19.84	-0.054	0.957

Student t test kullanıldı * *p*<0.05 ** *p*<0.01

Tablo 6.3.10. da, görüldüğü gibi; hastaneye ilk kez yatan hastaların hastaneye tekrar yatan hastalara göre, tedavi planının yararlılığını algılamak alt ölçeğinden aldıkları puanlar anlamlı derecede yüksek ($p=0.001$); hastalığın önemini algılamak ($p=0.045$) ve hastalığa duyarlılığı algılamak ($p=0.012$) alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ise anlamlı derecede düşüktür.

Hastaların yaşı, medeni durumu, tüberküloz olduklarını söylebilmeleri, ailede başka tüberküloz hastası bulunması ve başka hastalıklarının bulunması ile TUBÖ'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

7.TARTIŞMA ve SONUÇ

Tüberküloz önlenilebilen ve tedavi edilebilen bir hastalık olmasına karşın, dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri tüberküloz basili ile enfektedir. Tüberküloz, özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tedavinin güç olması ve birçok antibiyotığın uzun süre kullanılması nedeniyle tüberküloz tedavi planına uyumsuzluk yaygındır. Tüberküloz tedavisine uyumsuzluk sıklığının %20-80 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Tüberküloz tedavisine uyumsuzluk hastalığın kontrolünde en ciddi engeldir. Çünkü tamamlanmayan tedavi enfeksiyon sürecinin uzamasına, ilaç direncine, hastalığın tekrarına ve ölüme yol açabilmektedir. Bununla birlikte, hastaların tedaviye uyumunu etkileyen faktörlerin ele alınması, tedavinin etkinliğini arttırabilir ve daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmaya yardım edebilir (30,36,69,78,91).

Çalışmalarda birçok faktörün tedaviye uyum ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmış, sosyal desteği yüksek olan hastalarda tedaviye uyumun arttığı ve tedaviyi terk etme riskinin azaldığı saptanmıştır (6,35,37,41,67).

Bu gerekçeler doğrultusunda, TUBÖ'nin tüberküloz'lu hastalarda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak, tedaviye uyumunu ve sosyal destek ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında üç ana başlık altında tartışıldı;

- 7.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- 7.2. Hastaların tedaviye uyum ve sosyal destek düzeyleri ve birbiriyle ilişkisi ile ilgili bulguların tartışılması
- 7.3. Hastaların tedaviye uyum ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Dünyadaki tüberküloz hastalarının %80'i 15-49 yaş arasında (77), ülkemizde ise %64'ü 15-44 yaş arasında yer almaktadır. Ergenlikten sonra progresif akciğer tüberkülozunun arttığı bilinmektedir (25). Çalışmamızda akciğer tüberkülozlu hastaların yaşları 18 ile 79 arasında değişmekte olup, ortalama yaşları 40.43 ± 15.30 'dur (Tablo 6.1.1). Karaoğlu ve ark.'nın (55) çalışmasında 35.7 ± 1.3 , Duyan ve Kulkul'un (33) çalışmasında 39.1, Aydın'ın (12) çalışmasında 35.2, Aghanwa ve Erhabor'un (1) çalışmasında 37.6 ± 14.0 bulduğu oranlarla benzerlik göstermektedir. Yaşam ve çalışma koşullarının erişkin yaşta daha fazla olumsuzluklar taşıması ve erken yaşlarda alınan tüberküloz basilinin bu yaşlarda olumsuz koşullara bağlı olarak aktif hale gelmesi de tüberküloz hastalığının erişkin yaşta ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir.

Tüberküloz erkeklerde kadınlara oranla iki kat fazla görülmektedir (25). Dünya genelinde bildirilen tüberküloz hastalarında erkek/kadın oranı 1.5-2.1'dir (31). Araştırmamıza katılan 217 hastanın %69.1'ini (n=150) erkek hastalar, %30.9'unu (n=67) kadın hastalar oluşturmakta ve erkek/kadın oranı 2.2'dir (Tablo 6.1.1). Marcia McDonnell'in (71) çalışmasında; hastaların %67.7'sini (n=44) erkek hastalar, % 32.3'ünü (n=21) kadın hastalar oluşturmakta ve erkek/kadın oranı 2.1'dir. Bu oran, Duyan ve ark.'nın (33) çalışmasında 2.6, Çil'in (25) çalışmasında 2.2, Demiralay'ın (29) çalışmasında 1.9, Şenyiğit ve ark.'nın (86) çalışmasında 2.7, Özbay, Gencer, Gülsün, Ceylan ve Şenel'in (75) çalışmasında 1.5 olarak bulunmuştur. Kırkıl, Özel, Turgut, Deveci ve Muz'un (59) yaptığı çalışmada belirgin bir cinsiyet farkı olmadığı belirtilmiştir. Tüberkülozun erkeklerde daha fazla görülmesini, erkeklerin alkol, sigara kullanma alışkanlığının yüksek olması, düzensiz ve yetersiz beslenmeleri, askerlik yapma, iş hayatında daha zor koşullarda çalışmak zorunda kalmaları gibi faktörlerin etkileyebileceğini düşünmekteyiz.

Tüberküloz hastalığı sosyokültürel seviyesi düşük kesimlerde daha sık görülmektedir (91). Çalışmamızda hastaların % 49.8'i ilköğretim mezunudur (Tablo 6.1.1). Marcia McDonnell'in (71) çalışmasında ise hastaların % 54.8'i (n=34) ilköğretim mezunudur. Anđ ve Uzun'un (7) çalışmasında ilköğretim mezunu olanların oranı %58, Çil'in (25) çalışmasında %47.5, Duyan ve ark.'nın (33)

çalışmasında %45 olarak belirtilmiştir. Bu bulgulara göre eğitim seviyesi ile tüberküloz hastalığının görülmesi arasında ters bir ilişki vardır ve bu ilişki sosyokültürel seviye düştükçe yaşam şartlarının daha da kötüleşmesi, hastalıklar konusunda bilinçlilik ve korunma durumunun azalması, hastaların tanı ve tedavi hizmetlerine ulaşamaması ile bağlantılı olabilir.

Çalışma hayatı, hastalık ve tedaviden kaynaklanan ekonomik kayıpların giderilmesine, bireyin öz saygısını yeniden güçlendirmesine, yaşamın daha doyumlu ve daha anlamlı geçmesine önemli katkıda bulunmaktadır (73). Araştırmamızda tüberküloz hastaları sosyal statüleri açısından incelendiğinde; %28.1'inin serbest meslek, %20.7'sinin işçi, %19.4'ünün emekli, %25.8'inin ev hanımı ve %6'sının öğrenci olduğu görüldü. Marcia McDonnell'in (71) çalışmasında hastaların %35.5'inin işsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1.1). Kolsuz ve ark.'nın (62) çalışmasında tüberküloz hastalarının %17.7'sinin serbest meslek, %19.7'sinin işçi, %14.2'sinin ev hanımı, %11.4'ünün işsiz; Kıyak, Günerhan, Temiz ve Hacıoğlu'nun (60) çalışmasında %24.6'sının serbest meslek sahibi, %20.5'inin ev hanımı, %10.6'sının işsiz olduğu görülmüştür. Bu işsizlik oranları tüberküloz hastalığının gelişmesi sonucunda kişinin sağlık problemleri ya da damgalanma, dışlanma gibi nedenlerle işini kaybetmesi ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda ise işsiz yoktur bu nedenle de diğer çalışmalarla ve literatür bilgisi ile benzerlik göstermemektedir.

Tüberküloz uzun süre tedavi gerektiren bir hastalıktır (30,91). Tüberküloz ilaçları ücretsiz olarak Verem Savaş Dispanseri'nden karşılanmaktadır. Ancak tüberküloz tanısının konulabilmesi için tanılama yöntemlerinin bir sağlık kuruluşunda yapılması gerekmektedir. Bireylerin sosyal güvencelerinin olması sağlık kurumlarına ulaşmada kolaylık sağlamaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumlarına bakıldığında; %82.9'unun sosyal güvenceye sahip olduğu görüldü (Tablo 6.1.1). Bu oran Aydın'ın (12) çalışmasında %73, Duyan ve ark.'nın (33) çalışmasında ise %45 olarak bulunmuştur.

Bekarlık, dul olma ya da ayrı yaşama durumu tüberküloz için risk faktörüdür (90,91). Çalışmamızda ise tüberküloz hastalarının %69.1 (n=150) gibi büyük çoğunluğunun evli olduğu saptandı (Tablo 6.1.1). Bu oran Ünalın'ın (91) çalışmasında %70.4, Özbay, Gencer, Gülsün, Ceylan ve Şenel'in (75) çalışmasında

%66.2, Duyan ve ark.'nın (33) çalışmasında ise %66.7 olarak bulunmuştur ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ancak bu sonuçlar literatür bilgisi ile çelişmektedir.

Fiziksel hastalık kişinin homeostatik dengesini sarsar ve emosyonel tepkiye neden olur. Tüberküloz gerek oluşturmuş olduğu fiziki rahatsızlık ve sosyal problemler gerekse uzun süreli tedavi ihtiyacı gibi nedenlerin yanı sıra hakkında olumsuz kanaatlerin bulunması nedeniyle de kabullenilmesi zor bir hastalıktır (92). Araştırmamızda hastaların hastalıklarını ilk duyduklarında neler hissettiklerine göre dağılım incelendiğinde; araştırma kapsamındaki hastaların %33.2'sinin (n=72) hastalığına üzüldüğü, %17.1'inin (n=37) hastalığını kabullenemediği, %16.6'sının (n=36) hastalığını kabullendiği, %33.2'sinin (n=72) hastalığını kadere bağladığı görüldü (Tablo 6.1.2). Ünal ve ark.'nın (92) yaptığı çalışmada, hastaların hastalıklarına tepkileri sorgulandığında; %75.5'i kabullenme, %43.4'ü üzülmeye, %28.6'sı ise korku, karamsarlık, endişe ve öfke yaşama gibi tepkiler gösterdikleri ortaya konmuştur. Arıkan ve ark.'nın (92) yaptığı çalışmada, hastaların %38'inin, hastalığı kadere bir anlayışla kabullendiğini ve tüberkülozla ilgili herhangi bir emosyonel tepki tanımlamadıklarını belirtmişlerdir. Khan (92) ise hastaların %72.2'sinin kaygılı, sinirli ya da konulan teşhis yüzünden hayal kırıklığına uğradığını, %27.8'inin teşhisi başlangıçta kabul etmediğini bulmuştur.

Tüberküloz hastalığında gerek enfeksiyon gerekse hastalanma açısından en büyük risk grubunu hastaların aynı çatı altında birlikte yaşadığı ailesi oluşturmaktadır (83). Çalışmamızda hastaların %35.5'inin (n=77) ailesinde kendisinden başka tüberküloz hastası bulunmaktadır (Tablo 6.1.2). Özbay ve ark. (75) ailede diğer tüberküloz hastalarının varlığını %19 olarak belirtirken Arınç ve ark. (8) %6.8 olarak belirtmişlerdir. Bu sonuçlar bize tüberküloz mücadelesinde, aile üyelerinin tüberküloz açısından taranmalarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Tüberküloz basili ile yılda yaklaşık olarak 8-10 milyon kişi enfekte olmaktadır. Ülkemizde, Verem Savaş Dispanserleri tarafından yapılan çalışmalarda eski tüberküloz hastalarının oranı %13-16 olarak bildirilmektedir (39). Çalışmamızda tüberküloz hastalığından dolayı hastaneye yatma sıklığına bakıldığında; hastaların

%64.5'inin (n=140) ilk yatış, %35.5'inin (n=77) tekrar yatış oldukları görüldü (Tablo 6.1.2). Ünalın ve ark.'nın (92) çalışmasındaki hastaların % 89.8'i yeni yatış, %12.2'si tekrar yatıştır.

Tüberküloz, diabetes mellitus, HIV enfeksiyonu, lösemi, kronik böbrek yetersizliği gibi bazı hastalıkların varlığında daha fazla görülmektedir (77). Araştırmamızda hastaların tüberküloz dışında ek hastalık durumu incelendiğinde; %32.7'sinin (n=71) ek hastalığı bulunduğu saptandı (Tablo 6.1.2). Çil (25) çalışmasında hastaların %15'inde ilave hastalık olduğunu belirtmiştir. Ünalın ve ark.'nın (92) çalışmasında hastaların %26.5'inde tüberküloza eşlik eden bir hastalık olduğu tespit edilmiştir. En sık eşlik eden hastalıkların ise; %8.2 diabetes mellitus %7.7 hipertansiyon, %5.1 kronik obstrüktif akciğer hastalığı olduğu görülmüştür. Bu bulgular, başka hastalıkların varlığının tüberküloz gelişmesine zemin oluşturduğu sonucunu ortaya koyabilir.

Tüberkülozlu hasta bireyin varlığı ailenin işlevselliğini değiştirir ve tüm aile üyelerini etkiler (23,52,79). Hastaların hastalığa yakalanma ile birlikte kendi yaşantılarında, aile ve çevre ilişkilerinde farklı durumlar ortaya çıkabilmektedir. Çevre tarafından dışlanma ya da yakın aile çevresi tarafından acıma duygusu ile birlikte aşırı koruma, pasif hale getirme yani aktif hayattan koparma tutumları olabilmektedir (91). Çalışmamızda hastaların %12'si tüberküloz hastalığından sonra aile içi ilişkilerinin azaldığını ve aile düzeninin bozulduğunu ifade etti (Tablo 6.1.2). Duyan ve ark. (33) çalışmasında hastaların %20'si aile rutininde, %34.2'si aile üyeleri ile konuşmada, %25.9'u önemli meselelerin paylaşılmasında, %9.2'si aile üyeleri arasındaki gergin ilişkilerde, %16.7'si diğer aile üyelerinin desteklenmesinde azalma olduğunu belirtmiştir. Ünalın'ın (91) çalışmasında hastaların %5.6'sı aile içi ilişkilerin bozuk olduğunu belirtmiştir.

Tüberküloz gibi kronik hastalıklar hastaların sadece fiziksel sağlık durumlarını değil aynı zamanda da sosyal, psikolojik ve ekonomik refahlarını da etkilemektedir (80). Tüberküloz hastalarının, aile üyeleri, arkadaşları ve tanıdıkları tarafından dışlandıkları ve damgalanmaya maruz kaldıkları, yalnızlık, terk edilmişlik hissi, depresyon ve anksiyete, sınırlılıklarına bağlı olarak da gelecek hakkında belirsizlik ve kaygı yaşadıkları bildirilmektedir (47). Çalışmamızda hastaların % 21.7'si

tüberküloz hastalığından sonra komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinin azaldığını belirtti (Tablo 6.1.2). Duyan ve ark. (33) çalışmalarında hastaların %19.2'sinin komşuluk ilişkilerinde, %20'sinin arkadaşlık ilişkilerinde azalma olduğunu ifade ettiğini göstermiştir. Ünalın (91) çalışmasında hastaların %10.7'sinde toplum tarafından dışlanma olduğunu belirtmiştir. Kelly (57) yaptığı çalışmada tüberküloz hastalarının tanıları kesinleştikten sonra ailelerinden ya da arkadaşlarından uzaklaştıklarını, kendilerini izole ettikleri ve hastalıklarını gizleme yoluna başvurduklarını belirtmiştir.

Tüberküloz tedavisinin başarısında kişilerin iyileşebileceklerine inanmaları etkili faktörlerden biridir. Ayrıca kişinin hastalığına bakışı da tedaviye uyumuna olumlu veya olumsuz yönde etkiler (91). Çalışmamızda hastaların %82.5'i iyileşebileceğini düşünmektedir (Tablo 6.1.2). Duyan ve ark. (33) çalışmasında hastaların %88.3'ü iyileşebileceklerine inandıklarını ifade etmiştir. Rajeswari ve Muniyandi (80) çalışmalarında, erkeklerin %2'sinin, kadınların %3'ünün tüberkülozdan öleceğini düşündüklerini, Marra et. al (70) hastaların %33'ünün tedavi olacaklarına inandıklarını bildirmişlerdir. Ünalın'ın (91) çalışmasında da hastaların %86.7'si tedavisinin mümkün olduğuna inanmaktadır. Bu bulgular bulgularımızla paralellik göstermektedir.

7.2. Hastaların tedaviye uyum ve sosyal destek düzeyleri ve birbiriyle ilişkisi ile ilgili bulguların tartışılması

Literatür tüberküloz tedavisinde başarının tüm tedavi boyunca ilaçların düzenli olarak alınması ile mümkün olduğunu belirtmektedir (21,53,68).

Çalışmamızda hastaların TUBÖ'nden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; alt ölçeklerden alınan puanların genel olarak yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 6.2.1). En yüksek puanlara sahip alt ölçekler ve ortalamaları sırasıyla tedavi planına uyumda niyet **89.1**, tedavi planının yararlılığını algılamak **83.3**, bakıma toplumsal bakış **79.0** ve tedaviye uyumda destek ve engeller **77.3** dir. Marcia McDonnell'in (71) çalışmasında da hastaların TUBÖ'nden aldıkları puanlara baktığımızda en yüksek alt ölçekler ve ortalamaları yine sırasıyla tedavi planına uyumda niyet **90.6**, tedavi planının yararlılığını algılamak **87.7**, bakıma toplumsal bakış **86.1** ve tedaviye uyumda destek ve engeller **83.3** dir. Marcia McDonnell'in yaptığı çalışmada da TUBÖ'den alınan puanların bulgularımıza paralel olduğu görülmüştür.

Birçok çalışmada tüberküloz hastalarında tedaviyi terk etme ve tamamlama ile ilgili verilerin tedaviye uyumu belirlemek için kullanıldığı dikkati çekmektedir. DSÖ tarafından tedaviyi terk etme, "tüberküloz tedavisine ardışık olarak iki ay ve daha fazla ara verilmesi" şeklinde tanımlanmaktadır (11). Tüberküloz tedavisine uyumu inceleyen çalışmalarda uyumu; Ailinger ve ark. (2) 1.ayda %84, 8.ayda %34, Szakacs ve ark. (84) %72, Lavigne ve ark. (64) %72, Balbay ve ark. (14) %65.5, Karagöz ve ark. (54) %67.7 bulmuşlardır. Literatürde tedaviye uyumsuzluğun yaygın olduğundan bahsedilmektedir ancak bulduğumuz çalışma sonuçlarında tedaviye uyum oranları yüksektir. Çalışmamızda da tedaviye uyum ile ilgili puanların yüksek çıkması araştırmanın gerçekleştirildiği hastanenin sağlık bakanlığına bağlı tüberkülozla ilgili en büyük hastane olması, hastaların ilaçlarını hastanemizden almak zorunda olması, çalışan hastalara çalışabilir durumda olduğuna dair raporun hastanemizce verilmesinin zorunlu olması ve çalışan personelin tüberkülozla ilgili iyi bilgiye sahip olmasının tedaviye uyuma olumlu katkısı olarak yorumlanabilir ve sevindirici bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Baş etme kaynağı olarak büyük rolü olan sosyal destek, stres verici yaşam olaylarına ve stresin zararlı etkilerine karşı da kişiyi korumaktadır (34). Hastalar için aileleri tarafından korunduklarını bilmek büyük önem taşır; hastaların ailelerinin ve arkadaşlarının yanında olması kendilerine cesaret verir, umudunu sürdürmesini sağlar, hastalığı ile mücadele etmelerinde yardımcı olur. Algılanan sosyal destek kaynakları içinde en önemlisi eş ve aile desteğidir (72). Bensıra ve Eliezer miyokard infarktüsü geçiren hastalarda eş desteğinin hastanın hastalığına uyumunu artırdığını, kendisini daha değerli hissetmesini sağladığını ve fiziksel sınırlılıklarda daha kolay baş etmesine yardımcı olduğunu bildirmektedir (18).

Çalışmamızda hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalaması (66.5 ± 14.4) alınabilecek en yüksek puanın 84 olduğu düşünüldüğünde yüksek olarak bulundu ve en fazla sosyal desteğin aile tarafından sağlandığı görüldü (Tablo 6.2.2). Literatürde tüberküloz hastalarında ÇBASDÖ'ni kullanarak sosyal destek durumunu inceleyen çalışmaya ulaşılamamakla birlikte, Erdem ve Taşçı (37) çalışmalarında tüberküloz hastalarının %80.3'ünün çevresinden sosyal destek gördüğünü ifade ettiğini belirlemiştir. Öz'ün miyokard infarktüsü geçiren hastalarda yapmış olduğu bir çalışmada ise sosyal destek puan ortalaması 63.4 olarak belirlenmiş ve yine en fazla desteğin aile tarafından sağlandığı bulunmuştur (72). Hastalarımızda sosyal desteğin yüksek olması sevindirici bir bulgu olarak değerlendirildi.

Sosyal desteği yeterli ve yüksek olan hastaların hastalıklarına daha kolay uyum sağlayacakları, sorunlarla daha iyi başa çıkabilecekleri ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olacağı öngörülmektedir. Stresli yaşam olayları karşısında, sosyal destek düzeyleri yüksek olan bireylerin gösterdikleri davranış sorunları, sosyal destek düzeyleri düşük olanlara göre daha azdır (41,67,81).

Çalışmamızda TUBÖ ve ÇBASDÖ'den alınan puanların birbiriyle ilişkisi incelendiğinde; TUBÖ'nin alt ölçeklerinin puanı ile ÇBASDÖ alt ölçekleri ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı korelasyonların olduğu; genel olarak sosyal destek arttıkça tedaviye uyumun da arttığı saptandı (Tablo 6.2.3).

Yapılan birçok çalışmada sosyal desteği yüksek olan hastalarda tedaviye uyumun arttığı ve tedaviyi terk etme riskinin azaldığı saptanmıştır (3,21,50,66,87). Çil'in yapmış olduğu bir çalışmada da toplumun tüberkülozlu bireylere karşı olan tutumunun, tüberküloz algılarının ve tüberküloz hakkındaki inançlarının tedavi başarısını etkilediği ortaya konulmuştur (25). Tocque ve arkadaşlarının (88) yaptığı çalışmada tüberkülozlu hastaların sosyal yaşantılarının olumsuz yönde etkilendiği, daha izole bir yaşamı tercih ettikleri bulunmuş, bu durumun kronik hastalığın psikolojik yansımaları ya da toplum tarafından damgalanma hissine bağlı olabileceği belirtilmiştir. Tüberkülozdaki bu sosyal damgalanmanın bireyin toplumdan, arkadaşlarından ve aileden dışlanmasına, teşhisini kabullenmemesine ve tedaviyi reddetmesine yol açabileceği de belirtilmiştir. Erdem ve Taşçı'nın (37) 2003'te yapmış oldukları çalışma ile tüberküloz hastalarının ailesi ve çevresi ile olan ilişkilerinin değişmesinin ve sosyal destek görmemesinin tedaviye uyumunu düşürdüğü belirlenmiştir. Literatürde yer alan çeşitli araştırmalarda tüberkülozlu hastaların arkadaşları ve komşuları tarafından dışlanma korkusu ile iş çevresi ve arkadaşlarına hastalıklarını söyleyemedikleri, aile, cinsel ve iş yaşantılarının olumsuz yönde etkilendiği, yaşam kalitelerinin düştüğü ve sosyal açıdan olumsuz etkilendikleri belirtilmektedir (30). Tüberküloz tedavi edilmediğinde toplum üzerindeki tehlikeli sonuçlarının yanı sıra, toplumun da tüberkülozlu hasta üzerine etkisi vardır. Hastalığın bulaşıcı olduğunun bilinmesi nedeniyle, hasta bazen hastalığının çevresi tarafından bilinmesini istemez. Bu durum özellikle evlilik çağındaki kişilerce ve patronları tarafından hastalıklarının bilinmesini istemeyen işçilerde görülür. Bu durum tanıyı geciktirebileceği gibi, daha sonraki günlerde tedavi uyumunu da etkileyebilir. Toplumun hastalık hakkındaki yanlış bilgileri (mikrop bulaşmasını diye havlu, çatal, kaşığı ayırma ve ayrı yıkama gibi) faydalı olmadığı gibi hastanın psikolojik durumunu da kötü etkiler ve tedaviyi yarım bırakmasına neden olabilir (78).

Çalışma grubumuzdaki hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olması tedaviye uyumlarının yüksek olmasını da açıklar nitelikte bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Bu sonuç **tüberküloz hastalarında sosyal destek tedaviye uyumu artırır hipotezimizi** doğrulamaktadır.

7.3. Hastaların tedaviye uyum ile tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Tüberküloz hastalarında tedaviye uyumda cinsiyetin etkisi konusunda farklı görüşler yer almaktadır (14,28,30). Çalışmamızda kadın hastaların tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeğindeki uyum puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu; diğer alt ölçeklerde kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı (Tablo 6.3.1). Dilek (30)'in çalışmasında ise hastaların cinsiyetinin tüberküloz tedavisine uyum konusunda etkili olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeğinden kadınların daha yüksek puan alması toplumdaki edilgen rolleriyle ilişkili olarak aile, yakın arkadaş ve akrabaların görüşlerine erkeklere göre daha fazla önem vermelerinin sonucu olarak değerlendirilebilir.

Literatürde genel kanı olarak öğrenim düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye uyumunun arttığı ve tedaviyi terk etme riskinin azaldığı belirtilmektedir (19,25). Çalışmamızda eğitim durumlarına göre tedaviye uyum puanlarının değişmediği, yalnızca lise mezunu olan hastaların tedavi planına uyumda niyetler alt ölçeğinden okur-yazar olan hastalardan daha yüksek puan aldıkları saptandı (Tablo 6.3.2). Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin tedaviye uyumda hem etkili olduğunu hem de etkili olmadığını gösteren bulgular yer almaktadır. Örneğin; Çil'in (25) çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe tedaviye uyumun arttığı, Dilek'in (30) çalışmasında ise hastaların eğitim düzeylerinin tüberküloz tedavisine uyumu etkilemediği belirtilmektedir. Bulgumuz doğrultusunda tüberküloz hastalığının doğası gereği hastaların eğitim düzeyi ile ilişkili olmaksızın sosyal yaşamlarının olumsuz etkilenmesi ve damgalanma korkusu ile tedaviye uyumda güçlük yaşadıkları kanısına varıldı.

Çalışmamızda sosyal statüye göre genel olarak tedaviye uyumun değişmediği görülürken, ev hanımı olan hastaların tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeğinden aldıkları puanlar serbest meslek sahibi olan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Tablo 6.3.3). Çil'in (25) çalışmasında ise işçilerde tedaviyi tamamlamama oranının tamamlayanlara göre 3 kat fazla olduğu görülmüştür. Durna ve arkadaşlarının (32) çalışmasında da risk

faktörlerinin işçi grupta daha fazla olduğu belirlenmiş, ilaç alımına ilişkin özbakım aktivitelerinin ise emekli, öğretmen ve öğrenci grubunda daha iyi olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda ev hanımları ile serbest meslek sahibi tüberküloz hastalarının tedaviye uyumlarının karşılaştırılmasına yönelik bir veriye rastlanmamıştır. Ev hanımlarının bayan olması nedeniyle bu sonucun cinsiyetle ilişkili olarak değerlendirilmesinin uygun olacağı kanısına varıldı.

Literatürde sosyal güvencesi olan hastalarda tedaviye uyumun daha fazla olduğu belirtilmektedir (63). Çalışmamızda da sosyal güvencesi olan hastaların tedavi planına uyumda destek ve engeller ile tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeklerinden aldıkları puanlar yüksek bulundu (Tablo 6.3.4). Sosyal güvencenin ilaçlara ulaşmada kolaylık sağlaması, sağlık harcamalarını karşılaması, aynı zamanda ailenin de ekonomik kaygılardan uzak olarak hastayı tedaviye teşvik etmesi gibi nedenlerle bu sonuç tutarlı bir sonuç olarak değerlendirildi.

Çalışmamızda yalnız yaşayan hastaların tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeğinden aldıkları puanlar düşük bulundu (Tablo 6.3.5). Cator ve ark.'nın (22) Kanada'da yaptıkları ve hastaların %19.8'nin tüberküloz tedavisine uyumsuzluk gösterdiği çalışmada da yalnız yaşama tedaviye uyumda risk faktörü olarak saptanmıştır. Bulgumuz TUBÖ'nin tedavi planına uyum kararını etkileyen kişisel kurallar alt ölçeğinin aile, akraba ve arkadaşların hastayı tedaviye motive etmesi ile ilgili maddeleri içerdiği düşünüldüğünde beklenen bir sonuç olarak değerlendirildi ve diğer çalışma sonucuyla paralellik gösterdi.

Literatürde sosyoekonomik düzeyi iyi olan hastaların tedaviye uyumunun daha fazla olduğu belirtilmektedir (19,21). Çalışmamızda da gelir düzeyi yüksek olan hastaların tedavi planının yararlılığını algılamak ve tedaviye uyumda destek ve engeller alt ölçeklerinden aldıkları puanlar yüksek bulundu (Tablo 6.3.6). Yapılan diğer çalışmalarda da sosyoekonomik durumu iyi olan hastalarda tedaviye uyumun arttığı görülmüştür (21,25,49,50,66). Dilek'in (30) çalışmasında ise hastaların gelir düzeylerinin tedaviye uyumu etkilemediği görülmüştür. Bu bulgumuz sosyal güvencenin varlığında tedaviye uyumun arttığı sonucuna paralel olarak, gelir düzeyi iyi olan hastaların tedavi süresince ekonomik kaygı taşımaması ve tedaviye uyum göstermesi ile açıklanabilir. Gelir düzeyi kötü olan hastaların hastalığın önemini

algılamak ve hastalığa duyarlılığı algılamak alt ölçeğinden daha düşük puan almaları ise, bu alt ölçeklerin içeriği göz önüne alındığında, yine ekonomik kaygılarla tedavi olamayacağını ve tüberküloza tekrar yakalanacağını düşünme gibi nedenlerle hastalığa daha fazla önem verdiği ve daha duyarlı olduğu şeklinde yorumlanabilir. Apartmanda yaşayan hastaların tedavi planının yararlılığını algılamak, tedavi planına uyumda niyet, tedavi planına uyumda destek ve engeller alt ölçeklerinden daha yüksek; hastalığın önemini algılamak ve hastalığa duyarlılığı algılamak alt ölçeklerinden daha düşük puan almalarının nedeni ise ekonomik koşullarının daha iyi olacağından hareketle sosyoekonomik durumla ilişkili olarak değerlendirilebilir (Tablo 6.3.7).

Literatürde tedavi süresinin uzunluğu tedaviye uyum açısından bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (21). Yapılan çalışmalarda da tüberküloz hastalarında tedavi süresi uzadıkça uyumun zorlaştığı görülmüştür (3,21). Çalışmamızda; tedavi süresi ile hastalığın önemini algılamak ve hastalığa duyarlılığı algılamak alt ölçekleri arasında pozitif, tedavi planının yararlılığını algılamak ve tedaviye uyumda destek ve engeller alt ölçekleri arasında ise negatif yönde ilişkiler saptandı (Tablo 6.3.8). Yine hastaneye ilk kez yatan hastaların tedavi planının yararlılığını algılamak alt ölçeğinden daha yüksek, hastalığın önemini algılamak ve hastalığa duyarlılığını algılamak alt ölçeğinden daha düşük puanlar aldığı belirlendi (Tablo 6.3.10). Bu bulgular birbiriyle ilişkili olarak düşünüldüğünde ve alt ölçeklerin içerikleri dikkate alındığında tutarlı bir sonuç şeklinde yorumlanabilir. Tedavi süresi uzadıkça ve tekrarlar arttıkça hastaların hastalıklarına yönelik olumsuz tutumlarının arttığı ve tedavinin etkinliğine yönelik inançlarının azaldığı şeklinde değerlendirilebilir.

Araştırmanın sonucunda;

-Tüberküloza Uyumu Belirleme Ölçeği'nin (TUBÖ) geçerlik ve güvenilirlik analizine göre; madde toplam puan korelasyonlarının 0.22-0.84 arasında, alt ölçeklerin Cronbach's Alpha değerlerinin 0.63-0.91 arasında değiştiği ve ülkemiz için kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptandı.

-Hastaların TUBÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının 38.66 ± 12.77 - 89.12 ± 8.85 arasında değiştiği ve araştırma kapsamındaki tüberküloz hastalarında tedaviye uyumun genel olarak yüksek olduğu belirlendi.

-Hastaların ÇBASDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 66.53 ± 14.41 olarak bulundu ve genel olarak sosyal destek algılarının yüksek olduğu belirlendi.

-Hastaların TUBÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ile ÇBASDÖ'nin alt ölçeklerinden ve toplamından aldıkları puanlar arasında ileri derecede ve anlamlı ilişkiler saptandı. Tüberküloz hastalarında sosyal destek tedaviye uyumu artırır sonucuna varıldı.

-Hastaların kadın olma, sosyal güvenceye sahip olma, hastaneye ilk kez yatıyor olma, eğitim ve gelir düzeylerinin yüksek olma durumlarının tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği; yalnız yaşıyor olma durumu ve tedavi süresinin uzunluğunun tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği görüldü.

Sonuçlar doğrultusunda öneriler;

-Tüberküloz hastalarının hastalığa ve tedaviye uyumunu değerlendirmek amacıyla TUBÖ'nin kullanılması,

-Tüberküloz hastalarına hastalıklarını tanımaları, kabul etmeleri, ilaçları düzenli kullanmanın tedavi sonuçlarına etkisi ve tedaviyi sonuna kadar sürdürmelerini konusunda özellikle hemşireler tarafından tedavi sırasında ve sonrasında gerekli bilgi ve destek verilmesi,

-Hastaların ve ailelerin, tedaviye uyumda sosyal desteğin önemi konusunda eğitilmeleri/ desteklenmeleri,

-Hastaların tedaviye uyumunu artırmada; uyumu olumsuz yönde etkileyen erkek olma, sosyal güvenceye sahip olmama, düşük gelir düzeyine sahip olma, yalnız yaşama, tedavi süresinin uzaması ve tekrar eden yatışlar gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması,

-Hastaların tedavi süresince tedaviye uyumlarının izlenmesinde ekip işbirliğinin sağlanması ve sürdürülmesi olarak sıralanabilir.

8. KAYNAKLAR

1. Aghanwa HS, Erhabor GE. (1998). Demographic/socioeconomic factors in mental disorders associated with tuberculosis in Soutwest Nigeria. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(4): 353-360.
2. Ailinger RL, Black P, Nguyen N, Lasus H. (2007). Predictors of adherence to latent tuberculosis infection therapy in Latino immigrants. *J Community Healt Nurs*, 24 (3): 191-8.
3. Ailinger RL, Moore JB, Nguyen N, Lasus H. (2006). Adherence to latent tuberculosis infection therapy among latino immigrants. *Public Health Nurs*, 23 (4): 307-13.
4. Akgül A. (2003). İstatistiksel Analiz Teknikleri. SPSS'te İşletme Yönetimi Uygulamaları. Emek Ofset Ltd. Şti., Ankara.
5. Aksayan S, Gözüm S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1): 9-14
6. Altıntoprak E, Coşkunol H, Kesebir S, Yıldız U, Yüncü Z.(2005). Alkol kullanım bozukluğu olan olguların sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 6(3):129-135.
7. Ang Ö, Uzun M. (1998). Türkiye'de tüberkülozun son durumu. *Klimik Dergisi*, 11(1):3-5.
8. Arınç S, Arınç B, Yaldız E, Ağca M, Aktaş O, Durucu M, Ünver E, Karagöz T. (2002). Tüberkülozlu olguların sosyoekonomik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Klimik Dergisi*, 15(3): 82-84.
9. Artan Ş. (2003). İnfeksiyon Hastalıkları. The Merc Manuel of Diagnosis and Therapy.17.ed, Çeviren: Çağatay A., Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.Şti., İstanbul, s.1193-1206.

10. Atasever A., Erdiñç E. (2003). KOAH'ta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4):446-455.
11. Awofesoa N. (2008). Anti-tuberculosis medication side-effects constitute major factor for poor adherence to tuberculosis treatment. *Bulletin of the World Health Organization*; 86(3): B-D.
12. Aydın H. (1999). Akciğer Tüberkülozu Olan Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. N Akdemir).
13. Aydın İO. (2000). Tüberküloz ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklarında Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
14. Balbay O, Annakkaya AN, Arbak P, Bilgin C, Erbaş M.(2005). Which patients are able to adhere to tuberculosis treatment? A study in a rural area in the Northwest part of Turkey. *Jpn J Infect Dis.* ; 58; 152-8.
15. Balcı K.(1991).Göğüs Hastalıkları.2.Baskı.Nobel Tıp Kitapevi,İstanbul.133-184.
16. Barış Yİ.(2002).Dünyada tüberkülozun tarihçesi.*Toraks Dergisi*, 3(3) :338-340.
17. Bayık A. (2002). Hemşirelik araştırmalarında etik. Ed: Erefe İ., Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul: 27-48.
18. Ben-Sira Z, Eliezer R.(1990) : The structure of readjustment after heart attack. *Soc Sci Med*, 30 (5): 523-36.
19. Bergel FS, Gouveia N. (2005). Frequent return as a novel strategy for tuberculosis treatment adherence. *Rev Saude Publica*, 39(6): 898-905.
20. Birol L., Akdemir N., Bedük T.(1991). İç Hastalıkları Hemşireliği. 3. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, s.155-164.
21. Caceres Fde M, Orozco LC. (2007). Incidence of and factors for non-compliance to antituberculosis treatment. *Biomedica*, 27 (4): 498-504.

22. Cator M, Brassard P, Ducic S, Culman K. (2002). Factors related to non-compliance with active tuberculosis treatment in Montreal 1992-1995. *Can J Public Health*, 93 (2): 92-7.
23. Chang B., Wu A., Hansel HN., Diette GB. (2004). Quality of life in tuberculosis: A review of the English Language Literature. *Quality Of Life Research*, 13: 1633-1642.
24. Crofton SC., Horne N., Miller F. (2002). Klinik Tüberküloz. 2. Baskı, Çevirenler: Koçyiğit E., Dağlı E., Yüce Yayınları A. Ş., İstanbul.
25. Çil A. (2001). Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N. Olgun).
26. Çil A, Olgun N. (2004). Akciğer tüberkülozlu hastalarda tedaviyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hemşirelik Formu Dergisi*, 7(3):43-47.
27. Çobanlı B. (2001). Akciğer Tüberkülozu. İçinde: Solunum Sistemi ve Hastalıkları. Ed: Numanoğlu N., 2. Baskı, ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara, s.306-332.
28. Daniel OJ, Oladapa OT, Alausa OK. (2006). Default from tuberculosis treatment programme in Sagamu, Nigeria. *Niger J Med*, 15(1):63-7.
29. Demiralay R. (2000). Isparta'da tüberkülozun bazı epidemiyolojik özelliklerindeki değişimler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 48(3): 219-226.
30. Dilek İ. (2003). Tüberküloz Olgularında Hasta Eğitiminin Tedaviye Uyumuna Etkisi. Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Şef. Dr. E. Akkaya).
31. Diwan VK, Thorson A. (1999). Sex, gender and tuberculosis. *Lancet*, 353: 1000-1001.

32. Durna Z, Özcan Ş, Can G. (1992) : Tüberküloz Geçiren Hastalarda Risk Faktörlerinin, Sosyal Destek Düzeylerinin ve Sağlık Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Non-Gpvernmental Organizations Forum'96, İstanbul.
33. Duyan V., Kurt B., Aktaş Z., Dyan GC., Kulkul DO. (2005). Relationship between quality of life and characteristic of patients hospitalised with tuberculosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 9(12):1-6.
34. Eker D, Arkar H. (1995) : Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(34): 45-55.
35. Ekici S., Ekinci H. (2003). İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma. Cumhuriyet Üniversitesi *Sosyal Bilimler Dergisi*, 27(1):109-120.
36. Erbaycu AE., Aksel N., Çakan A., Özsöz A. (2004). Tüberküloz tedavisine uyumsuzluk nedenlerine yönelik bir anket çalışması. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 18(3):119-122.
37. Erdem M., Taşçı N. (2003). Tüberküloz hastalarında benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51 (2):171-176.
38. Erefe İ. (2002). Veri toplama araçlarının niteliği. Ed: Erefe İ., Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul: 169-187
39. Erer FO., Kömürcüoğlu A., Bilgin M., Tibet G., Aktoğu S. (2002). Nüks ve tedaviye ara verip dönen akciğer tüberkülozlu olgularda yeniden tedavi rejimleri sonuçları. *Toraks Dergisi*, 3(2): 156-160.
40. Fishman JA. (2005). Mikrobakteri İnfeksiyonları. Fishman'ın Göğüs Hastalıkları El Kitabı. Çevirenler: Erkan ML., Fındık S., Uzun O., Atıcı AG. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti.,

41. Gökler İ. (2007). Çocuk ve ergenler için sosyal destek değerlendirme ölçeği Türkçe formunun uyarlama çalışması: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14(2): 90-99.
42. Göksel K, Sabri UE. (2001). Tüberkülozdan korunma. *Toraks Dergisi*, 2(1):85-90.
43. Gözüm S., Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II. Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 5(1):3-14
44. Gümüşlü F. (2006). Türkiye’de verem savaş hizmetleri. 24. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi: Tüberküloz ve Tüberküloz Kontrolü, Selçuk Üniversitesi, Konya, s.11-14.
45. Gümüşlü F, Özkara Ş., Özkan S., Baykal F., Güllü Ü. (2007). Türkiye’de verem savaşı, 2007 raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Ankara.
46. Hacıfendioğlu U. (1993). Akciğer Tüberkülozu Ders Kitabı. Çeliktepe Matbaacılık. S.181-206.
47. Hansel HN, Wu A, Chang B, Diette GB. (2004). Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. *Quality Of Life Research*, 13: 639-652.
48. Iseman MD. (2002). Klinisyenler için tüberküloz klavuzu, Çeviren: Özkara Ş. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul.
49. Jaggarajamma K, Sudha G, Chandrasekaran V, Nirupa C, Thomas A, Santha T (2007). Reasons for non-compliance among patients treated under Revised National Tuberculosis Control Programme (RNTCP), Trivallur district, South India. *Indian J Tuberc*; 54(3):130-5.
50. Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisav SE, Danilova ID, Lomakina OB, Kour batova EV. (2007). Social support and incentives programme for patients with tuberculosis: experience from the Russian Federation. *Int J Tuberc Lung Dis*, 11(11): 1210-5.

51. James G., Studdy R. (1991). Pfizer A Colour Atlas of Respiratory Disease , Wolfe Medical Publication, Spain. s.88-100.
52. Kamolratanakul P, Sawert H, Kongsin S, Lertmaharit S, Sriwongsa J, Nasongkhla S, Wangmanee S, Jittimane S, Payanandana V. (1999). Economic impact of tuberculosis at the household level. *Int J Tuberc Lung Dis*, 3(7): 596-601.
53. Kara İH. (2007). Tüberküloz: Güncel epidemiyoloji ve hastalık yönetimi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 11 (1): 33-42.
54. Karagöz T, Arda H, Erboran T. (2000). İstanbul Dispanserleri çalışmalarının yeni akciğer tüberkülozlu olguların tanı-tedavi ve takip işlemleri açısından değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 48(2): 128-35.
55. Karaoğlu L., Kurçer MA., Kaya M., Pehlivan E., Genç MF, Güneş G, Eğri M. (2003). Malatya verem savaş dispanserinde yürütülen temaslı tespit ve muayene hizmetlerinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(4):183-186.
56. Karataş N. (2000). Hemşirelik araştırmalarında etik. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4:5-8
57. Kelly P. (1999). Isolation and stigma: The experience of patients with active tuberculosis. *Journal Of Community Health Nursing*, 16(4):233-241.
58. Kılıçaslan Z. (2007). Dünya’da ve Türkiye’de tüberküloz. *Ankem Dergisi*, 21(2):76-80.
59. Kırkıl G., Özel E., Turgu T., Deveci F., Muz MH. (2006). Akciğer Tüberkülozlu Olgularda Mevcut Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Akciğer Arşivi*, 7(1): 30-33.
60. Kıyak M., Günerhan Ö., Temiz S., Hacıoğlu S. (2002). İstanbul Küçük Çekmece’de tüberküloz çalışmalarının durumu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 50(3): 369-373.

61. Kocabaş A.(1996). Akciğer Tüberkülozu. Ed: G. İliçin, S. Ünal, K. Biberoglu, S. Akalın, G. Süleymanlar: Temel İç Hastalıkları. Güneş Kitabevi, Ankara, s.456-475.
62. Kolsuz M., Ersoy M., Küçükkebaşı C., Metinbaş M., Uçgun İ., Erginel S. (2003). Eskişehir Delikli taş verem savaş dispanserinde kayıtlı akciğer tüberkülozu olgularının değerlendirilmesi, 51(2): 163-170.
63. Kwara A, Herold JS, Machan JT, Carter EJ. (2008). Factors associated with failure to complete isoniazid treatment for latent tuberculosis infection in Rhode Island. *Chest*, 133(4):862-8.
64. Lavigne M, Rocher I, Steensma C, Brassard P. (2006). The impact of smoking on adherence to treatment for latent tuberculosis infection. *BMC Public Health*, 6:66.
65. Ledue Y., Drapeau S., Tremblay R., Emond JG. (1997). Prevalence of positive tuberculin test in a population of patients requiring long-term care in a hospital setting. *Journal Article*, 43(12):2143-2147.
66. Lertmaharit S, Kamol- Ratankul P, Sawert H, Jittimane S, Wangmanee S. (2003). Factors associated with compliance with isoniazid treatment of latent tuberculosis infection. *Chest*, 123(3):736-9.
67. Lindberg, JB., Hunter, ML., Kruszewski, AZ. (1990): Introduction to Nursing. Concepts, Issues, and Opportunities. J. B. Lippincott Company, New York.
68. Luckman J., Sorenson K. (1990). Medical Surgical Nursing A Physiologic Approach. Second Edition. Saunders Company, Philadelphia, s.1293-1305.
69. MacIntyre CR, Goebel K, Brown GV. (2005). Patient knows best; blinded assessment of nonadherence with antituberculosis therapy by physicians, nurses and patients compared with urine drug levels. *Prev Med*, 40 (1): 41-5.

70. Marra C, Marra F, Cox V, Palepu A, Fitzgerald M. (2004). Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health Quality Life Outcomes*, 2:58.
71. McDonnell M. (1996). Antecedents of adherence to antituberculosis therapy. The university of Alabama at Birmingham, A dissertation, Birmingham.
72. Öz H. (2006). Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr.N.Olgun).
73. Öz Z. (2006). Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N. Olgun).
74. Özyayın Z. (1998). Pasteur ve Koch'un Tıbbı Katkıları. Sendrom. Sayı:11, İstanbul
75. Özbay B., Gencer M., Gülsün A., Ceylan E., Şenel M. (2001). Tüberkülozlu olgularda sosyokültürel yapı. *Tüberküloz ve Toraks*, 49(2): 246-251.
76. Özdamar K. (2002). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. 4. Baskı, 1. Cilt, Etam A. Ş., Eskişehir.
77. Özkara Ş., Aktaş Z., Özkan S., Ecevit H. (2003). Türkiye'de tüberkülozun kontrolü için başvuru kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Ankara.
78. Pozsik CJ. (1993). Compliance with tuberculosis therapy. *Medical Clinics of North America*. 77 (6): 1289-1301.
79. Rajeswari R, Balsubramanian R, Muniyandi M, Geetharamani S, Thresa S, Venkatesan P. (1999). Socio-economic impact of tuberculosis on patients and family in India. *Int J Tuberc Lung Dis*, 3(10):869-877.

- 80.** Rajeswari R, Muniyandi M, Balasubramanian R, Narayanan PR. (2005). Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: a field report from South India. *Soc Sci Med*, 60(8):1845-1853.
- 81.** Rideout E, Montemuro M.(1986). Hope, morale and adaptation in patients with chronic heart failure. *J Adv Nurs*, 11 (4): 429-38.
- 82.** Selçuk T. (1998). Tüberküloz. Ed: A. Kadayıfçı., Y. Karaaslan., İç Hastalıkları El Kitabı. s.146-155, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- 83.** Süer Aİ.(2006). Hapishaneler ve diğer risk gruplarında tüberküloz kontrolü. 24. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi: Tüberküloz ve Tüberküloz Kontrolü, Selçuk Üniversitesi, Konya, s.90-98.
- 84.** Szakacs TA, Wilson D, Cameron DW, Clark M, Kocheleff P, Muller FJ. (2006). Adherence with isoniazid for prevention of tuberculosis among HIV-infected adults in South Africa. *BMC Infect Dis*, 6:97.
- 85.** Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlik.3. Baskı. Seçkin Yayınları: 253
- 86.** Şenyiğit A., Işık R., Coşkunsel N., Özateş M., Özbay B., Anık H. (1997). Akciğer Tüberkülozlu 441 vakanın retrospektif olarak incelenmesi. *Solunum Hastalıkları*, 8(2): 203-215.
- 87.** Tekle B, Mariam DH, Ali A. (2002). Defaulting from DOTS and its determinants in three districts of Arsi Zone in Ethiopia. *Int J Tuberc Lung Dis*, 6(7):573-9.
- 88.** Tocque K., Bellis MA., Beeching NJ., Syed Q., Remington T., Davies PD. (2001). A case-control study of lifestyle risk factors associated with tuberculosis in Liverpool, North-West England. *Eur Respir J* , 18(6):959-964.
- 89.** Tümör Ö. (2006). Tüberküloz. Türk Toraks Derneği Okulu V. Kış Okulu Programı. İstanbul.

90. Umut S., Yıldırım N. (2001). Tüberküloz. İçinde: Göğüs Hastalıkları. Ed: Erk M., İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul, s.485-547.
91. Ünal D. (2005). Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi, Yaşam Kalitesinin Demografik-Sosyokültürel Özellikler ve Depresyonla İlişkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof.Dr.O.Ceyhan).
92. Ünal D., Baştürk M., Ceyhan O. (2008). Tüberkülozun yaşam olayları ile ilişkisi ve hastalığın algılanması. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(4): 249-255.
93. Üner S., Melek A., Koşan A. (2003). Günümüzde verem savaşı ve DOTS. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, sayı:1.
94. Yenel F., Erk M., Umut S., Yıldırım N. (1990). Akciğer Hastalıklarında Tedavi, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, s:41-45.
95. Yenel F., Sözer K., Erk M.(1990). Akciğer Hastalıkları Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul: 83-117.

9. EKLER

EK 1

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERAHİSİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Tarih: 01.12.2008
Sayı : 39

EĞİTİM PLANLAMA ve KOORDİNASYON KURULU KARARI

Hastanemiz Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu 01.12.2008 tarihinde saat 15:00'da Baştabiplik makamında Baştabip Doç.Dr.Adnan YILMAZ başkanlığında toplanmıştır. Bu toplantıda;

1. II. Göğüs Hastalıkları Kliniği asistanı Dr.Selma Aydoğan'ın ihtisas tezi çalışmalarının halen devam etmesi nedeniyle, Klinik Şefi Doç.Dr.Tülin Kuyucu'nun talebi üzerine ihtisas süresinin 3 ay uzatılmasına, oybirliği ile karar verildi.
2. Asistan Dr.Nursel Yaylı'nın '*Akciğer malignitesi ön tanılı hastalarda fiberoptik bronkoskopi narrow band imaging (NBI) tekniğinin tanıya katkısı*' konulu uzmanlık tezini Klinik Şefi Doç.Dr.Atilla Saygı gözetiminde yapmasına, oybirliği ile karar verildi.
3. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Esasları ABD'da yüksek lisans yapan B-10 servis hemşiresi Duygu Hazerli'nin '*Tüberküloz hastalarında sosyal destek algısının tedaviye uyuma etkisi*' konulu uzmanlık tezini Klinik Şefi Dr.Armağan Hazar gözetiminde yapmasına, oybirliği ile karar verildi.

Klinik Şefi
Doç.Dr.Turan KARAGÖZ
3566

Klinik Şefi
Dr.Esen AKKAYA
5170

Klinik Şefi
Doç.Dr.Atilla SAYGI
1582

BAŞTABİP
Doç.Dr.Adnan YILMAZ

EK 2



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.İSM.4.34.0009-619 2677
Konu: Araştırma izni

04.11/2009

SÜREYYAŞA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencisi Duygu HAZERLİ'nin "Tüberküloz Hastalarında Sosyal Destek Algısının Tedaviye Uyuma Etkisi" konulu çalışmasına yönelik olarak yapacağı anket çalışmasını kurumunuzda yapabilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr. İbrahim TOPÇU
Müdür
Sağlık Müdür Yardımcısı

Ek: Protokol Örneği

DAĞITIM:

Gereği:
Süreyyapaşa EAH

Bilgi İçin:
Marmara Ü.

5.11.09
Personel Ş.
Am

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SÜREYYAŞA GÖĞÜS HASTALIKLARI VE
GÖĞÜS CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
MALTEPE / İSTANBUL

06 Kasım 2009 6552

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile *Marmara Üniversitesi*.....
Üniversitesi/Hastanesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar..Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi
EAH.....dir.

Çalışmanın adı "Tüberküloz Hastalarında Sosyal Destek Algısının Tedaviye Uyuma Etkisi".....dir.

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler *Duygu HAZERLİ*.....dir.

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında ayrırlık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda*3 ay*.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç** *06.10.2009* /**Bitiş** *06.01.2010*.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

~~e) Her çalışmanın bir Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.~~

~~f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.~~

~~g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.~~

Ek Bilgi:

Taraflar:

26.10.2009

Ünvanı-Adı-Soyadı

Duygu HAZERLİ

OLUR

26.10.2009

Vali a.

Doç. Dr. Ali İhsan TOKUCU

Sağlık Müdürü

2009
Uz. Dr. İbrahim TOPÇU
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK 3

HASTA TANILAMA FORMU

Sayın katılımcı,

Bu çalışmanın amacı Tüberküloz hastalarında sosyal destek algısının tedaviye uyuma etkisini belirlemek amacıylaştır. Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Hemşire Duygu Hazerli

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz: a) Erkek b) Kadın

3.Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur – yazar değil
- b) Okur – yazar
- c) İlkokul
- d) Lise
- e) Üniversite
- f) Üniversite üstü

4. Mesleğiniz nedir?

- a) Serbest
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Emekli
- e) Ev hanımı
- f) Öğrenci
- g) Yok

5. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet b) Hayır

6. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b) Bekar

7. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- a) Yalnız
- b) Ailemle
- c) Ailem dışındaki kişilerle
- d) Diğer

8. Gelir düzeyiniz nedir?

- a) iyi b) orta c) kötü

9. Yaşadığınız konut tipi nedir?

- a) Apartman dairesi b) Müstakil ev

10. Ne zamandan beri tüberküloz tedavisi alıyorsunuz?(gün cinsinden)

.....

11. Tüberküloz olduğunuzu söyleyebilir misiniz?

- a) Evet b) Hayır

12. Hastalığınızı ilk duyduğunuzda ne hissettiniz?

- a) Üzülme b) Kabullenememe c) Kabullenme d) Kadere bağlama
f) Umursamama e) Kızma g) Diğer

13. Ailenizde başka tüberküloz hastası var mı?

- a) Evet b) Hayır

14. Tüberküloz hastalığından dolayı hastaneye kaçınıcı yatışınız?

- a) İlk kez yatış b) Tekrar yatış

15. Tüberküloz hastalığı dışında başka bir hastalığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

16. Tüberküloz hastalığına yakalandıktan sonra aile içi ilişkileriniz ve aile düzeniniz;

- a) Azaldı/ Bozuldu b) Değişmedi c) Güçlendi/ Arttı

17. Tüberküloz hastalığına yakalandıktan sonra komşuluk ve arkadaşlık ilişkileriniz;

- a) Azaldı/ Bozuldu b) Değişmedi c) Güçlendi/ Arttı

18. Tedaviyi kimin isteği ile sürdürüyorsunuz?

- a) Ailemin isteği ile sürdürüyorum
b) Arkadaşlarımın isteği ile sürdürüyorum
c) Hastane personelinin isteği ile sürdürüyorum
d) Bana kalsa tedavi olmam
e) Kendi isteğimle sürdürüyorum

19. Hastalığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Hiç iyileşemeyeceğimi düşünüyorum
b) İyileşebileceğimi düşünüyorum
c) Bilmiyorum/Fikrim yok

EK 4

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin ne kadar doğru olduğunu ve olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu rakamlardan 1 ”kesinlikle hayır” yanıtını, 7 ise ”kesinlikle evet” yanıtını ifade etmektedir.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK 5**TÜBERKÜLOZA UYUMU BELİRLEME ÖLÇEĞİ**

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1- Tüberküloz ilaçlarımı almamın sağlayacağı yararlar, onları almamdan dolayı oluşabilecek problemlerden daha fazladır.	1	2	3	4	5
2- Tüberküloz söylendiği kadar kötü bir hastalık değildir.	1	2	3	4	5
3- İleride tamamen iyileşmeyi umuyorum	1	2	3	4	5
4- Ailem tüberküloz ilaçlarımı almam gerektiğini düşünüyor.	1	2	3	4	5
5- Pek çok şey tüberküloz ilaçlarımı almama engel oluyor.	1	2	3	4	5
6- Tüberküloz ilaçlarımı alırken gerekli yardımı alıyorum.	1	2	3	4	5
7- Tüberküloz ilaçlarımı almam için daha fazla yardıma ihtiyacım var.	1	2	3	4	5
8- Tüberküloz ilaçlarımı almam konusunda ailem ne yapmam gerektiğini düşünüyorsa onu yapmak istiyorum.	1	2	3	4	5
9- Tüberkülozdan daha ciddi birçok hastalık var.	1	2	3	4	5
10- Tüm sağlık çalışanları bana dostça ve nazik davranıyor.	1	2	3	4	5
11- Tüm sağlık	1	2	3	4	5

çalışanları bazen anlamını bilmediğim tıbbi terimler kullanıyor.					
12- Tüm sağlık çalışanları benimle az ilgileniyor.	1	2	3	4	5
13- Tüm sağlık çalışanları söylediklerimi dikkatle dinliyor.	1	2	3	4	5
14- Ne yaparsam yapayım, tüberküloza tekrar yakalanma olasılığım var.	1	2	3	4	5
15- Tüm sağlık çalışanları bütün sorularımı cevaplıyor.	1	2	3	4	5
16- Tüm sağlık çalışanları söylediklerime bazen önem vermiyor.	1	2	3	4	5
17- Yeniden tüberküloza yakalanma olasılığım oldukça yüksek.	1	2	3	4	5
18- Tüm sağlık çalışanlarının benimle gönülden ilgilendiklerine inanıyorum.	1	2	3	4	5
19-Tüberkülozlu hastalar için az iyileşme umudu var.	1	2	3	4	5
20-Tüberküloz ilaçlarımı almayı düşünmüyorum.	1	2	3	4	5
21-Tüberküloz ilaçlarımı almak elde edeceğim yararları rağmen çok zor.	1	2	3	4	5
22-Tüberküloz ilaçlarımı almamın tekrar tüberküloza yakalanmamı önleyeceğine inanıyorum.	1	2	3	4	5
23-Tüberküloz ilaçlarımı aldığımda ortaya çıkabilecek	1	2	3	4	5

herhangi bir sorunla baş edebilirim.					
24-Tüberküloz ilaçlarımı almaya niyetliyim.	1	2	3	4	5
25-Tüberküloz ilaçlarımı almasam da sağlıklı olacağım.	1	2	3	4	5
26-Tüberküloz ilaçlarımı almam konusunda akrabalarım ne yapmam gerektiğini düşünüyorsa onu yapmak istiyorum.	1	2	3	4	5
27- Benim için tüberküloz ilaçlarımı almak almamaktan daha iyidir.	1	2	3	4	5
28-Tüberküloz ilaçlarımı almak çok zor olduğundan, onları almaya değmez.	1	2	3	4	5
29-Tüberküloz ilaçlarımı almaya karar verdim.	1	2	3	4	5
30-Tüberküloz ilaçlarımı almaya niyetim yok.	1	2	3	4	5
31- Tüm sağlık çalışanları zamanlarımı boşa harcıyormuşum gibi davranıyor.	1	2	3	4	5
32-Tüberküloz ilaçlarımı almam konusunda yakın arkadaşlarım ne yapmam gerektiğini düşünüyorsa onu yapmak istiyorum.	1	2	3	4	5
33-Tüberküloz ilaçlarımı almam sağlıklı olmama yardımcı olacak.	1	2	3	4	5
34-Tüberküloz ilaçlarımın bana iyi geleceğine inanmak zor.	1	2	3	4	5
35-Yakın	1	2	3	4	5

arkadaşlarım tüberküloz ilaçlarımı almam gerektiğini düşünüyor.					
36-Tüberküloz çok kötü bir hastalıktır.	1	2	3	4	5
37- Akrabalarım tüberküloz ilaçlarımı almam gerektiğini düşünüyor.	1	2	3	4	5
38-İleride vücudum tüberkülozu yenecek.	1	2	3	4	5

Tuberculosis Adherence Determination Questionnaire (TADQ)

TUBERCULOSIS ADHERENCE DETERMINATION QUESTIONNAIRE

Directions: The following statements describe various feelings and opinions that people with Tuberculosis (TB) may have about TB, TB medicines, and the doctors, nurses, community outreach workers that care for persons with TB. Please state the number that most closely represents your agreement or disagreement with these statements.

1=STRONGLY DISAGREE, 2=DISAGREE, 3=NEITHER AGREE NOR DISAGREE, 4=AGREE, 5=STRONGLY AGREE

	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree Nor Disagree	Agree	Strongly Agree
1. The benefits of taking my TB medicines outweigh any problems I might have in taking them..	1	2	3	4	5
2. TB is not as bad as people say it is.....	1	2	3	4	5
3. I expect to be free of TB in the future.....	1	2	3	4	5
4. Members of my immediate family think I should take my TB medicines.....	1	2	3	4	5
5. Lots of things get in the way of taking my TB medicines.....	1	2	3	4	5
6. I get the help I need to take my TB medicines....	1	2	3	4	5
7. I need more help in order to take my TB medicines.....	1	2	3	4	5
8. I want to do what members of my immediate family think I should do about taking my TB medicines.....	1	2	3	4	5
9. There are many diseases that are more severe than TB	1	2	3	4	5
10. The doctors, nurses and outreach workers treat me in a very friendly and courteous manner.....	1	2	3	4	5
11. Sometimes the doctors, nurses and outreach workers use medical terms without explaining what they mean.....	1	2	3	4	5
12. The doctors, nurses and outreach workers show little concern for me.....	1	2	3	4	5
13. The doctors, nurses and outreach workers listen carefully to what I have to say.....	1	2	3	4	5
14. No matter what I do, there's a good chance of getting TB again.....	1	2	3	4	5
15. The doctors, nurses and outreach workers answer all my questions.....	1	2	3	4	5
16. The doctors, nurses and outreach workers sometimes ignore what I tell them.....	1	2	3	4	5
	Strongly		Neither		Strongly

	Disagree	Disagree	Agree Nor Disagree	Agree	Agree
17. The chances I might get TB again are pretty high.....	1	2	3	4	5
18. I trust that the doctors, nurses and outreach workers have my best interest at heart.....	1	2	3	4	5
19. There is little hope for people with TB.....	1	2	3	4	5
20. Taking my TB medicines is not in my plans.....	1	2	3	4	5
21. Taking my TB medicines is too much trouble for what I get out of it.....	1	2	3	4	5
22. I believe that taking my TB medicines will help to prevent my getting TB again.....	1	2	3	4	5
23. I am able to deal with any problems with taking my TB medicines.....	1	2	3	4	5
24. I intent to take my TB medicines.....	1	2	3	4	5
25. I'll be just as healthy if I avoid taking my TB medicines.....	1	2	3	4	5
26. I want to do what my relatives think I should do about taking my TB medicines.....	1	2	3	4	5
27. Taking my TB medicines is better for me than not taking them.....	1	2	3	4	5
28. Because it is too hard to take my TB medicines it is not worth taking them.....	1	2	3	4	5
29. I have made a decision to take my TB medicines.....	1	2	3	4	5
30. I have no intention of taking my TB medicines.....	1	2	3	4	5
31. The doctors, nurses and outreach workers act like I'm wasting their time.....	1	2	3	4	5
32. I want to do what my close friends think I should do about taking my TB medicines.....	1	2	3	4	5
33. Taking my TB medicines will help me to be healthy.....	1	2	3	4	5
34. It's hard to believe that my TB medicines will help me.....	1	2	3	4	5
35. My close friends think I should take my TB medicines.....	1	2	3	4	5
36. TB is a terrible disease.....	1	2	3	4	5
37. My relatives think I should take my TB medicines.....	1	2	3	4	5
38. My body will fight off TB in the future.....	1	2	3	4	5

EK 6

RE: Marmara University Nursing College

Kimden

'Holstad, Marcia McDonnell' <nurmmcd@emory.edu>

'duygu1798' <duygu1798@mynet.com>

21/11/2008 22:17

Dear Duygu,

Attached are both instruments and the instructions for use. You have my permission to use them. They are also published online in the abstracts from Ovid Technologies, HaPI.

Please email me if you have any additional questions.

Marcia McDonnell Holstad

Assistant Professor

Emory University Sch of Nursing

nurmmcd@emory.edu

Kime: Duygu Hazerli

Kimden: **Robin DiMatteo** (robin@ucr.edu)

Gönderme tarihi: 21 Eylül 2008 Pazar 14:25:55

Kime: Duygu Hazerli (duygu.hazerli@hotmail.com)

Yes, you have my permission to use the scale.

All best

ROBIN

Robin DiMatteo

Distinguished Professor of Psychology

UCR Distinguished Teaching Professor

University of California, Riverside

900 University Avenue

Riverside, CA 92521

951-827-5734 fax: 951-827-3985

EK 7

TUBÖ'nin Dil Geçerliği Aşamasında Görüşleri Alınan Uzmanlar

- **Doç. Dr. Tülay TÖRÜN**, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Uzmanı
- **Uzm. Dr. Leyla BOSTAN**, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Uzmanı
- **Uzm. Dr. Mevlüt KARATAŞ**, Trabzon Göğüs Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları Uzmanı
- **Uzm. Dr. Dida MARAŞLI**, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Uzmanı
- **Mustafa Tahsin GÜVENDİ**, Arifiye Anadolu Öğretmen Lisesi İngilizce Öğretmenliği
- **Sevgül KARADUMAN**, Arifiye Anadolu Öğretmen Lisesi İngilizce Öğretmenliği

*İsimler alfabetik sıraya göre dizilmiştir.

EK 8

TUBÖ'nin Kapsam Geçerliği Aşamasında Görüşleri Alınan Uzmanlar

- **Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR**, M. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ABD
- **Prof. Dr. Nermin OLGUN**, Acıbadem Üniversitesi Hemşirelik Bölümü
- **Yard. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK**, M. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ABD
- **Yard. Doç. Dr. Ükke KARABACAK**, Acıbadem Üniversitesi Hemşirelik Bölümü
- **Yard. Doç. Dr. Leman ŞENTURAN**, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- **Klinik Şefi Uzm. Dr. Armağan HAZAR**, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- **Uzm. Dr. Canan ÖNEŞ**, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- **Öğr. Gör. Dr. Zeynep KURTULUŞ**, M. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
- **Öğr. Gör. Dr. Sıdıka OĞUZ**, M. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
- **Arş. Gör. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN**, M. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ABD
- **Arş. Gör. Dr. Nuray ŞAHİN ORAK**, M. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ABD
- **Uzm. Hemşire Havva SERT**, M. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları ABD

*İsimler alfabetik sıraya göre dizilmiştir.

EK 9

TUBÖ'nin Güvenirlik ve İstatistik Aşamasında Görüşleri Alınan Uzmanlar

- **Dr. Ömer UYSAL**, İ. Ü. Çapa Tıp Fakültesi Biyoistatistik ABD
- **Ebru Osmanoğlu AKYOL**, İstatistik Uzmanı

EK 10



ETİK KURUL ONAYI

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

SAYI: B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/20
İLGİ :

23.01.2009

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Bilgi Gülseven KARABACAK

MAR-YÇ-2008-0261 protokol nolu "Tüberküloz hastalarında sosyal destek algısının tedaviye uyuma etkisi " isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

EK 11

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Çalışmanın Amacı ve Özeti

Bu araştırma bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın adı “**Tüberküloz Hastalarında Sosyal Destek Algısının Tedaviye Uyuma Etkisi**” dir. Bu çalışmadaki amacımız Tüberküloz hastalarının aldıkları sosyal destek ile tedaviye uyumları arasında nasıl bir ilişki olduğunu belirlemektir.

Katılma ve Çıkma

Bu araştırma ancak gönüllü olursanız sizin üzerinizde yapılacaktır. Eğer kabul etmezseniz hiçbir ceza uygulaması yoktur. Bu çalışmayı kabul etmiş ya da etmemiş olmanız ve kabul ettikten sonra istediğiniz zaman buna son vermeniz,almanız gereken standart tedaviyi hiçbir şekilde etkilemeyecektir.

Araştırma sırasında Karşılaşabileceğiniz Rahatsızlıklar ve Riskler

Bu araştırma sizin için hiçbir rahatsızlık ve de risk içermemektedir.

Masraflar

Bu araştırma için sizden bir ücret talep edilmeyecektir.

Gizlilik

Bu araştırmaya katıldığınız taktirde tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.Yapılacak vaka sunumlarında isminiz kullanılarak sunum yapılmayacaktır.

Çalışmaya verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

Hem. Duygu HAZERLİ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

EK 12

HASTA ONAM FORMU

Ben, (gönüllünün adı)
yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışma kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla,hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

Tarih:

İmzası:

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Duygu	Soyadı	HAZERLİ
Doğum Yeri	Safranbolu	Doğum Tarihi	04.06.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	16925350540
E-mail	duygu.hazerli@hotmail.com	Tel	0536 765 99 88

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2006
Lise	Safranbolu Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Servis Hemşiresi	Süreyyapaşa Göğ.Has. ve Göğ.Cer.Eğt.Arş.Has.	2007-Devam ediyor
2.	Yoğun Bakım Hemşiresi	Memorial Hastanesi KVC Yoğun Bakım	2006-2007