

33267

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi:
Yard. Doç. Dr. Birsen YÜRÜGEN

AKCİĞER TÜBERKÜLOZLU HASTALARIN
BESLENME İLE İLGİLİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Hülya SÜYÜK

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

İstanbul-1989

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>SAYFA</u>
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
MATERYAL VE METOD.....	22
BULGULAR.....	24
TARTIŞMA.....	43
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
ÖZET.....	53
SUMMARY.....	54
KAYNAKLAR.....	55
EKLER.....	58
ÖZGEÇMİŞ.....	68

G İ R İ Ő

Tüberküloz; eski çağlardan beri insanlık tarihinde var olan zaman zaman epidemiler yaparak her yaş grubunda görülebilen, ülkemizde de halen sık görülmesi nedeniyle toplumumuzun önemli bir sağlık sorunu olma özelliğini sürdüren bir hastalıktır (2,3,7,18).

Tüberkülozun bilimsel olarak tanınması Hippocrates ile başlamıştır. 1882'de Robert Koch tarafından hastalığın etkeni bulunmuş ve etkene bağlı olarak tanı yöntemleri geliştirilmiştir (7,13,14,18).

1930'larda BCG aşısı ile koruma uygulanması başlamıştır. 1950'den sonra birbiri ardınca bulunan antitüberküloz ilaçlarla hastalığın kesin tedavisi ve aynı zamanda enfekte kişilerin hastalıktan korunmaları sağlanmıştır (2,7).

Bu gelişmelere ve etkin önlemlere karşın tüberküloz, gelişmemiş ülkelerde yüksek insidansla sürüp gitmektedir(13).

Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre, dünyada her yıl 4 milyon yeni tüberküloz vakası ortaya çıkmakta, bunların 1 milyonu bu hastalıktan ölmektedir. Ülkemizde de yapılan çalışmalara göre 1984 yılında ölüm oranı 8,2:100.000 dir (13).

Tüberküloz tedavi edilebildiği gibi korunulması da mümkün bir hastalıktır. Tüberkülozdan korunma, vücut direncini arttırma, ilaçla korunma (kemopraflaksi) gibi üç ana prensibe dayanır.

Enfeksiyonlardan korunmak ve vücut direncini arttırmak; uygun beslenme, biyolojik, fizik, sosyal çevre şartlarını geliştirmekle mümkün olur (3,7).

Tüberkülozdan korunmada yayılma yollarının engellenmesi de önemlidir. Ancak bu konu çeşitli sosyo ekonomik ve kültürel faktörlere bağlıdır. Sosyo ekonomik düzeyi gittikçe yükselen ülkelerde tüberkülozdan ölüm, hastalık ve enfeksiyon prevalansında hızla düşmeler kaydedilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık koşullarının iyi olmaması tüberkülozun yayılmasında önemli bir nedendir (2,3).

Türkiye'de tüberküloza yakalananların sayısının 1979 yılından bu yana arttığı kaydedilmiştir. Tüberkülozun önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenmenin rolü büyüktür. Daha önce de belirtildiği gibi ülkemizde de bu hastalığın fazla görülmesinin ekonomik ve sosyo kültürel faktörlere bağlı olduğu gerçeği kaçınılmazdır (7,19).

Tüberkülozla savaşta sağlık ekibinin yeterli bilgi ile donatılmasının yanısıra, halkın hastalık riskini arttıran etkenleri ve bunların arasında önemli derecede yer alan, beslenme konusunda bilgilendirmeye ihtiyaç vardır (7, 19).

Bu çalışmayı, gelişmekte olan ülkeler arasında olduğumuzu aynı zamanda ülkemizde tüberküloz hastalığının son yıllarda arttığını da düşünerek, halkımızın beslenme konusundaki bilgi düzeyini araştırarak bu konuda toplumu bilgilendirmek amacıyla planladık.

G E N E L B İ L G İ L E R

TÜBERKÜLOZUN TANIMI

İlk kez M.Ö. 5. yüzyılda Hippocrates tüberküloz için "zayıflayan ve bitkin hale gelen insan" anlamında 'PHYTHI-SIS' terimini kullanmıştır. Tüberküloz terimi ilk kez 19. yüzyıl başlarında Laennec tarafından kullanılmıştır (7,19, 24,26).

Günümüzde ise; tüberküloz, mycobacterium tüberkülozis ile meydana gelen en çok akciğerlerde görülmekle birlikte diğer organları da tutabilen akut ve kronik seyreden enfeksiyöz bir hastalıktır (7,19,26).

TARİHÇE

Tüberküloz, insanlık tarihi kadar eski bir hastalıktır. Yapılan kazılarda neolitik döneme ait insan kalıntılarında, tüberküloz saptanmıştır.

Tüberküloz hastalığının bilimci tarihi, Milattan dört asır önce Hippocrates ile başlamıştır ve Laennec'e kadar tüberkülozun tanımını yapmış, kliniği, lezyon şekli ve etyolojisi üzerinde durmuştur. Hippocrates'in sözlerinde tüberkül deyimine rastlanmamıştır. Tüberkülü ilk defa Miladın birinci asrında Celsus tanımlamıştır.

İbni-Sina (980-1037) "Kanun" adlı eserinde plörezi ile akciğer tüberkülozunu birbirinden ayırt etmiştir.

19. yüzyıl ortalarında A.Villemin hayvan deneyleriyle tüberkülozun bulaşıcı olduğunu göstermiştir. 1882 yılında Robert Koch tüberküloz basilini (mycobacterium tüberkülozis) bularak mikrobiik olduğunu kanıtlamıştır. Daha sonraları tüberküloz basilinin tipleri ayırt edilmiştir. Bu buluş bakteriyoloji bilimini geliştirmiş, aşılama, serum tedavisi ve diğer koruyucu halk sağlığı önlemleri hızla ilerlemiştir. 1897 yılında enfeksiyonun "Flügge damlacıkları" aracılığı ile bulaştığı ileri sürülmüş, 1934 yılında Wells ve arkadaşları tüberkülozda bulaşmanın damlacıklarla değil "damlacık çekirdekleriyle" hastalardan sağlamlara hava yolu ile geçtiği teorisini geliştirmişlerdir. 1930'lardan bu yana yapılan araştırmalar gerçek bulaşma mekanizması olarak kabul edilmiştir. 1908 yılında Calmette ve Guerrin tarafından (BCG) suşu elde edilmiştir. İlk olarak 1921 yılında insanlara uygulanmaya başlanmıştır. 1944-1946 yıllarında streptomycinin bulunup kullanılması ve 1952 yılında (INH) isoniazidin kullanımı tüberkülozdan ölüm oranında olumlu bir değişiklik meydana getirmiştir (2,13,14,19,26).

TÜBERKÜLOZUN ETYOLOJİSİ

Tüberküloz hastalığının etkeni mycobacterium tüberkülozis basilidir.

Tüberküloz basili 2-4 mikron uzunluğunda, 0,3-0,6 mikron eninde, gram pozitif, düz veya eğri çubuklar şeklindedir. Aerobik ortamda ürer, aside dirençlidir. Vücut sıvılarının ve balgamın mikroskopik muayenesi ile tanınabilir. Tüberküloz basili güneş ışığı ile direkt temas halinde birkaç saat içinde, 62°C de 30 dakikada, pastörizasyon ile ölür.

Tüm bu özellikleri taşıyan tüberküloz basili hastalığın oluşumunda tek başına etken değildir. Tüberkülozun oluşmasında bir çok hazırlayıcı faktör vardır. Bu faktörler arasında beslenme yetersizliği de yer almaktadır (2,3,14).

TÜBERKÜLOZUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Eski çağlardan beri toplumlarda tüberkülozun yüksek oranda bulunduğuna dair bilgiler vardır (19,25).

Dünya Sağlık Örgütü tüberkülozu hala dünyanın en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul etmektedir. Her ne kadar gelişmiş ülkeler, gelişmişlik düzeyleri oranında hastalığı kontrol altına alabilmiş iseler de çeşitli nedenlerle hastalığı yok edememektedirler (7,9).

Hastalığın epidemiyolojisine bakıldığında gelir düzeyi, meslek, eğitim durumu, sosyal sınıf, aile kalabalıklığı ve beslenme gibi birçok etmenin rol oynadığı ve hastalığın bunlarla kuvvetli bir ilişkisi olduğu görülmektedir (7).

Morbidite ve mortalite oranları ırk, cins, yaş, sosyo ekonomik durumlara göre farklılıklar göstermektedir. Cinsse göre morbidite; erkeklerde kadınlara oranla iki katı fazla, mortalite ise biraz daha yüksektir. Zenci ırkta morbidite beyazlara göre dört kat, mortalite ise üç katı fazladır. Enfeksiyon riski; kalabalık, sosyo ekonomik düzeyi düşük olan toplumlarda daha yüksektir (7,25).

TÜBERKÜLOZ ENFEKSİYONUNU VE HASTALIK RİSKİNİ ARTTIRAN ETKENLER

Bu etkenler; enfeksiyon kaynağı, bakteri miktarı ve virulansı, enfekte kişinin direnci olarak üç ana grupta toplanabilir (10,18).

Enfeksiyon kaynağı önemli rol oynamaktadır. Ne kadar az insan enfekte olursa hastalık o kadar az görülür. Başlıca enfeksiyon kaynağı, hasta insanın balgamı ve enfekte bir materyaldir (7,10).

Alınan bakteri miktarı arttıkça enfeksiyon olasılığı ve hastalığın ciddiyeti artar. Enfekte kişinin direnci genetik, fizyolojik, çevresel, toksik, immünolojik etkenler gibi kompleks bir savunma mekanizmasıdır (7,10,19).

Genel olarak risk faktörlerinin başlıcaları şunlardır;

. Yaş: Genç erişkinlerde (15-35 yaş) ve yaşlılarda (65 yaşın üzeri) tüberküloz oranı yüksektir.

. Şehirleşme ve sanayileşme: Tüberküloz, şehirlerde kırsal kesimlere oranla daha yüksektir ve bu nedenle şehirlerde morbidite ve mortalite kırsal kesimlerden daha fazladır.

. Ekonomik durum: Büyük şehirlerde, yoksul kesimlerde yaşayan, 35 yaşından küçüklerde hastalık ve ölüm oranı, ekonomik durumu iyi olanlara oranla üç kat daha fazladır (14,18).

Aşırı alkol alınması, ağır beslenme yetersizlikleri, kortikosteroid ve immünoşüpresif ilaç alınması, ruhsal sıkıntı ve bunalımlar, diyabet, silikozis, mide rezeksiyonu ve böbrek transplantasyonu, nedeni bilinmeyen durumlar risk faktörleri arasında yer almaktadır (2,7,10,12,14,19).

TÜBERKÜLOZDA BULAŞMA

Hastalık "damlacık çekirdekleri" ile hastalardan sağlamlara hava yolu ile geçmektedir. Aksırma veya konuşma sırasında çıkarılan ve üzerinde basil taşıyan damlacıkların normal insanlar tarafından inhale edilmesiyle bulaşır (2,3).

Çevre havasına yayılan damlacık çekirdekleri kapalı oda havasında süspansiyon halinde kalırlar, yere çökmezler. Ancak hava akımı ile kapalı yerlerden dışarı atılır ve böylece hem dilüe olur hem de dışarı havasında ultraviyole ile

ölürler. Araştırmalara göre, havada enfeksiyöz damlacık çekirdeği yoğunluğu, çok düşük bulunmakla beraber, insandan insana enfeksiyonu bulaştıracak sayıda olduğu söylenmektedir. Damlacık çekirdekleri 1-10 mikron büyüklüğündedirler. Alveollere erişebilme özelliği vardır, oysa büyük partiküller, üst solunum yolundaki silialar tarafından tutulurlar ve öksürük refleksi ile dışarı atılırlar. Damlacık çekirdekleri basit gaz maskelerinden geçebilirler. Öksürürken ağız ve burunun elle kapatılması damlacıkların çevreye saçılmasını önleyemez, ancak birkaç kat kağıt mendil ile önlenabilir (7,10,12).

Damlacıklar inhale edilip bronşlardan alveollere geçince çoğalmaya başlarlar. Bölge lenf bezlerine ve bazen kan yolu ile diğer organlara yayılırlar (14,18).

Tüberküloz bağırsak yolu, tonsil yolu, deri yolu gibi daha seyrek rastlanan üç yolla da bulaşabilir. Primer tüberküloz enfeksiyonu, gastrointestinal yoldan da alınabilir. Bu yolla bulaşma, başlıca sığır tipi tüberküloz basili enfeksiyonlarında oluşur. Hasta ineklerin bol miktarda basil içeren sütlerinin çiğ içilmesi ile, özellikle bebeklerde ileumda primer enfeksiyon gelişebilir. Sütlerin pastörizasyonu veya süt mamullerinin kaynatılmış sütlerden üretilmesi bulaşmayı önler (2,7).

Primer enfeksiyon, sığır tipi basillerle tonsillerde de gelişebilir, çoğu kez servikal lenf adenitte bulunur (1, 17).

Labaratuarda çalışan kişilerin enfekte materyelleri çıplak elle incelemesiyle ayrıca aktif hastalık gelişen insanlarla yakın temasta bulunan kedi, köpek gibi hayvanlar deri yolu ile enfeksiyon alabilirler. Daha sonra bu hayvanlarda hastalık gelişirse yakın temasta buldukları hassas kişilere enfeksiyonu bulaştırabilirler (2,7,14).

TÜBERKÜLOZUN BELİRTİLERİ

Tüberküloz başlangıçta sinsidir, erken semptomlar kişiden kişiye farklılık gösterir. Uzun bir süre semptom vermeyebilir ve farkına varıldığında aktif hale gelmiş olabilirler. Tüberkülozun erken semptomları genellikle şüpheli semptomlardır, bu nedenle teşhiste hata yapılabilir (2,7, 10,12).

Genel belirtiler arasında halsizlik, iştah azalması, kilo kaybı, inatçı öksürük sayılabilir. Bu belirtiler aşırı çalışma, fazla sigara içme ve kötü beslenmeyede bağlanabilecek semptomlardır. Hastalık ilerledikçe ateş, gece terlemeleri, öksürük, balgam çıkarma, göğüs ağrısı, kan tükürme gibi semptomlarla ortaya çıkar (14,25,26).

TÜBERKÜLOZUN TANI YÖNTEMLERİ

Tüberkülozun kliniği; hastalık hikayesi ile fizik bulgulardan oluşan bu yöntem ancak akciğer tüberkülozu şüphesi veren uyarıcı ve yönlendirici niteliktedir (2,9).

Tüberkülin testi; tüberkülozun özellikle tüberküloz enfeksiyonunun tanısında ve epidemiyolojik araştırmalarda öteden beri kullanılan bir tanı yöntemidir (13,19).

Radyolojik inceleme; bir tüberküloz vakasının teşhisinde önemi olduğu kadar hastalığın gidişi ve tedavinin başarısı hakkında bilgi veren bir yoldur (20,24).

Bakteriyolojik inceleme; tüberküloz tanısının kesin kriteri balgam, mide suyu ve diğer materyellerde basil bulunmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü Tüberküloz Ekspertleri Komitesi raporunda "tüberküloz vakasının, balgamın yayma preparatında basil müsbet bulunan hasta" olarak tanımlanması bu konuya özel bir ağırlık getirmiştir (2).

Histolojik inceleme; bronkoskopi tekniği ile önem kazanmış bir yöntemdir. Bu yöntemle hastalık odağından alınacak doku materyalinde bakteriyolojik, histopatolojik incelemeler yapılmaktadır (19,24).

Deneme tedavisi; tüberküloz tedavisinde yardımcı bir kriterdir. Bahsedilen tanı yöntemlerinin menfi kaldığı, fakat klinik belirtiler ve diğer testlerle tüberküloz olasılığı yüksek bulunan hastalarda uygulanan tedaviden iki ay içinde alınacak olumlu sonuç tanıyı kanıtlar (20,24,25).

TÜBERKÜLOZUN SINIFLAMASI:

I. Akciğer tüberkülozu

1. Primer akciğer tüberkülozu
2. Post primer veya reenfeksiyon akciğer tüberkülozu

II. Akciğer dışı tüberküloz

AKCİĞER TÜBERKÜLOZU

İnsanların, tüberküloz basili ile enfekte olmalarından sonra tüberkülin müspetliği dışında hiç bir semptom ve fizik bulgu bulunmayabilir veya ağır öldürücü hastalık şekilleri oluşabilir. Ya da bu iki ekstrem uç arasında gerek lokalizasyon (akciğer, diğer organ veya dokularda) gerek yaygınlık ve nitelik bakımından birçok klinik formlar oluşabilir (2,7).

Akciğer tüberkülozu devrelerine göre ikiye ayrılır.

Primer Akciğer Tüberkülozu

Primer enfeksiyon, basilin inhalasyon yoluyla alınması nedeni ile ilk yerleşme akciğerlerin herhangi bir yerinde olabilir. Primer kompleks oluşumu ve enfeksiyonun bütün vücutta lenfo-hematojen yayılması ile karakterizedir. Primer tüberküloz her yaşta, fakat genellikle çocuklarda ve erişkinlerde (15-35 yaş arası) görülür (2,10).

Primer tüberküloz çok defa semptomsuzdur ve büyük bir çoğunluğu kendi kendine şifa bulmaktadır. Sonradan yapılan bir tüberkülin testinin pozitifliği şahsın enfeksiyon geçirmiş olduğunu meydana çıkarır. Bazı vakalar ise hafif solunum yolu enfeksiyonu tablosu ile seyreder. Öksürük, az miktarda balgam çıkarma, hafif ateş en sık görülen belirtilerdir (24,25).

Primer enfeksiyonun gelişimi süresinde en önemli olay basillerin kan dolaşımına karışmasıdır (2,10,24,25).

Post Primer Akciğer Tüberkülozu

Primer akciğer tüberkülozu ya tamamen iyileşir veya sekonder bir tüberküloz lezyonu meydana getirinceye kadar latent kalır. Bunun dışında allerji oluşumundan sonra meydana gelen bütün tüberküloz şekilleri post primer tüberküloz olarak kabul edilir (25).

TÜBERKÜLİN DERİ TESTİ

Tüberkülin deri testi 1907'de Von Pirquet tarafından keşfedilmiştir. Günümüzde ayırıcı tanıda ve yeni vakaların ortaya çıkarılmasında önemli ve spesifik bir testtir.

Tüberkülin, tüberküloz basil kültürünün filtrasyonundan elde edilmiştir. Tüberkülin enfekte olan kişilere verildiğinde bazı reaksiyonlar gösterir. Enfekte olmayanlarda çok az reaksiyon verir bazen de vermeyebilir. 1934'te Amerika'da duyarlılık oluşturmayan, saf, dayanıklı ve etkin bir tüberkülin türevi olan PPD (Pure Protein Derivative) elde edilmiştir. Bugün bu kullanılmaktadır.

PPD testlerinde "mantoux tekniği" ile yapılan testin en doğru sonucu verdiği kabul edilmiştir.

. Mantoux testi: Ön kolun flexor deri yüzeyi eterle temizlendikten sonra 0,1 ml PPD intra dermik enjekte edilir. Deride 6-10 mm çapında soluk renkli bir kabartı oluşması gerekir. Bu kabartı oluşmamışsa subkütan enjekte edildiği anlaşılır, bu durumda bir kaç cm uzaklıkta başka bir yere enjekte edilir. Kanatılmamaya dikkat edilir. Kontrol için diğer kola 0,1 ml serum fizyolojik intra dermik enjekte edilir.

. Mantoux testinin ölçülmesi ve yorumlanması: Enjeksiyondan 48 veya 72 saat sonra ölçülmelidir. Test yerinde gelişen endürasyonun çapı, aydınlık bir yerde şeffaf ve plastik bir cetvelle ölçülür.

- 10 mm endürasyon veya daha üstü pozitif reaksiyondur.
- 5-9 mm endürasyon şüpheli reaksiyondur.
- 0-4 mm endürasyon negatif reaksiyondur.

Tüberkülin testinin yorumlanmasında iki yönde yanlışlık olabilir. Birincisi tüberküloz enfeksiyonu olduğu veya geçirdiği halde tüberkülin testinin negatif olması, ikincisinde tüberküloz enfeksiyonu olmadığı veya geçirmediği halde tüberkülin testinin pozitif olmasıdır. Bunlara "yalancı negatif" veya "yalancı pozitif" denilmektedir (2,13,19,25).

TÜBERKÜLOZUN TEDAVİSİ

Son yıllarda bulunan etkili tüberküloz ilaçları ile tüberkülozda şifa oranı artmıştır. Tüberküloz kemoterapisinin bu yüksek başarısı, hastaya özgü ilaç rejiminin düzenlenmesi ve bu rejimin eksiksiz, düzenli, bilinçli şekilde uygulanmasına bağlıdır (19,20).

Kemoterapinin başarısı karşısında, cerrahi tedavi yavaş yavaş tedavi sahasını terketmiş durumdadır (25).

Tüberküloz basilleri üzerine etkili ilaçlar Tablo 1' de gösterilmiştir (2,10).

TABLO 1. TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

İLACIN ADI	GÜNLÜK DOZ	VERİLİŞ YOLU	YAN ETKİLERİ	ETKİNLİĞİ	KONTRENDİKASYONLARI
İsoniazid (INH)	5-10 mg/kg	Oral	Periferik nevrit, döküntü, toksikhepatit	Hızlı çoğalan basiller etkili	
Rifampicin(RIF)	10 mg/kg	Oral	Toksik hepatit, bulantı, kusma, akut böbrek yetmezliği, trombostopeni.	Hızlı ve yavaş çoğalan basillere etkili.	Karaciğer hastalıkları, mide ülseri, alkalizm.
Pyrazinamide(PZA)	45-50 mg/kg	Oral	Toksik hepatit, eklem ağrıları, gut, gastroentestinal bozukluklar, ateş, döküntü.	Hafif asit ortamda bulunan basillere etkili.	Karaciğer hastalıkları, mide ülseri, gut.
Streptomycin (SM)	15-20 mg/kg	I.M.	Denge ve iştihme bozuklukları, baş dönmesi, ataksi, böbrek bozukluğu.	Nötr ve hafif alkalen ortamda hızla çoğalan basillere etkili.	Böbrek bozukluğu.
Ethambutol (EMB)	15-25 mg/kg	Oral	Optik nevrit, gastroentestinal bozukluklar, döküntü.	Direnç gelişmesini önler.	
Ethionamide(ETHIO)	15-30 mg/kg	Oral	Bulantı, kusma, iştahsızlık, ateş, döküntü, toksik hepatit.	Direnç gelişmesini önler. Yedek tedavide uygulanır.	Mide ülseri, karaciğer hastalıkları, alkalizm.
Cycloserine(CYC-CS)	10-20 mg/kg	Oral	Kişilik değişimleri, psikoz, döküntü, konvülsiyon.	Direnç gelişmesini önler.	Psikiyatrik bozukluklar, epilepsi.
Paraaminosalisilik asit (PAS)	150-200 mg/g	Oral	Bulantı, kusma, diare, toksik hepatit, ateş, döküntü.	Direnç gelişmesini önler.	Mide ülseri, karaciğer hastalıkları, alkalizm.
Capreomycin (CAP) Kanamycin (KM)	15 mg/kg	I.M.	Denge ve iştihme bozukluğu, ateş, böbrek bozukluğu.	Nötr ve hafif alkalen ortamda hızla çoğalan basillere etkili.	Böbrek bozukluğu.

TÜBERKÜLOZDAN KORUNMA

Başlıca üç ana prensibe dayanır.

1. Enfeksiyondan korunma,
2. Vücut direncini arttırma,
3. Kemoprofilaksi (ilaçla korunma) (3,7,10).

Enfeksiyonlardan Korunma:

a) Enfeksiyon kaynağının ortadan kaldırılması; başlıca enfeksiyon kaynağı hasta insanlar ve hayvanlardır. Hasta insanları yataklı tedavi kurumlarında, tedavi altına almalı, hasta hayvanlar yok edilmelidir.

b) Enfeksiyonun yayılma yollarının engellenmesi; çevre koşullarının düzenlenmesine ve sosyo-ekonomik, kültürel düzeyin yükselmesine bağlıdır.

Vücut Direncini Arttırma:

- . Yeterli beslenme,
- . Biyolojik, fizik ve sosyal çevre koşullarını geliştirme,
- . Kişinin, vücut direncini azaltan enfeksiyon ve kronik hastalıklardan korunma,
- . Aile planlamasında bu konunun önemle vurgulanması ile sağlanır.

Vücut direncini arttırmada, tüm bunların yanısıra yapay bağışıklığın da sağlanması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Verem Savaş Derneği Eksperler Komitesi, gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz epidemisi devam ediyorsa BCG aşısı uygulanmasını önermektedirler (2,3,7,10,19).

BCG Aşısı (Bacillus Calmette Guerin):

Aşı enfeksiyonu almamış olanlarda enfeksiyon ve dolaşısıyla hastalık gelişmesini önlemek amacıyla uygulanır. Aşının, sağladığı bağışıklık yaklaşık %80 oranındadır. BCG

tüberküloz kitle korunmasında yararlı bir aşıdır. BCG aşısı iyi saklanmalıdır, güneş ve gün ışığında etkisi azalır. Eskiden kullanılan BCG aşısı sıvı şeklinde olup, bir haftadan kısa bir sürede uygulanması gerekirdi. Son yıllarda "kuru donmuş BCG" aşıları yapılmıştır. Bu kuru aşılar 6°C de bir yıl saklanabilir. Sulandırıldıktan sonra 24 saat içinde kullanılmalıdır (2,17,19).

Aşının Uygulanması ve Değerlendirilmesi:

0,1 ml BCG alt deltoit bölgesine İntradermal (I.D.) enjekte edilir. BCG multipdelme yapan gereçlerle de enjekte edilebilir. Aşıdan 3-4 hafta sonra bir papül oluşur, birkaç hafta sonra bu papülde hafif bir ülserasyon belirir ve geçer, BCG den yaklaşık üç ay sonra tüberkülin pozitif olur.

BCG aşısı tüberkülin reaksiyonu menfi olan sağlıklı tüm şahıslara yapılabilir. Aşı uygulanmasından sonra 5-8 yılda korunmanın yüksek düzeyde olduğu ve sonra giderek düştüğü saptanmıştır. Bu nedenle aşının, doğumdan sonraki ilk bir ay içinde, ilk okulda ve ortaokulda tekrarı gerekir (2, 17,18).

Aşı Komplikasyonları:

Bazen BCG nin yapıldığı yerde sekonder infeksiyon, nadir olarak abseleşme, çok nadir olarak da lokal lupoid reaksiyon gelişir. Nadir olarak eritema nodosum ve ürtiker meydana gelebilir. Tüm komplikasyonlar %2 oranındadır ve büyük çoğunluğu belirsiz niteliktedir (3,10,19).

Kemo-Profilaksi (İlaçla Korunma):

Tüberkülozda kemoprofilaksi, bireylerin tüberküloz enfeksiyon ve hastalığından korunmalarını tanımlayan bir terimdir (2,10).

Kemoprofilaktik olarak kullanılan ilaç INH (isoniazid) tir.

Kemoprofilaksi önerilen gruplar:

- a) Yeni hastaların ev içi ve yakın temasları,
- b) Yeni enfekte olmuş kişiler,
- c) İnaktif parankim lezyonları,
- d) Fibrotik lezyonlar,
- e) Özel klinik durumlu tüberkülin testi müspetler,
- f) Tüberkülin testi müsbet, 35 yaştan küçük olanlar,
- g) Tüberkülin testi müsbet, 35 yaştan büyük olanlarda koruyucu tedavi ancak özel koşullarda uygulanmalıdır(2, 10).

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNDA BESLENMENİN ÖNEMİ

Tüberküloz bulaşıcı özellik gösteren enfeksiyon grubu hastalıklardan birisidir. Türkiye'de tüberkülozun artışına yol açan nedenlerden birisi beslenme yetersizliğidir. Bütün enfeksiyöz hastalıklarda olduğu gibi tüberkülozun ortaya çıkmasında da beslenme yetersizliğinin rolü olduğu söylenmektedir (4,5,7,19).

Birinci Dünya savaşında, açlık senelerinde tüberkülozda büyük sayıda artış olması, beslenmenin ve yaşam koşullarının bu hastalıktaki önemini vurgulamaktadır (14,21).

Afrika'nın Kwazulu bölgesindeki 4 misyon hastanesinde yatan 207 hastanın beslenme durumlarını saptamak amacıyla bir çalışma yapılmış, hastaların %30'unda malnutrisyon klinik belirti olarak saptanmış ve bunların %56'sı akut enfeksiyonlu ve %38'i aktif tüberkülozlu bulunmuştur (7).

Çağımızda gelişmekte olan ülkelerde enfeksiyon hastalıkları halen başta gelen ölüm nedenlerindedir. Kötü çevre koşulları, yetersiz ve dengesiz beslenme, temel sağlık bilgilerindeki besin sanitasyonundaki eksiklikler ve yanlışlıklar bu sonucun temelini oluşturmaktadır. Gelişmekte olan

ülkelerde besin maddelerinin toplumsal gruplar arasında dengesiz dağıldığı ve en yoksul grupların eksik ve yanlış beslenmenin tehlikelerine açık olduğu görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde beslenme eksiklikleri yoksulluğun temel sonucudur (4,5).

Bugün kırsal alanda yaşayan ailelerin hemen hepsinde, kentlerde ise ekonomik gücü çok yüksek olmayan ve özellikle yoksul, dar ve sabit gelirli ailelerde yenilen yiyeceklerin basit, az çeşitte, az masraflı hazırlanan yemekler olduğu araştırmalarla saptanmıştır. Özellikle hayvansal besinlerin miktar ve çeşit olarak giderek az tüketilmekte olduğu saptanmıştır. Beslenme yetersizliği enfeksiyonlara ve bunların komplikasyonlarına ortam hazırlayarak bağışık yanıttta yetersizliğe neden olmaktadır (7).

Besinin kalite ve miktarının azalması yanında beslenme alışkanlığındaki değişmeler de vücut direncinin kırılmasında rol oynamaktadır. Bu durumda vücut tüm mikroorganizmalara karşı açık ve dayanıksız hale gelmektedir.

Tüm bu nedenlere dayanarak; tüberkülozlu kişinin vücut direncini arttırmak veya korumak ve zarar gören akciğer dokularının iyileşmesini sağlamak için yeterli ve dengeli beslenme rejimine gereksinimi vardır (4,5,7,17).

AKCİĞER TÜBERKÜLOZLU HASTADA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

19. Yüzyılın başlarında tüberküloz ölüme neden olan hastalıkların listesinde başta yer almaktaydı. 1950'li yıllarda antitüberküloz ilaçların bulunması ve yaygın olarak kullanılmasından sonra gittikçe azaldı, aynı zamanda hastaların hastane dışında tedavileri mümkün hale geldi. Bununla birlikte, bazı hastalar, bazı dönemlerde hastaneye yatmak zorundadır. Hemşirelerin hastalara kapsamlı bir hemşirelik bakımı uygulaması için bilgi ve becerilerinin iyi düzeyde olması gerekmektedir (14,17,18).

Tüberkülozlu hastanın, hemşirelik bakımındaki amaçları şu şekilde sıralanabilir:

İZOLASYONU SAĞLAMAK

İzolasyon tüberküloz basilinin hastadan çevreye yayılmasını ve bulaşmasını önlemek amacıyla uygulanır. Hastanın basil yayma devresinde; tek kişilik bir odada kalması ve bu devrede hasta ile temasta bulunanların maske kullanması önemlidir. Hasta maske kullanmak istemiyorsa, öksürme ve hapşırma esnasında ağızını, burnunu bir kaç katlı kağıt mendil ile kapatması konusunda eğitilmesi gereklidir. Bu kağıt mendiller naylon torba içinde biriktirilip mutlaka imha edilmeli.

Hasta odasının güneş görmesine ve iyi havalandırılmasına dikkat edilmelidir. Güneş ışığı (ultraviyole)nin mycobacterium tüberkülozisi öldürücü etkisi vardır. Hasta odasının havalandırılması sırasında, kapının kapalı olup pencere veya balkon kapısının açık olmasına dikkat edilmeli. Yeterli güneş görmeyen, havalandırılmayan odalar ultraviyole cihazlarıyla steril edilmelidir (12,17,19).

AKTİVİTE

Hastaların aktiviteleri tedavinin ilk haftalarında büyük ölçüde kısıtlanır. Genellikle halsizlik, aşırı yorgunluk hissi, hastaların faaliyetlerini, büyük ölçüde kısıtlar. Hasta aktivitelerinin kısıtlanmasından rahatsız olursa ve bu konuda ikna edilemezse temel gereksinimlerini karşılamak için, faaliyetlerine izin verilebilir. Hastanın genel durumunda düşünülerek giderek arttırılan faaliyetler planlanmalıdır. Hemşire plan yaparken hastanın da görüşlerini almalı, onun hoşlandığı ve zevk aldığı konularda faaliyetler saptanmalıdır (12,17,19).

BESLENME

Yeterli beslenme, doğal vücut direncini arttırmak ve zarar gören akciğer dokusunun onarılmasına yardım etmek için önemlidir. Tüberkülozun semptomlarından iştahsızlık buna bağlı olarak aşırı kilo kaybı, hastanın vücut direncinin düşmesine neden olmuştur. Dengeli düzenlenmiş beslenme rejimleri hastanın kaybetmiş olduğu vücut direncini tekrar kazandırır ve korunmasını sağlar. Dengeli düzenlenmiş bir diyet, protein, mineral, vitamin ve yağlardan zengin olmalıdır (4,5).

Bu hastaların iştahsız olması nedeniyle; yemekler iştah açıcı bir şekilde hazırlanmalı. Hastanın sevdiği yemeklere yer verilmeli. Yemek listesi hazırlanırken hastanın fikri alınmalı, gerekirse birlikte hazırlanmalı. STRES iştahı azaltacağı için hasta stresten uzak tutulmalı, psikolojik hemşirelik yaklaşımlarıyla hasta rahatlatılmalıdır (7, 17).

Sekresyon atılımını kolaylaştırmak için sıvı gıdalar verilmeli. Hasta yiyemiyorsa az ve sık öğünler halinde verilmelidir (4,5,6,7,12).

TEDAVİ

Hemşire, tedavide kullanılan ilaçların etki mekanizmasını, dozunu, veriliş yolunu iyi bilmelidir. Ayrıca; hastaları ilaçların yan etkileri açısından gözlemelidir. Hastaneden çıkan hastaya ilaçlarının kullanımı hakkında bilgi verilmelidir (2,17,19).

TANI YÖNTEMLERİ İÇİN HASTANIN HAZIRLANMASI VE MATERYAL TOPLANMASI

Tüberkülin deri testi; hastanın daha önce tüberküloz basiline alıp almadığını tayin etmeye yarayan bir metottür.

Bu testin tekniğinden ve değerlendirilmesinden daha önce bahsetmiştik.

Bu test yapılmadan önce test hakkında hastaya açıklayıcı bilgiler verilmelidir (2,17).

Radyolojik inceleme; hastanın hastalığının seyri ve takibi kullanılan bir yöntemdir. Akciğer filmi çekiminden önce hasta hazırlanmalıdır.

Bakteriyolojik inceleme tanı yöntemlerinden biridir. Bu inceleme için materyal toplarken bazı noktalara dikkat edilmelidir.

Balgam tetkikinde; balgamın ağız ve burun sekresyonları değil, akciğerlerden gelmesi önemlidir. Bu nedenle hastadan balgam özellikle sabahları derin öksürtülerek alınmalıdır (17,19).

Kültür için balgam alınacağı zaman, ağız antiseptiği kullanılmalıdır. Balgam kuru, steril ve sıkı kapağı olan bir kaba alınarak en geç iki saat içinde laboratuara ulaştırılmalıdır. Balgam çıkaramayan hastalar için aeresol ve nebulizatörler kullanılır veya postüral direnaja uygulanır. Balgamı yutan hastalardan balgam, túbajla sabah aç karnına alınır.

Gaita kültüründe mycobacterium tüberkülozis aranması barsak tüberkülozu olanlarda iyi sonuç veriyor (2).

Plevra sıvısı, kültür için ponksiyonla alınabilir. Alınan sıvı miktarı yeterli olmalıdır (2).

İdrardada mycobacterium tüberkülozis aranması için toplanır (2).

Serebro spinal sıvıda da mycobacterium tüberkülozis aramak için ponksiyonla mayi alınarak kültür yapılır (17).

Hemşire bütün bu uygulamalarda amacı ve uygulamaları hastaya açıklamalı, onun soru sormasına fırsat vermeli ve cevaplamalı (17).

Hemşire materyallerin, istenilen miktarda, kurallara uygun olarak alınmasını sağlamalı ve zamanında ilgili laboratuara ulaştırılmalıdır (2,17).

PSİKOLOJİK DESTEĞİN SAĞLANMASI

Tüberkülozlu hastalara bakım veren hemşirenin, tüberkülozu çok iyi bilmesi gerekmektedir. Çünkü hastaya yaklaşımlarında bilinçli ve iyi bir iletişim kurmasını sağlayacaktır.

Sağlık personelinin çekingen davranışları, hastayı ailesinden, yakın çevresinden ve toplumdaki uzaklaştıracaktır. Bu da hastada depresyon yaratacaktır.

Hemşire hastanın ve aynı zamanda hasta ailesinde hastalığı kabul etmesine yardımcı olmalıdır (12,17,19).

HASTANIN VE HASTA AİLESİNİN EĞİTİMİ

Tüberkülozlu hasta ailesine tüberküloz hakkında bilgi verilmelidir.

Aktif tüberküloz döneminde bulaşmayı önlemek için izolasyonun gerekliliği hastaya anlatılmalı, havalandırmanın önemi vurgulanmalıdır.

Hastalığın ailesine ve yakın çevresine bulaştırdığını düşünen hasta paniğe kapılacak ve suçluluk duyacaktır. Bu nedenle hastaya yasal olarak ailesinin ve yakın çevresinin taramadan geçirileceği ve de koruyucu tedavi altına alınacağı söylenmelidir (12,19).

Hastalığını kabul etmeyen hastalarla, ölüm korkusu taşıyan hastalara hemşire dikkatli ve kesintisiz bir tedavi ile tüberkülozun %100 iyileşebilen bir hastalık olduğunu anlatmalıdır. Böylece ilaçlarını düzenli almasını sağlamak daha kolay olabilir.

Kendisini iyi hissetse bile ilaçlarını almaya devam etmesinin ve kontrole gelmesinin önemi açıklanmalıdır(17).

Tedavi süresince, kendisini işe yaramaz hisseden hastayı, bu duygudan kurtarmak için hemşire ona bazı sorumluluklar vermeli, böylece hastayı sosyalleştirmelidir. Basit ve onu rehabilite edecek işler vermelidir.

Hastaya, kaybedilen vücut direncini yeniden kazanması için, beslenme ve istirahatının önemini vurgulamalı, hastanın hangi besinleri yemesi gerektiği konusunda bilgi vermelidir.

Psikolojik desteğin ve eğitiminin sağlanması sırasında, hastaların sosyokültürel ve ekonomik düzeyleri göz önüne alınmalıdır (12,17,18).

M A T E R Y E L V E M E T O D

Bu araştırma akciğer tüberkülozlu hastaların beslenme ile ilgili bilgi düzeyini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı servisinde yatarak tedavi gören ve poliklinikte takip edilen ayrıca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde yatarak tedavi gören akciğer tüberkülozlu hastalar arasında rastlantısal olarak seçilen 100 olgu üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Akciğer tüberkülozu ve bu hastalıkta beslenme ile ilgili literatür çalışmalarıyla standart bir görüşme cetveli gerçekleştirilmiştir (2,3,4,5,6,8,9).

Verileri toplamak için geliştirilen görüşme cetveli dört bölümden oluşmakta ve 50 soruyu içermektedir.

İlk 17 soru deneklerin sosyal, kültürel, ekonomik durumlarını, 18-29 arasındakiler akciğer tüberküloz hastalığı hakkındaki bilgilerini, 30-32 arasındakiler zararlı alışkanlıkları kapsamaktadır. 33-50 arasındaki sorular ise beslenme alışkanlıkları ve beslenmeyle ilgili bilgi sorularıdır. (Ek-1).

Verilerin toplanması sırasında uygun bir görüşme ortamı hazırlanarak bireysel görüşmeler yapılmıştır.

Deneklerin vücut ağırlıklarının değerlendirilmesinde, Türkiye koşullarında boy uzunluğuna göre ideal ağırlık tablosundan yararlanılmıştır (Ek-2,3).

Beslenme ile ilgili verilerin değerlendirilmesinde Türkiye için salık verilen günlük enerji ve protein tüketim

standartları (orta derecede fiziksel çalışma yapanlar için) tablosundan yararlanılmıştır (4,5,6), (Ek-4).

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, yüzdelik ve iki değişken arasındaki farkın önemlilik (ki-kare) testi kullanılmıştır (22,33).



B U L G U L A R

Araştırmamız, İstanbul Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı servisinde yatan ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde takip edilen ayrıca Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde yatarak tedavi edilmekte olan akciğer tüberkülozlu hastalar arasında rastlantısal örnekleme sistemi ile seçilen 100 denek üzerinde yapılmıştır.

SOSYAL KÜLTÜREL EKONOMİK DURUMLARINA AİT ÖZELLİKLER

CİNS: Araştırma kapsamına alınan toplam denek sayısı 100 olup, bunların 25'i (%25) kadın, 75'i ise (%75) erkektir.

YAŞ: Deneklerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 21-50 yaş grubunda 63 denek (%63) olduğu görülmektedir. En genç denek 14, en yaşlı denek ise 68 yaşındadır.

MEDENİ DURUM: Deneklerin 49'unun (%49) bekar, 48'inin (%48) evli, 3'ünün (%3) dul olduğu saptanmıştır.

BAŞKA HASTALIKLARININ OLMA DURUMU: Araştırma kapsamına alınan deneklerin 75'inin (%75) sadece akciğer tüberküloz tanısı taşıdığı, 25'inin (%25) ise akciğer tüberkülozuyla birlikte plörezi, diabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi hastalıklarında olduğu görülmüştür.

STANDARDA GÖRE VÜCUT AĞIRLIĞI: Deneklerin 46'sının (%46) boy uzunluklarına göre normal ağırlıkta, 39'unun(%39) zayıf, 15'inin (%15) şişman veya hafif şişman olduğu saptanmıştır.

EĞİTİM DURUMU: Deneklerin eğitim durumu Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo-2. Deneklerin Eğitim Durumlarının Dağılımı.

EĞİTİM DURUMU	SAYI	%
Okuryazar olmayan	10	10.0
Okur yazar	3	3.0
İlkokul mezunu	52	52.0
Ortaokul-lise mezunu	29	29.0
Lise üzeri eğitim	6	6.0
TOPLAM	100	100.0

MESLEK: Araştırma kapsamına alınan deneklerin mesleklerine göre dağılımları Tablo-3'te gösterilmiştir.

Tablo-3. Deneklerin Mesleklerine Göre Dağılımları.

MESLEK	SAYI	%
Ev Hanımı	21	21.0
İşçi	12	12.0
Memur	15	15.0
Öğrenci	12	12.0
Esnaf	5	5.0
Serbest	27	27.0
Emekli	7	7.0
İşsiz	1	1.0
TOPLAM	100	100.0

ÇALIŞTIĞI KURULUŞ: Deneklerin 47'sinin (%47) çalışmakta, 31'inin (%31) özel iş yerinde, 15'inin (%15) devlet kuruluşunda, 7'sinin (%7) serbest çalıştığı saptanmıştır.

AİLENİN AYLIK GELİRİ: Araştırma kapsamına alınan deneklerin ailelerinin aylık gelir durumlarını incelediğimizde, 100 binin altında 13 denek (%13), 100-150 bin arası 17 denek (%17), 200-300 bin arası 44 denek (%44), 300 binin üzeri gelire sahip olan 10 denek (%10) bulunmuştur.

KONUT TİPİ VE ODA SAYISI: Deneklerin oturdukları konutların tipi Tablo-4 te gösterilmiştir.

Tablo-4. Deneklerin Konut Tipi Dağılımı.

KONUT TİPİ	SAYI	%
Apartman	60	60.0
Gecekondu	16	16.0
Ahşap ev	24	24.0
TOPLAM	100	100.0

Deneklerin oturduğu konutun kiralık olup olmadığını incelediğimizde 41'inin (%41) kira ile oturdukları, 59'unun (%59) kira ödemedikleri görülmüştür.

Deneklerin oturdukları konutların oda sayısını incelediğimizde, 53'ünün (%53) 3 odalı, 19'unun (%19) 2 odalı, 19'unun (%19) 4 odalı, 5'inin (%5) 1 odalı, 4'ünün (%4) 5 odalı olduğu saptanmıştır.

AİLEDE ÖGE SAYISI: Deneklerin ailedeki öge sayısına göre dağılımları Tablo-5'te gösterilmiştir.

Tablo-5. Deneklerin Ailedeki Öge Sayısına Göre Dağılımları.

AİLEDE ÖGE SAYISI	SAYI	%
1 Kişi	10	10.0
2 Kişi	5	5.0
3 Kişi	14	14.0
4 Kişi	17	17.0
5 Kişi	26	26.0
6 Kişi	16	16.0
6 Kişi üzeri	12	12.0
TOPLAM	100	100.0

Deneklerin ailedeki öge sayısı ile oturdukları konutların oda sayısı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2:63.05$, s.d.:1, $p<0.001$) (Tablo-6).

Tablo-6. Deneklerin Ailedeki Öge Sayısıyla, Oturdukları Konutların Oda Sayısının Dağılımının Karşılaştırılması.

Öge Sayısı	Oda Sayısı		TOPLAM
	1-2	3-5	
1-3 Kişi	8	21	29
	33.3	27.6	29.0
4 ve 4 Kişinin Üzeri	16	55	71
	66.7	72.4	71.0
TOPLAM	24	76	100
	24.0	76.0	100.0

$\chi^2: 63.05$, s.d.:1, $p<0.001$

HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİLER

AKCİĞER TÜBERKÜLOZ ŞİKAYETLERİNİN BAŞLAMA DURUMLARI:
Araştırma kapsamına alınan deneklerin ilk şikayetlerinin başlama zamanlarını araştırdığımızda, 51'nin (%51) 6 ay, 18'inin (%18) 1 yıl önce başladığı, 31'nin (%31) ise 1 yıldan daha eskiye dayandığı saptanmıştır.

İLK KEZ DOKTORA MÜRACAAT ETME DURUMLARI:

Deneklerin şikayetlerinin başlamasından itibaren doktora müracaat etme sürelerini araştırdığımızda deneklerin 42'sinin (%42) 1 hafta içerisinde, 37'sinin (%37) 1 haftadan sonra 1 ay içerisinde, 21'inin (%21) ise 1 aydan sonra müracaat ettiği belirlenmiştir.

İLK KEZ MÜRACAAT ETTİKLERİ YER: Deneklerin ilk kez müracaat ettikleri yer Tablo-7'de gösterilmiştir.

Tablo-7. Deneklerin İlk Kez Müracaat Ettikleri Yerlerin Dağılımı.

MÜRACAAT YERİ	SAYI	%
Sağlık Ocağı	20	20.0
Tam Teşekküllü Hastane	45	45.0
Özel Muayenehane	7	7.0
Özel Klinik	28	28.0
TOPLAM	100	100.0

HASTALIKLARINI BİLME DURUMLARI: Deneklerin hastalıklarına bilme durumlarına incelediğimizde 64'ünün (%64) bildiği, 36'sının (%36) bilmediği saptanmıştır.

AKCİĞER TÜBERKÜLOZUNUN BULAŞICILIĞINA İLİŞKİN BİLGİ DURUMLARI: Deneklerin akciğer tüberkülozunun bulaşıcılığına ilişkin bilgilerini incelediğimizde 45'inin (%45) "bulaşıcı değildir", 55'inin (%55) "bulaşıcıdır" şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır.

Deneklerin hastalığın bulaşma yollarına ilişkin bilgi dağılımları ise Tablo-8'de gösterilmiştir.

Tablo-8. Deneklerin Hastalığın Bulaşma Yollarına İlişkin Bilgi Dağılımları.

BULAŞMA YOLLARINI	SAYI	%
Bilen	33	33.0
Bilmeyen	51	51.0
Yetersiz Bilen	16	16.0
TOPLAM	100	100.0

HASTALIĞIN BELİRTİLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DURUMLARI: Deneklerin hastalığın belirtilerine ilişkin bilgilerini incelediğimizde 49'unun (%49) bildiği, 35'inin (%35) bilmediği, 16'sının (%16) yetersiz bildiği görülmüştür.

TÜBERKÜLOZ AŞISI (BCG) OLMA DURUMLARI:

Deneklerin tüberküloz aşısı (BCG) olma durumları Tablo-9'da gösterilmiştir.

Tablo-9. Deneklerin BCG Aşısı Olma Dağılımı.

BCG AŞISI	SAYI	%
Olan	73	73.0
Olmayan	7	7.0
Bilmeyen	20	20.0
TOPLAM	100	100.0

BCG aşısı olan deneklerin en son ne zaman yaptırdıklarının dağılımı Tablo-10'da gösterilmiştir.

Tablo-10. Deneklerin En Son BCG Aşısı Olmalarının Zaman Dağılımı.

ZAMAN	SAYI	%
0-6 ay	3	4.1
6 ay-1 yıl	5	6.8
1 yıl-5 yıl	7	6.6
5 yıldan eski	54	74.0
Bilmeyen	4	5.5
TOPLAM	73	100.0

AİLEDE BAŞKA AKCİĞER TÜBERKÜLOZ HASTASI BULUNMA DURUMLARI: Deneklerin ailesinde başka hasta olup olmadığını incelediğimizde oluşan dağılım Tablo-11'de gösterilmiştir.

Tablo-11. Ailede Başka Tüberkülozlu Olup Olmamasına Göre Dağılımı.

BAŞKA HASTA	SAYI	%
Var	11	11.0
Yok	89	89.0
TOPLAM	100	100.0

Ailede bulunan diğ er hastaların 10'unun (%91) tedavi olduğu, 1'inin (% 9) tedavi olmadığı saptanmıştır.

ALIşKANLIKLARA İLİşKİN ÖZELLİKLER

SİGARA: Deneklerin sigara içme durumları Tablo-12'de gösterilmiştir.

Tablo-12. Deneklerin Sigara İçme Durumları.

SİGARA	SAYI	%
İçen	44	44.0
İçmeyen	56	56.0
TOPLAM	100	100.0

Sigara içen deneklerin günlük sigara miktarları Tablo-13'te gösterilmiştir.

Tablo-13. Sigara İçen Deneklerin, Sigara İçme Miktarları.

MİKTAR/ADET	SAYI	%
1-9	5	11.4
10	11	25.0
20	12	27.2
20'nin üzeri	16	36.4
TOPLAM	44	100.0

Sigara içen deneklerin sigara içme süreleri Tablo-14'te gösterilmiştir.

Tablo-14. Sigara İçen Deneklerin Sigara İçme Süreleri.

SÜRE/YIL	SAYI	%
0-5	7	15.9
5-10	7	15.9
10-15	13	29.6
15'in üzeri	17	38.6
TOPLAM	44	100.0

ALKOL: Deneklerin alkol içme durumları Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo-15. Deneklerin Alkol İçme Durumları.

ALKOL	SAYI	%
İçen	9	9.0
İçmeyen	91	91.0
TOPLAM	100	100.0

Alkol içen deneklerin alkol içme miktarları Tablo-16'da gösterilmiştir.

Tablo-16. Alkol İçen Deneklerin Alkol İçme Miktarları.

MİKTAR	SAYI	%
Hergün 1 Duple	2	22.2
Haftada 1 Duple	1	11.1
Hergün 1 Küçük Şişe	6	66.7
TOPLAM	9	100.0

Alkol içen deneklerin alkol içme süreleri Tablo-17'de gösterilmiştir.

Tablo-17. Alkol İçen Deneklerin Alkol İçme Süreleri.

SÜRE YIL	SAYI	%
0-5	0	0.0
5-10	1	11.1
10-15	2	22.2
15'in üzeri	6	66.7
TOPLAM	9	100.0

KAHVEYE GİTME ALIŞKANLIĞI: Deneklerin kahveye gitme alışkanlık dağılımı Tablo-18'de gösterilmiştir.

Tablo-18. Deneklerin Kahveye Gitme Alışkanlık Dağılımı.

KAHVE ALIŞKANLIĞI	SAYI	%
Var	30	30.0
Yok	70	70.0
TOPLAM	100	100.0

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

GÜNLÜK ÖĞÜN: Deneklerin günlük öğün sayısına göre dağılımları Tablo-19'da gösterilmiştir.

Tablo-19. Deneklerin Günlük Öğün Sayısına Göre Dağılımları.

ÖĞÜN SAYISI	SAYI	%
1	1	1.0
2	13	13.0
3	77	77.0
4	5	5.0
4'ün üzeri	4	4.0
TOPLAM	100	100.0

KAHVALTI ALIŞKANLIĞI: Deneklerin kahvaltı alışkanlıkları Tablo-20'de gösterilmiştir.

Tablo-20. Deneklerin Kahvaltı Dağılımı.

KAHVALTI	SAYI	%
Yapan	85	85.0
Yapmayan	15	15.0
TOPLAM	100	100.0

ÖĞÜN ARALARINDA BESLENME DURUMLARI: Deneklerin öğün aralarında beslenme alışkanlıklarını incelediğimizde saptadığımız dağılım Tablo-21'de gösterilmiştir.

Tablo-21. Deneklerin Öğün Aralarında Beslenme Dağılımı.

ÖĞÜN ARALARI BESLENMESİ	SAYI	%
Olan	82	82.0
Olmayan	18	18.0
TOPLAM	100	100.0

Öğün aralarında beslenme alışkanlığı olan deneklerin hangi tür yiyecekleri tükettiğini incelediğimizde, 5'inin (%6) simit ve türleri, 20'sinin (%24.5) meyve ve sebze tükettikleri, 57'sinin (%69.5) karışık yiyecekler tükettikleri görülmektedir.

Tablo-22. Deneklerin Öğün Arası Beslenmeleriyle, Yeterli Beslenip, Beslenmeme Durumlarının Karşılaştırılması.

ÖĞÜN ARASI BESLENME BESLENME	OLAN	OLMAYAN	TOPLAM
YETERLİ	13 15.9	1 5.6	14 14.0
YETERSİZ	69 84.1	17 94.4	86 86.0
TOPLAM	82 82.0	18 18.0	100 100.0

$\chi^2:0.58, s.d.:1, p>0.05$

Deneklerin öğün aralarında beslenme durumlarıyla yeterli beslenip, beslenmeme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.58$, s.d.:1, $p>0.05$) (Tablo-22).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin 23'ünün (%23) ailesiyle aynı tabaktan, 77'sinin (%77) ise ayrı tabaktan yemek yediği saptanmıştır.

ÇALIŞMA YERLERİNDE YEMEK DURUMU: Deneklerin çalıştıkları kurumda yemek verilip verilmediğini incelediğimizde, 22'sine (%41.5) iş yerinde yemek verildiği, 31'ine (%58.5) iş yerinde yemek verilmediği saptanmıştır.

İşyerinde yemek verilenlere, kaç öğün verildiğini incelediğimizde, 16'sına (%72.8) 1 öğün, 3'üne (%13.6) 2 öğün, 3'üne (%13.6) 3 öğün verildiği görülmüştür.

İş yerinde yemek verilmeyen deneklerin yiyeceklerini nereden temin ettiklerini sorduğumuzda, 9'unun (%29) evden, 13'ünün (%42) lokantadan, 9'unun (%29) büfeden temin ettikleri öğrenilmiştir.

GELİRİN, AİLENİN BESLENMESİNE AYRILAN MİKTARI: Deneklerin ailelerinin aylık gelirlerinin beslenmeye ayırdıkları miktarı incelediğimizde ortaya çıkan dağılım Tablo-23'te gösterilmiştir.

Tablo-23. Deneklerin Gelirlerinin Beslenmeye Ayırdıkları Miktar Dağılımı.

AİLE GELİRİNİN	SAYI	%
1/4'ü	18	18.0
2/4'ü	39	39.0
3/4'ü	40	40.0
Tamamı	3	3.0
TOPLAM	100	100.0

Deneklerin ailelerinin aylık gelirlerinin beslenmeye ayırdıkları miktar ile yeterli beslenip beslenmeme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($x^2:1.61$, s.d.:3, $p>0.05$) (Tablo-24).

Tablo-24. Deneklerin Aylık Gelirlerinin Beslenmeye Ayırdıkları Miktarlarla Yeterli Beslenip Beslenmeme Durumlarının Karşılaştırılması.

BESLENME	AYRILAN MİKTAR				TOPLAM
	1/4	2/4	3/4	4/4	
Yeterli	4 22.2	5 12.8	5 12.5	0 0.0	14 14.0
Yetersiz	14 77.8	34 87.2	35 87.5	3 100.0	86 86.0
TOPLAM	18 18.0	39 39.0	40 40.0	3 3.0	100 100.0

$x^2:1.61$, s.d.:3, $p>0.05$

KENDİ BESLENMELERİ İÇİN ÖZEL HARCAMA YAPMA DURUMLARI: Deneklerin kendi beslenmeleri için özel harcama yapma durumları Tablo-25'te gösterilmiştir.

Tablo-25. Deneklerin Kendi Beslenmeleri İçin Özel Harcama Yapma Dağılımı.

ÖZEL HARCAMA	SAYI	%
Yapan	49	49.0
Yapmayan	51	51.0
TOPLAM	100	100.0

Kendi beslenmeleri için özel harcama yapan deneklerin hangi tür yiyecekler yediklerinin dağılımı Tablo-26'da gösterilmiştir.

Tablo-26. Beslenmeleri İçin Özel Harcama Yapan Deneklerin Yiyecek Dağılımı.

YİYECEK	SAYI	%
Et	3	6.1
Süt ve Süt Ürünleri	4	8.1
Sebze-Meyve	5	10.2
Karışık	37	75.6
TOPLAM	49	100.0

Kendi beslenmeleri için özel harcama yapmayan deneklerin yapamama nedenini incelediğimizde, 21'nin (%41.1) gelirinin yetersiz olduğu, 30'unun (%58.9) ise özel beslenmeyi gereksiz gördükleri saptanmıştır.

BESLENME BİLGİLERİ

YETERLİ VE DENGELİ BESLENME BİLGİLERİ: Deneklerin yeterli ve dengeli beslenme bilgi durumlarının dağılımı Tablo-27'de gösterilmiştir.

Tablo-27. Deneklerin Yeterli Dengeli Beslenme Bilgilerinin Dağılımı.

YETERLİ VE DENGELİ BESLENMEYİ	SAYI	%
Bilen	53	53.0
Bilmeyen	47	47.0
Toplam	100	100.0

Deneklerin yeterli ve dengeli beslenme bilgileriyle eğitim durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (x^2 :15.22, s.d.:4, $p<0.05$) (Tablo-28).

Tablo-28. Deneklerin Beslenme Tanımıyla, Eğitim Durumlarının Dağılımlarının Karşılaştırılması.

BESLENME TANIMINI EĞİTİM DURUMU	BİLİYOR	BİLMİYOR	TOPLAM
Okur-Yazar Değil	1 1.9	9 19.1	10 10.0
Okur-Yazar	1 1.9	2 4.3	3 3.0
İlkokul Mezunu	26 49.1	26 55.3	52 52.0
Ortaokul-Lise Mezunu	19 35.8	10 21.3	29 29.0
Lise Üzeri	6 11.3	0 0.0	6 6.0
TOPLAM	53 53.0	47 47.0	100 100.0

$x^2:15.22, s.d.:4, p<0.05$

YETERLİ VE DENGELİ BESLENDİKLERİNE İNANMA DURUMLARI:
Deneklerin yeterli ve dengeli beslendiklerine inanma durumları Tablo-29'da gösterilmiştir.

Tablo-29. Yeterli ve Dengeli Beslendiğine İnanıp, İnanmadıklarının Dağılımı.

YETERLİ VE DENGELİ BESLENDİĞİNE	SAYI	%
İnanan	47	47.0
İnanmayan	53	53.0
TOPLAM	100	100.0

HASTALIĞIN İYİLEŞMESİNDE BESLENMENİN ÖNEMİ:

Deneklerin hastalığın iyileşmesinde beslenmenin öneme inanma durumları Tablo-30'da gösterilmiştir.

Tablo-30. Deneklerin Hastalığın İyileşmesinde Beslenmenin Önemine İnanma Dağılımı.

BESLENME	SAYI	%
Önemli	96	96.0
Önemsiz	4	4.0
TOPLAM	100	100.0

BESLENME KONUSUNDA BİLGİLERİN YETERLİLİK DURUMLARI: Deneklerin beslenme konusunda bilgilerinin yeterli olduğuna inanma durumları Tablo-31'de gösterilmiştir.

Tablo-31. Deneklerin Beslenme Bilgilerinin Yeterliliğine İnanma Dağılımı.

YETERLİLİK	SAYI	%
İnanan	71	71.0
İnanmayan	29	29.0
TOPLAM	100	100.0

YETERLİ VE DENGELİ BESLENME DURUMLARI: Deneklerin yeterli ve dengeli beslenip beslenmediklerini incelediğimizdeki durum Tablo-32'de gösterilmiştir.

Tablo-32. Deneklerin Yeterli ve Dengeli Beslenme Dağılımı.

YETERLİ DENGELİ	SAYI	%
Beslenen	14	14.0
Beslenmeyen	86	86.0
TOPLAM	100	100.0

Deneklerin yeterli ve dengeli beslenme durumları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında, istatikselsel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2:0.0$, s.d.:1, $p>0.05$) (Tablo-33).

Tablo-33. Deneklerin Cinsiyetiyle Beslenme Durumlarının Dağılımlarının Karşılaştırılması.

YETERLİ	CİNS		
	KADIN	ERKEK	TOPLAM
Beslenen	3 12.0	11 14.7	14 14.0
Beslenmeyen	22 88.0	64 85.3	86 86.0
TOPLAM	25 25.0	75 75.0	100 100.0

χ^2 : 0.0, s.d.:1 $p > 0.05$

Deneklerin tükettikleri günlük enerji ve protein miktarı ile standart enerji ve protein tüketim miktarlarının ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo-34).

Tablo-34. Deneklerin Tükettikleri Günlük Enerji ve Protein Miktarı ile Standart Enerji ve Protein Tüketim Miktarlarının Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	N	\bar{x}	μ	s.d.	t	SD	p
PROTEİN	100	53.57	63.75	28.80	3.3958	99	$p < 0.001$
ENERJİ	100	2100.6	2525	996.32	4.2571	99	$p < 0.001$

Deneklerin beslenme durumlarıyla, oturduğu konutun tipi karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (χ^2 :6.21, s.d.:2, $p > 0.05$) (Tablo-35).

Tablo-35. Deneklerin Beslenme Durumlarıyla, Konut Tipinin Dağılımlarının Karşılaştırılması.

YETERLİ	KONUT TİPİ			
	APARTMAN	GECEKONDU	AHŞAP EV	TOPLAM
Beslenen	5 8.3	2 12.5	7 29.2	14 14.0
Beslenmeyen	55 91.7	14 87.5	17 70.8	86 86.0
TOPLAM	60 60.0	16 16.0	24 24.0	100 100.0

$x^2:6.21, s.d.:2, p>0.05$

Deneklerin beslenme durumlarıyla, günlük öğün sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($x^2:16.53, s.d.:4, p<0.05$) (Tablo-36).

Tablo-36. Deneklerin Yeterli Beslenme Durumlarıyla, Günlük Öğün Sayısı Dağılımlarının Karşılaştırılması.

YETERLİ	ÖĞÜN SAYISI					TOPLAM
	1	2	3	4	5	
Beslenen	1 100.0	1 7.7	8 10.4	3 60.0	1 25.0	14 14.0
Beslenmeyen	0 0.0	12 92.3	69 89.6	2 40.0	3 75.0	86 86.0
TOPLAM	1 10.0	13 13.0	77 77.0	5 5.0	4 4.0	100 100.0

$x^2:16.59, s.d.: 4, p<0.05$

Deneklerin beslenme durumlarıyla standarda göre vücut ağırlıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($x^2:3.13, s.d.:2, p>0.05$) (Tablo 3.).

Tablo-37. Deneklerin Beslenme Durumlarıyla Vücut Ağırlıklarının Karşılaştırılması.

AĞIRLIK BESLENME	ŞİŞMAN			TOPLAM
	ZAYIF	NORMAL	HAFİF ŞİŞMAN	
Yeterli	6 15.4	4 87	4 26.7	14 14.0
Yetersiz	33 84.6	42 91.3	11 73.3	86 86.0
TOPLAM	39 39.0	46 46.0	55 55.0	100 100.0

$\chi^2:3.13, s.d.:2, p>0.05$

Deneklerin cinsiyete göre besinleri tüketim sıklığına göre dağılımları Tablo-38 ve Tablo 39'da gösterilmiştir.

Tablo-38. Kadın Deneklerin Besinleri Tüketim Sıklığına Göre Dağılımları.

TÜKETİM SIKLIĞI

BESİNLER	HER GÜN		GÜN AŞIRI		HAFTADA BİR		AYDA BİR	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Süt ve Süt Ürünleri	7	18.4	9	23.7	10	26.3	12	31.6
Yumurta-et Kurubaklagiller	0	0.0	5	21.7	13	56.6	5	21.7
Tahıllar	6	22.2	11	40.7	8	29.7	2	7.4
Sebze ve Meyvalar	15	55.6	5	18.5	5	18.5	2	7.4
Yağ ve Şekerler	3	11.1	9	33.3	11	40.7	4	14.9

Tablo-39. Erkek Deneklerin Besinleri Tüketim Sıklığına Göre Dağılımları.

TÜKETİM SIKLIĞI

BESİNLER	HER GÜN		GÜN AŞIRI		HAFTADA BİR		AYDA BİR	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Süt ve Süt Ürünleri	24	33.3	22	30.6	21	29.2	5	6.9
Yumurta-Et Kurubaklagiller	8	10.3	19	24.6	40	51.9	10	13.1
Tahıllar	30	41.1	19	26.0	21	28.8	3	4.1
Sebze ve Meyveler	35	47.9	22	30.1	13	17.9	3	4.1
Yağ ve Şekerler	10	13.7	32	43.9	21	28.7	10	13.7

T A R T I Ő M A

Tüberküloz, insanlık tarihi kadar eski bir hastalıktır. Her yaşta görülebilen özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olma özelliğini sürdürmektedir (2,3,19).

Tüberkülozun önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenmenin önemi hakkında toplumun bilgi sahibi olması gerekmektedir. Böylece tüberkülozun önlenmesinde bir gelişme sağlanmış olacaktır (7,19).

Yetersiz ve dengesiz beslenme, yaşlılık, şehirleşme, sanayileşme, sosyo-ekonomik durum, kültür düzeyi, zararlı alışkanlıkların olması, stres gibi durumlar, hastalığın risk faktörleri arasındadır (2,8,10).

Oysa ki, tüberküloz konusunda iyi eğitilmiş ve bilinçlendirilmiş bir toplumun, hastalığın riskini arttıran faktörlere ve bu faktörler arasında yer alan yeterli dengeli beslenme konusuna göstereceği dikkat, tüberkülozun ortaya çıkmasında, morbiditenin azalmasında önemli rol oynayacaktır (9,19).

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı servisinde yatan ve poliklinikte takip edilen, ayrıca Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde yatarak tedavi gören 100 olguda, gerçekleştirilmiştir. Deneklerin tüberküloz gibi önemli sağlık sorunumuzun ortaya

çıkmasında etken faktörlerden biri olan beslenme hakkındaki bilgi düzeyleri araştırılmış, elde edilen sonuçlar literatür bilgilerinin ışığı altında tartışılmıştır.

Araştırma grubunun %75'ini erkekler, %25'ini ise kadınlar oluşturmaktadır. Tüberkülozun erkeklerde görülme sıklığı kadınlarda görülme sıklığının iki katıdır (7). Bu bilgi ile bizim grubumuz paralellik göstermektedir.

Araştırma grubunun en küçüğü 14, en yaşlısı 68 yaşındadır. Deneklerin %63'ü 21-50 yaş grubundadır. Tüberkülozun genç erişkinlerde daha sıklıkla görülmesi o ülkede tüberkülozun henüz kontrol altına alınmadığını göstermektedir. Tüberkülozun kontrol altına alındığı ülkelerde genç nüfusta enfeksiyon oranı çok düşük olduğundan, bu hastalık hemen hemen yalnızca yaşlı kimselerde görülmektedir (7). Bizim sonuçlarımızda da deneklerin çoğunluğu genç erişkinlerden oluşmaktadır. Bu sonuç literatür bilgisi ile aynı doğrultudadır. Ülkemizde tüberkülozun henüz kontrol altına alınamayan bir hastalık olduğunu söyleyebiliriz.

Eğitim durumları incelendiğinde, ilkokul mezunları %52'lik oranla ilk sırayı almaktadır. İlkokul üzeri eğitim yapanların oranının %35 olduğu dikkate alındığında, %65 olgunun eğitim durumlarının yetersiz olduğu görülmektedir (Tablo-2). Bu sonuç Sarı'nın çalışmasına paralellik göstermektedir (19).

Deneklerin mesleklere göre dağılımları incelendiğinde, serbest çalışanlar %27 gibi bir oranla ilk sırayı almaktadır (Tablo-3). Meslekler ile deneklerin beslenme durumları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak fark anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur. Serbest çalışanlar, yeterli beslenenler içinde %29.6 gibi en yüksek oranı oluşturmaktadır. Bu meslek grubunun ekonomik durumlarının diğer meslek gruplarına oranla daha iyi olmasına bağlamaktayız.

Deneklerin akciğer tüberkülozundan başka hastalığı olup olmadığı incelendiğinde, %25'inin diabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, plörezi, romatoid artrit gibi hastalıkları da olduğu görülmüştür. %16'sının (14 denek) ise diabetli olduğu belirlenmiştir. Deneklerin görüşme cetvelinin doldurulması esnasında, bir vakada 3 aylık kortizon tedavisinden sonra akciğer tüberkülozunun geliştiği anlaşılmıştır. Diabetin ve kortikosteroid kullanımının tüberkülozun risk faktörleri arasında yer aldığı bilinmektedir (2,3). Bizim sonuçlarımızda literatür bilgisine uygunluk göstermektedir.

Deneklerin standarda göre vücut ağırlıkları incelendiğinde, %46'sı normal ağırlıkta, %39'u zayıf, %15'i şişman veya hafif şişman bulunmuştur. Beslenme durumlarıyla karşılaştırıldığında zayıf olanların %38.4'ünün (33 denek), normal olanların %48.8'nin (42 denek), şişman veya hafif şişman olanların %12.8'nin (11 denek) yetersiz beslendiği saptanmıştır. Deneklerin beslenmeleri ile standarda göre vücut ağırlıklarının arasında, istatistiksel olarak bir anlamlılık ($p > 0.05$) yoktur (Tablo-37). Kanımızca bunun nedeni, araştırma grubumuzun eğitim düzeyinin düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Deneklerin ailelerinin ekonomik durumları incelendiğinde, %46'sının gelirinin 200 binin altında, %44'ünün 200-300 bin arası, %10'unun 300 binin üzerinde olduğu görülmektedir.

Deneklerimizin çoğunluğunun, ekonomik durumlarının yeterli ve dengeli beslenme için, uygun olmadığı kanısındayız. Yeterli ve dengeli beslenmenin ekonomik koşullarla paralellik gösterdiği düşüncesindeyiz.

Deneklerin hastalıkla ilgili şikayetlerinin başlama zamanları incelendiğinde, %51'inin 6 ay öncesine, %49'unun

1 yıl ve 1 yıldan daha uzun zamana dayandığı bulunmuştur. Bununla birlikte doktora müracaat etme zamanları incelendiğinde %58 gibi çoğunluğunun doktora geç müracaat ettiği görülmüştür.

Hastalığın belirtilerine ilişkin bilgileri incelendiğinde, %35'inin akciğer tüberkülozunun belirtilerini bilmediği görülmüştür. Bunun sağlık eğitiminin yetersizliğinden kaynaklandığı kanısındayız. Çok önemli sağlık sorunlarımızdan biri olan bu hastalık hakkında yeterli sağlık eğitiminin okullarda ve iletişim kitle araçları ile halkımıza yapılması gereğine inanmaktayız.

Hastalığın bulaşma yollarına ilişkin bilgileri incelendiğinde, %33'ünün bildiği, %16'sının yetersiz bildiği, %51'inin bilmediği saptanmıştır (Tablo-8). Nedeninin yine toplumun bu konudaki eğitim yetersizliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Tüberkülozdan korunma BCG aşısı ile sağlanmaktadır. Sosyo-kültürel, ekonomik düzeyi yüksek ve tüberküloz insidansının düşük olduğu toplumlarda artık BCG aşısı ile koruma çalışmalarına son verilmiştir. Ancak, tüberküloz insidansının yüksek olduğu ülkemizde BCG aşısı, ile koruma çalışmalarının yeri önemlidir (7). BCG aşısı olma durumları incelendiğinde, %73'ünün olduğu, %7'sinin olmadığı, %20'sinin hatırlamadığı görülmektedir (Tablo-9).

BCG aşısının 5-8 yıl etkili olduğu araştırmalarla ortaya konulmuştur (2,18). Literatüre göre kişilerin 5 yılda bir BCG aşısı yaptırmaları gerekmektedir. Deneklerin BCG aşısı olma süreleri incelendiğinde ise %74'ünün (54 denek) aşılarının 5 yıldan daha uzun zamanı kapsadığı görülmektedir (Tablo-10). Bu çalışmamızda aşı olmayanların oranının (%67) ülkemiz için küçümsenmeyecek bir oran olduğu ve aşı olanların çoğunluğunun 5 yıldan daha uzun zamana rastladığı

dikkati çekmektedir. Deneklerin BCG aşısı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları kanısındayız. Bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmaya katılan denekler zararlı alışkanlıkları yönünden incelendiğinde, %44'ünün sigara içtiği, %56'sının içmediği görülmüştür. Sigara içenlerin beslenme durumlarına bakıldığında ise %86 (38 denek) gibi büyük bir oranın yetersiz beslendiği saptanmıştır. Çalışmamız Budak'ın araştırması ile paralellik sağlamıştır (7).

Aynı şekilde deneklerin alkol alışkanlıklarına bakıldığında %91'inin içmediği, %9'unun alkol içtiği görülmektedir. Alkol içenlerin %88.9'unun (8 denek) yetersiz beslendiği saptanmıştır. Sigara, alkol, kumar, gece hayatı, kahveye gitme gibi zararlı alışkanlıklar tüberkülozun ortaya çıkmasında önemli bir faktördür (2,3,10,25).

Ülkemizde tüberkülozun artışına yol açan önemli nedenlerden birisi beslenme yetersizliğidir (4,5,8). Kötü çevre koşulları, yetersiz ve dengesiz beslenme temel sağlık bilgisindeki eksiklikler ve yanlışlıklar bu hastalıktan ölüm nedenlerinin temelini oluşturmaktadır (4,5,8).

Denekler beslenme ile ilgili bilgileri, alışkanlıkları yönünden incelendiğinde:

Deneklerin günlük öğün sayıları incelendiğinde, %77'sinin 3 öğün, %13'ünün 2 öğün, %9'unun 4 ve 4 öğünün üzerinde yediği saptanmıştır (Tablo-19). Deneklerin öğün sayısı ile beslenme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur (Tablo-36).

Deneklerin kahvaltı alışkanlıkları incelendiğinde, %85'inin kahvaltı yaptığı, %15'inin yapmadığı görülmektedir. Kahvaltı yapanların %83.5'nin, kahvaltı yapmayanların tamamının %100'ünün yetersiz beslendiği saptanmıştır (Tablo-20). Araştırmamızdaki bu sonuç kahvaltının yeterli ve dengeli beslenmede önemli bir rolü olduğuna dikkati çekmektedir.

Deneklerin öğün aralarında beslenme alışkanlıkları incelendiğinde, %82'sinin ara öğün aldığı, %18'nin almadığı bulunmuştur (Tablo-21). Hangi tür yiyecekler tükettikleri incelendiğinde, %69.5 gibi (57 denek) çoğunluğun karışık yiyecekler tükettikleri bulunmuştur. Öğün arası beslenme ile yeterli ve dengeli beslenmeleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo-22). Bu inceleme sonucunda ara öğünlerde alınan besinlerin, besin değerleri yüksek olmayan yiyeceklerden oluştuğunu düşünmekteyiz.

Deneklerin çalıştıkları kurumda yemek verilme durumu incelendiğinde, %58.5'inin (31 denek) iş yerinde yemek verilmediği saptanmıştır. Bu deneklerinde %77.4'ünün (24 denek) yetersiz beslendiği görülmüştür.

Deneklerin ailelerinin aylık gelirlerinin beslenmeye ayırdıkları miktar araştırıldığında, %40'nın 3/4 üne, %39'unun 2/4 ünü, %18'inin 1/4 ünü, %3 ünün tamamını ayırdıkları görülmüştür. Deneklerin ayırdıkları miktar ile beslenme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo-24). Bunun beslenme konusundaki eğitim yetersizliğinden kaynaklandığı kanısındayız. Ayrıca beslenme için ayrılan bu miktarların günümüz koşullarına göre yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Deneklerin hastalıkları süresince kendi beslenmeleri için özel harcama yapma durumlarına baktığımızda %49'unun yaptığı, %51'inin yapmadığı görülmektedir (Tablo-25). Özel harcama yapanların %83.7 (41 denek) gibi oranla yetersiz beslendiği de görülmüştür. Özel harcama yapan deneklerin %75.6'sını (37 denek) karışık yediği saptanmıştır. Doğal vücut direncinin arttırılması ve zarar gören akciğer dokusunun onarılmasına yardım etmek için özellikle hastalık süresince beslenmenin öneminin daha da arttığı bilinmektedir (4,5). Araştırmamızda deneklerin sağlık eğitiminin yetersizliği ve ekonomik yetersizliğin olduğu dikkati çekmektedir.

Deneklerin, yeterli ve dengeli beslenme tanımı sorulduğunda %53'ünün bildiği, %47'sinin bilmediği görülmektedir (Tablo-27). Deneklerin beslenme tanımını bilme durumlarıyla eğitim durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur (Tablo-28). Eğitim seviyesi yükseldikçe yeterli ve dengeli beslenme tanımını doğru cevapladıkları saptanmıştır. Eğitimin rolü buradada açıkça görülmektedir.

Deneklerin yeterli ve dengeli beslendiklerine inanma durumları incelendiğinde, %53'ünün inanmadığı, %47'sinin inandığı görülmüştür (Tablo-29). Yeterli ve dengeli beslendiğine inanların %83'ünün (39 denek) yeterli beslenmediği tespit edilmiştir.

Deneklerin beslenme konusunda bilgilerinin yeterliliğine inanma durumları araştırıldığında %71'inin inandığı, %29'unun inanmadığı görülmüştür (Tablo-31). İnananların %83.1 oranında (59 denek) yetersiz beslendiği dikkati çekmektedir. İnanışları halde yeterli beslenememelerini sosyo-ekonomik ve eğitim durumlarına bağlayabiliriz. Bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastalığın iyileşmesinde beslenmenin önemine inanma durumlarına bakıldığında %96'sının inandığı, %4'ünün inanmadığı görülmektedir (Tablo-30). İnanma durumlarıyla beslenme durumlarına bakıldığında, inanmayanların %100'ünün, inananların %89.1'in (59 denek) yetersiz beslendiği görülmektedir. Bu sonucu, toplumumuzun eğitim yetersizliğine bağlamakta-
tayız.

Tüm bu incelemelerden sonra deneklerin yeterli ve dengeli beslenip beslenmediklerine baktığımızda %86'sının yeterli beslenmediğini, %14'nün yeterli beslendiğini görmekteyiz (Tablo-32).

Deneklerin yeterli ve dengeli beslenme durumları cinsiyet ile karşılaştırıldığında, kadınlarda yetersiz beslenme oranı %88 ile erkeklerde yetersiz beslenme oranı %85.3 arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo-33).

Deneklerin tükettikleri günlük enerji ve protein miktarlarının, Türkiye için salık verilen standart enerji ve protein tüketim miktarlarının, ortalamalarının kıyaslanmasında fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p<0.01$) bulunmuştur (Tablo-34). Deneklerin standartların çok altında beslendiği dikkati çekmektedir. Bu sonuç literatürlere uygunluk göstermektedir (4,5).

Bulgularımız, deneklerin beslenme konusunda ve tüberkülozla ilgili bazı konularda yetersiz bilgiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Deneklerin yetersiz ve dengesiz beslenme nedenini eğitim düzeylerinin, sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olmasına bağlamaktayız.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, akciğer tüberküloz tanısıyla İstanbul Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında ayrıca Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde tedavi edilmekte olan 100 olgunun "beslenme ile ilgili bilgi düzeyi" incelenmiştir. Bununla birlikte beslenmeye etken olan sosyal ekonomik kültürel durumları da araştırılmıştır.

Deneklerin çoğunun eğitim durumları düşük bulunmuştur. Beslenme ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Deneklerin akciğer tüberkülozu ve bunu hazırlayıcı faktörler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre, topluma akciğer tüberkülozu ve akciğer tüberkülozunda önemli bir yeri olan yeterli ve dengeli beslenme hakkında, etkili bir eğitim uygulaması aşağıdaki konularda yapılmalıdır.

. BCG aşısının önemi anlatılmalı, ayrıca tüberkülin taramalarına ağırlık verilerek aşılama yapılmalıdır.

. Kişisel ve çevre hijyeni hakkında bilgi verilmeli, akciğer tüberkülozunun bulaşıcılığı açısından hijyen kurallarının önemi vurgulanmalıdır.

. Akciğer tüberkülozunun belirtileri yönünden eğitilmeli ve tüberkülozun şüphe uyandıran belirtilerin görülmesi halinde, nereye baş vuracakları öğretilmelidir.

. Tüberkülozun bulaşma yolları hakkında aydınlatılması ve gerekli önlemleri almaları konusunda bilinçlendirilmelidir.

. Akciğer tüberkülozundan korunma konusunda yeterli ve dengeli beslenmenin önemi vurgulanmalıdır.

. Bireylerin kendi yaşam şekillerine uygun beslenmenin nasıl olması gerektiği, beslenme konusunda doğru alışkanlıklar kazanmaları yönünden eğitim yapılmalıdır.

. Toplumun, akciğer tüberkülozu ve yeterli, beslenme konusundaki eğitiminde hemşirelere özellikle halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.

Ö Z E T

Bu çalışmada, akciğer tüberkülozlu hastaların beslenme ile ilgili bilgileri araştırılmıştır.

Araştırma grubu, İstanbul Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında ve Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde tedavi edilen hastalardan oluşmaktadır. Veriler görüşme cetveli kullanılarak toplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan 100 denneğin %75'i (75) erkek, %25'i (25) ise kadındır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin eğitim düzeyleri düşük bulunmuştur.

Araştırma grubunun %86'sının Türkiye için salık verilen standartların altında beslendiği, %14'ünün yeterli beslendiği saptanmıştır.

Araştırma grubunun ekonomik düzeylerinin yeterli dengeli beslenme için yetersiz olduğunu söyleyebiliriz.

Beslenme ile eğitim durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin tüberkülozun bulaşma yolları, hastalıktan korunma, hastalığın belirtileri gibi konularda yetersiz bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Bunun nedenini deneklerin sosyo-kültürel ve ekonomik düzeylerinin düşük olmasına bağlamaktayız.

S U M M A R Y

In this study, the knowledge of the patients with pulmonary tuberculosis about nutrition is investigated.

Research group was consisted of the patients at the department of pulmonary diseases of İstanbul Üniversty İstanbul Faculty of Medicine and Yedikule Public Hospital of Pulmonary Diseases. Data were collected by using conversation list.

There were 100 patients 75 % male, 25 % female in this study.

The education level of these patients was foud to be low.

86 % of the group was on poor nutrition and the level which was below the avarage of Turkish standarts and the nutrition status of the remainde 14 % was good.

We can say that the economic status of the patients were inadiquate for sufficient and balanced nutrition.

Comparing the nutrition level with the education level, the differences were found to be statistically meaingfull ($P < 0.05$).

In this study the knowledge of the patients about the contamination ways of tuberculosis and the sign of the diseases was found to be insufficient. We think that is related to the low socio-culturel and economic status of the patients.

K A Y N A K L A R

1. Abaoglu, C.: Semptomdan Teşhise. Formül Matbaası, İstanbul, 9. Baskı, 1985.
2. Akkaynak, S.: Tüberküloz. Ayyıldız Matbaası, Ankara, 1986.
3. Baykal, Y.: Tüberküloz. Çağ Matbaası, Ankara, 1982.
4. Baysal, A.: Beslenme. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2. Baskı, 1977.
5. Baysal, A.: Beslenme sorunlarının sosyal, kültürel, eğitim ve ekolojik etmenlerle ilgili nedenleri ve çözüm önerileri. Beslenme ve Diyet Dergisi, 10:50, 1981.
6. Baysal, A.: Yeterli ve dengeli beslenme rehberi. Edebiyat Fakültesi Matbaası, İstanbul, 1981.
7. Budak, N.: Tüberkülozlu hastalarda sosyo ekonomik ve beslenme durumunun iyileşme üzerine etkisi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1987.
8. Çalangu, S.: İç Hastalıkları. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Yayınları, Sanal Matbaacılık, İstanbul, 1982.
9. Erk, M., Türker, H., Küçükusta, A.R.: Kliniğimizde son beş yılda izlenen tüberküloz olgularına ait özellikler. Türkiye Solunum Araştırma Derneği Yayın Organı. Hilâl Matbaası, Cilt 9, İstanbul, 1986.
10. Gazioğlu, K.: Akciğer Hastalıkları. Sanal Matbaası, İstanbul, 1985.

11. Kasımoğlu, Ö.: Mikobakterilerin sınıflandırılması morfolojik ve kültürel özellikleri tanı yöntemleri. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayını No:8, Sivas, 1986.
12. Luckmann, J., Sorensen, K.C.: Medical Surgical Nursing. Saunders, Tokyo, 1982.
13. Özcan, M., Fazlı, Ş.A., Özbal, Y.: Tüberküloz ön tanılı olan ve olmayan hastalardan mikobakterilerin izolasyonu ve tip tayinleri. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayını, No:10, Sivas, 1986.
14. Perk, M.: Türkiye'de tüberküloz ve lepraepidemiolojisinde halk sağlığı eğitiminin etki dereceleri. Doktora Tezi, İstanbul, 1985.
15. Robinson, C.H., Lowler, M.R., Puplushing, M.CO.: Normal and Therapeutic Nutrition. 16. Basım, New-York, 1982.
16. Ronald, B.G., Richard, A.M., Richard, V.L.: Chest Medicine. Churchill Livingstone Include, New-York, 1983.
17. Shafer, S.N., Sawyer, J.R., Mc Cluskey, A.M., Beck, E.L., Phipps, W.J.: Tıbbi ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Çeviri: Eren Kum, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, No:2. Baskı.
18. Sakarya, Ö., Ünver, A.: Ankara Üniversitesi mediko sosyal merkezine başvuran öğrencilerin beslenme durumları. Beslenme ve Diyet Dergisi, Cilt 14, 1985.
19. Sarı, F.: Polikliniğe başvuran hastaların tüberkülozu meydana getiren sebepler hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988.
20. Toman, K.: Tuberculosis Case-Finding and Chemotherapy. Geneva, 1979.
21. Unat, E.K.: Osmanlı İmparatorluğunun son kırk yılında Türkiye'nin tüberküloz tarihçesi üzerine. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 10, 1979.
22. Velicangil, S.: İstatistik Metodları. Filiz Kitabevi, İstanbul, 2. Baskı, 1979.

23. Velicangil, S.: Koruyucu Sosyal Tıp. Sermet Kitabevi, İstanbul, 1975.
24. Vidinel, I.: Akciğer Hastalıkları. Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1981.
25. Yazıcıoğlu, S.: Tüberküloz. Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, No:21, Diyarbakır, 1980.
26. Yenel, F., Sözer, K., Erk, M.: Akciğer Hastalıkları Ders Kitabı. Kral Matbaası, İstanbul, 1987.



EK - 1

GÖRÜŞME CETVELİ

Tarih :
Denek No :
Protokol No :
Anketin Yapıldığı Yer:

SOSYAL-KÜLTÜREL-EKONOMİK DURUMLARA İLİŞKİN SORULAR

1. Adı Soyadı
2. Yaşı
3. Cinsiyeti
1. Kadın () 2. Erkek ()
4. Medeni Durumu
1. Evli () 2. Bekar () 3. Dul ()
5. Adresi
6. Teşhisi
7. Boyu
8. Şu Andaki Kilosu
9. Eğitim Durumu
1. Okur-yazar değil ()
2. Okur-yazar ()
3. İlkokul mezunu ()
4. Öğrenci ()
5. Diğerleri.....
10. Mesleği
1. Ev hanımı ()
2. İşçi ()
3. Memur ()
4. Öğrenci ()
5. Diğerleri.....

11. Çalıştığı Kuruluş
1. Özel işyeri ()
 2. Devlet kuruluşu ()
 3. Fabrika ()
 4. Diğerler...
12. Ailenizin Tahmini Aylık Geliri Ne Kadardır?
1. 100 binin altında ()
 2. 100-300 bin arası ()
 3. 300 bin üzeri ()
13. Oturduğunuz Konut Kiralık mı?
1. Evet ()
 2. Hayır ()
14. Oturduğunuz Konut Kaç Odalıdır? (Salon dahil)
1. 1 ()
 2. 2 ()
 3. 3 ()
 4. 4 ()
 5. 5 ()
 6. Diğerleri.....
15. Ailenizde Sizinle Birlikte Kaç Kişi Yaşıyor? ()
16. Oturduğunuz Konut Aşağıdakilerden Hangisidir?
1. Apartman ()
 2. Gecekondu ()
 3. Ahşap ev ()
 4. Diğerleri.....
17. Evinizde yemek aynı tabaktan mı yeniyor?
1. Evet ()
 2. Hayır ()

HASTALIĞA İLİŞKİN SORULAR

18. İlk Şikayetiniz Ne Zaman Başladı?
.....
19. İlk Kez Ne Zaman Doktora Başvurdunuz?
.....

20. İlk Kez Nereye Müracaat Ettiniz?

1. Sağlık Ocağı ()
2. Tam Teşekküllü Hastane ()
3. Özel Klinik ()
4. Diğerleri

21. Hastalığınız Nedir?

.....

22. Hastalığınız Nasıl Bir Hastalıktır?

1. Bulaşıcıdır ()
2. Bulaşıcı değildir ()
3. İrsidir ()
4. Bilmiyorum ()

23. Hastalığınızın Belirtileri Nelerdir?

1. Öksürük ()
2. Gece terlemesi ()
3. Balgam çıkarma ()
4. Kan tükürme ()
5. Göğüs ağrısı ()
6. Kilo kaybı ()
7. İştahsızlık ()
8. Ateş ()

24. Hastalığınızın Bulaşma Yolları Nelerdir?

1. Hava yolu ()
2. Yakın temas ()
3. Aynı kaptan yemek yeme ()
4. Hastanın eşyalarının sağlam kişiler-
ce kullanılması ()
5. Hepsi ()
6. Diğerleri.....

25. Verem Aşısı Yaptırdınız mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()
3. Bilmiyorum ()

26. Cevabınız Evet ise; En Son Ne Zaman Yaptırdınız?

1. 0-6 ay ()
2. 6 ay-1 yıl ()
3. 1 yıl-5 yıl ()
4. 5 yıldan eski ()

27. Ailenizde Sizin Gibi Başka Hasta Var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

28. Varsa Tedavi Oluyorlar mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

29. Cevabınız Hayır İse Neden?

1. Maddi imkansızlıktan ()

2. Bilgisizlikten ()

3. Diğerleri.....

ZARARLI ALIŞKANLIKLARA İLİŞKİN SORULAR

30. Sigara İçiyormusunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

31. Cevabınız Evet ise Süresi Miktarı

.....

32. Kahveye Gitme Alışkanlığınız Var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

BESLENME ALIŞKANLIKLARI, BESLENMEYE İLİŞKİN BİLGİ SORULARI

33. Günde Kaç Öğün Yemek Yersiniz?

1. 1 ()

2. 2 ()

3. 3 ()

4. 4 ()

5. 5 ()

6. Diğerleri.....

34. Öğün Aralarında Beslenme Alışkanlığınız Var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

35. Cevabınız Evet İse; Hangi Tür Yiyecekleri Yersiniz?

1. Simit ()

2. Süt ve ürünleri ()

3. Meyva ()

4. Karışık yiyecekler ()

36. Sabah Kahvaltısı Yaparmısınız?

1. Evet ()

2. Hayır ()

37. Cevabınız Hayır İse Nedenleri Nelerdir?

1. Vakit Bulamıyorum ()

2. Gelirim Yetersiz ()

3. Alışkanlığım Yok ()

4. İştahım Yok ()

38. Çalıştığınız Kurumda Yemek Veriliyormu?

1. Evet ()

2. Hayır ()

39. Cevabınıt Evet İse; Kaç Öğün Yemek Veriliyor?

1. 1 öğün ()

2. 2 öğün ()

3. 3 öğün ()

4. 4 öğün ()

5. Diğerleri.....

40. Cevabınız Hayır İse; O Öğünde Yiyeceğinizi Nereden Sağlıyorsunuz?

1. Evden ()

2. Lokantadan ()

3. Ayaküstü bir büfeden ()

4. Yemiyorum ()

5. Diğerleri.....

41. Gelirinizin Ne Kadarını Evin Beslenmesine Ayırıyorsunuz?

1. Dörtte birini ()

2. Yarısını ()

3. Dörtte üçünü ()

4. Hepsini ()

42. Kendi Beslenmeniz İçin Özel Harcama Yapıyormusunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

43. Cevabınız Evet İse; Bu Harcamalar Ne Şekilde Oluyor?

1. Et alıyorum ()

2. Süt ve süt ürünleri alıyorum ()

4. Sebze ve meyve alıyorum ()

5. Karışık yiyecekler alıyorum ()

44. Cevabınız Hayır ise Nedenleri Nelerdir? Açıklayınız.
.....
45. Yeterli ve Dengeli Beslendiğinize İnanıyormusunuz?
1. Evet ()
2. Hayır ()
46. Yeterli ve Dengeli Beslenme Sizce Aşağıdakilerden Hangisidir?
1. Bireyin yaşı ve cinsiyetine göre gereksinimi olan besin öğelerini sağlayabilmesidir.
2. Bireyin yaşamını sürdürebilmesi için yeterince beslenmesidir.
3. Bireyin, yaşı cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan bütün besin öğelerini yeterli miktarda sağlayabilmesidir.
4. Bireyin günde dört öğün beslenmesidir.
47. Hastalığınızın İyileşmesinde Beslenmenin Önemi Olduğuna İnanıyor musunuz?
1. Evet ()
2. Hayır ()
48. Bu Konuda Bilginiz Yeterli Olduğuna İnanıyor musunuz?
1. Evet ()
2. Hayır ()
49. Beslenme Konusunda Önerileriniz Nelerdir?
.....

50. Aşağıdaki Besinleri Tüketim Sıklığınız ve Miktarı Nedir?

Besinler	Hergün	Gün- aşırı	Hafta- da (1)	Ayda 1	Hiç Yemez	Miktarları
Süt	Çay ve su brd.
Yoğurt	Çay ve su brd.
Peynir	Kibrit kutusu
Yumurta	Adet kadar
Sakatlar (ci- ğer,beyin, dalak)	Köfte kadar
Et	Köfte kadar
Kuru baklagil- ler (nohut, kurufasulye, barbunya,mer- cimek)	Yemek kaşığı
Pirinç	Yemek kaşığı
Bulgur	Yemek kaşığı
Makarna	Yemek kaşığı
Börek	Dilim
Ekmek	Dilim
Sebze	Yemek kaşığı
Meyva	Adet
Reçel,Bal	Tatlı kaşığı
Pekmez	Tatlı kaşığı
Şeker(Çay, Kahve,Süt ile)	Kesme şeker
Sütlü tatlılar	Dilim veya Kase
Hamur tatlıları...	Dilim
Katı Yağ (Mar- garin,Tereyağ)	Tatlı kaşığı
Sıvı Yağ	Tatlı kaşığı

EK - 2

Erkekler İçin Boy Uzunluğuna Göre İdeal Ağırlık Tablosu

<u>Boy Uzunluğu(cm)</u>	<u>Zayıf</u>	<u>Normal</u>	<u>Hafif Şişman</u>	<u>Şişman</u>
152	48 kg. dan az	48-58	58.1-68	68 +
155	49 "	49-59	59.1-69	69 +
158	50 "	50-61	61.1-71	71 ₺
160	51 "	51-63	63.1-73	73 +
163	53 "	53-64	64.1-74	74 +
165	54 "	54-66	66.1-76	76 +
168	56 "	56-60	68.1-78	78 ₺
170	58 "	58-70	70.1-80	80 +
173	59 "	59-73	73.1-83	83 +
175	61 "	61-75	75.1-85	85 +
178	63 "	63-77	77.1-87	87 ₺
180	65 "	65-79	79.1-89	89 +
183	67 "	67-81	81.1-91	91 +
186	68 "	68-84	84.1-94	94 ₺
188	70 "	70-86	86.1-96	96 +
191	73 "	73-89	89.1-99	99 +
193	73 "	73-89	89.1-99	99 +

EK-3

Kadınlar İçin Boy Uzunluğuna Göre İdeal Ağırlık Tablosu.

<u>Boy Uzunluğu(cm)</u>	<u>Zayıf</u>	<u>Normal</u>	<u>Hafif Şişman</u>	<u>Şişman</u>
147	41 kg. dan az	41-49	41.1-59	59 +
150	42 "	42-51	51.1-61	61 +
152	43 "	43-52	52.1-62	62 +
155	45 "	45-54	54.1-65	65 +
158	46 "	46-56	56.1-67	67 +
160	47 "	47-57	57.1-68	68 +
163	48 "	48-58	58.1-70	70 +
165	50 "	50-61	61.1-73	73 +
168	50 "	50-62	62.1-74	74 +
170	53 "	53-65	65.1-78	78 +
173	55 "	55-67	67.1-80	80 +
175	56 "	56-69	69.1-83	83 +
178	58 "	58-71	71.1-85	85 +
180	60 "	60-73	73.1-88	88 +
183	62 "	62-75	75.1-90	90 +

EK-4

Türkiye İçin Salık Verilen Günlük Enerji ve Protein Tüketim Standartları (orta derecede fiziksel çalışma yapanlar için).

YAŞ	ORTALAMA AĞIRLIK (Kg)	K A D I N		E R K E K		
		GÜNLÜK ENERJİ MİKTARI (Kal.)	GÜNLÜK PROTEİN MİKTARI (Gr)	ORTALAMA AĞIRLIK (Kg)	GÜNLÜK ENERJİ MİKTARI (Kal.)	GÜNLÜK PROTEİN MİKTARI (Gr)
13-15	48	2600	67	46	3100	65
16-19	53	2400	70	60	3600	80
20-30	55	2200	55	65	3000	65
30-50	55	2000	55	65	2700	65
50-70	55	1800	55	65	2500	65
70 +	55	1700	55	65	2200	65

Ö Z G E Ç M İ Ş

1960 yılında Çatalca'da doğan Hülya SÜYÜK, ilk ve orta öğrenimini Çatalca'da tamamladı. 1981-1982 akademik ders yılında, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun oldu.

1982-1988 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında sorumlu hemşire olarak görev yaptı.

1 Nisan 1988 tarihinden beri İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında başhemşire olarak görev yapmaktadır. İngilizce bilmektedir.

Türk Hemşireler Derneği üyesidir.

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi