

19615

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Tüberkülozlu Hastaların Tedaviye
Uyum Durumları ve Bunu Etkileyen
Etmenlerin İncelenmesi**

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yüksek Hemşire Fatma CAM

Danışman Öğretim Üyesi : Doç. Dr. Gülseren KOCAMAN

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

İZMİR - 1989

Ö N S Ö Z

Araştırmanın yürütülmesi sırasında destekleyici yardımlarını esirgemeyen, öneri ve katkılarını aldığım Doç.Dr.Gülseren KOCAMAN'a, araştırma verilerinin toplanmasında yardımcı olan Kahramanlar Verem Savaş Dispanseri Baştabibi Uzman Dr.Aydın GÜRLEYEN'e, dispanserde çalışan görevlilere ve anket sorularını yanıtlayan tüm hastalara teşekkür ederim.

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
BÖLÜM I	
G İ R İ Ş	1
1.1. Amaç	3
1.2. Genel Bilgiler	4
1.2.1. Tüberküloz	4
1.2.1.1. Verem Ölümleri	5
1.2.1.2. Verem Hastalığının Prevalansı	6
1.2.1.3. Enfeksiyon Oranı	7
1.2.1.4. Tüberküloz Hastalığında Bulaşma	8
1.2.1.5. Kliniği	10
1.2.1.6. Tüberküloz Hastalığının Tedavisi	10
1.2.2. Tüberküloz Tedavi Programları	12
1.2.2.1. Tedavi Programlarının Önemi	12
1.2.2.2. Tedavi Programlarının Yetersizliği	14
1.2.2.3. Tüberküloz Tedavisinde Başarısızlık	16
1.2.3. Türkiye'de Verem Savaş Hizmetleri	18

	<u>Sayfa No</u>
1.2.4. Tedaviye Uyum ve İlgili Kavramlar . . .	21
1.2.4.1. Hasta Rolü	21
1.2.4.2. Sağlık İnanç Modeli	23
1.2.4.3. Uyum	26
1.2.5. Tüberküloz Hastasının Tedaviye Uyumunda Hemşirenin Rolü	29
1.2.5.1. Tüberküloz Hastasının Psikolojik Durumu	30
1.2.5.2. Tedaviye Uyumu Zenginleştirmede Hemşirenin Rolü	31
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
1.4. Terimlerin Tanımı	34
BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEM	35
2.1. Araştırmanın Tipi	35
2.2. Araştırmanın Yeri	35
2.3. Araştırmanın Evreni	36
2.4. Araştırmanın Örnekleme	36
2.5. Veri Toplama	37
2.5.1. Anket Formunun Hazırlanması	37
2.5.2. Soru Kağıdının Uygulanması	37
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi	39
BÖLÜM III	
B U L G U L A R	41
3.1. Deneklerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	41

	<u>Sayfa No</u>
3.2. Deneklerin Hastalıklarına İlişkin Veriler.	50
3.3. Hastaların Tedaviye Uyum Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi	60
3.3.1. Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Uyum Davranışının İncelenmesi	61
3.3.2. Bazı Hastalık Verilerine Göre Tedaviye Uyum Davranışının İncelenmesi	71
 BÖLÜM IV	
TARTIŞMA VE SONUÇ	75
4.1. Tartışma	75
4.1.1. Deneklerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	75
4.1.2. Deneklerin Hastalıklarına İlişkin Veriler	77
4.1.3. Hastaların Tedaviye Uyum Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi	80
4.2. Sonuç	85
4.2.1. Öneriler	87
Ö Z E T	90
S U M M A R Y	93
K A Y N A K L A R	95
EK I. Anket Formu	100
ÖZGEÇMİŞ	104

T A B L O L A R D İ Z İ N İ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. Değişik Coğrafik Bölgelerde 1981-1982 Araştırmasına ve Dispanser Kayıtlarına Göre Aktif Tüberküloz Prevalansı . . .	6
2. 0-3 ve 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Yıllara Göre Enfeksiyon Oranları ve Yıllık Enfeksiyon Riski	7
3. Yaş Gruplarına Göre BCG'siz Kimselerde Enfeksiyon Oranları (1981-82)	8
4. Değişik Ülkelerde Standart Tedavi Süresince İlacını Düzenli Kullanan Tüberküloz Hastalarının Oranları . . .	14
5. Basil Müsbet Hastalarda Tedavi Sürelerine Göre Menfileşme ve Sonradan Tekrarlama Oranları	16
6. Ülkemizde Yıllara Göre Verem Savaş Dispanserleri ve Yatakların Yıllara Göre Dağılımı	19
7. Verem Savaş Dispanserlerinin Verimliliği	20

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
8. Deneklere İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı	41
9. Çalışan Deneklerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	43
10. Deneklerin Aile Tipleri ve Büyüklüklerine Göre Dağılımı	44
11. Deneklerin Oturdukları Evlerin Tipine, Oda Sayılarına ve Evlerin Yaşam Şartlarını Kendi Tanımlamalarına Göre Dağılımı	45
12. Deneklerin Ekonomik Durumları ve Aylık Gelirle Geçinme Durumlarına Göre Dağılımı	46
13. Deneklerin Sağlık Hizmetlerinden Parasız Yararlanma Olanaklarına Göre Dağılımı	47
14. Deneklerin Oturdukları Yerin Dispanser Tarafından Gruplandırıldığı Bölgeye Göre Dağılımı	47
15. Deneklerin Oturdukları Semtlerin Dispansere Olan Uzaklıklarına Göre Dağılımları (Dakika olarak)	48

Tablo NoSayfa No

16. Deneklerde Verem Aşısının Varlığı ve Skor Sayısına Göre Dağılımı	49
17. Deneklerin Hastalığa Yakalanma Süresine Göre Dağılımı	50
18. Deneklerin Hastalık Öykülerinin Eski- Yeni Oluşuna Göre Dağılımı	50
19. Deneklerin Daha Önce Tedavilerini Yarıda Bırakma Durumuna ve Yarıda Bırakma Nedenlerine Göre Dağılımı . .	51
20. Deneklerin Daha Önce İlaç Almayı Aksatma Durumuna ve Aksatma Sayısına Göre Dağılımı	52
21. Deneklerin Daha Önce İlaç Alma Zamanını ve Aksatma Nedenlerine Göre Dağılımı	53
22. Deneklerin İlaçlarını Alması Gereken Tarihte Dispansere Gelmemeye Nedenlerine Göre Dağılımı	54
23. Deneklerin Anti-Tüberkül İlaçları Kullanma Şekillerine Göre Dağılımı . .	55
24. Deneklerin Anti-Tüberkül İlaçlarını Unutma Durumlarına ve Unutma Nedenlerine Göre Dağılımı	55

Tablo NoSayfa No

25. Deneklerin Tüberküloz Hastalığı Yakınmalarının Bulunma Durumuna ve Şikayet Türlerine Göre Dağılımı . . .	56
26. Deneklerin Kullandıkları Anti-Tüberkül İlaçların Yan Etkilerinin Varlığına Göre Dağılımı	57
27. Deneklerin Tüberküloz Hastalığı Hakkındaki Bilgilerine Göre Dağılımı .	58
28. Deneklerin Tüberküloz Hastalığının Tedavisi Hakkındaki Bilgilerine Göre Dağılımı	59
29. Deneklerin Yaş Gruplarının Tedaviye Uyumlarına Göre Dağılımı	61
30. Deneklerin Cinsiyetlerine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	62
31. Deneklerin Öğrenim Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	63
32. Deneklerin Çalışma Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	64
33. Deneklerin Medeni Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	65

Tablo NoSayfa No

34. Deneklerin Evdeki Konumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	66
35. Deneklerin Aile Tipine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı	67
36. Deneklerin Köken Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	68
37. Ailelerin Aylık Gelirlerine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	69
38. Deneklerin Oturduğu Sektörlerin Dispan- sere Olan Uzaklık Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	70
39. Deneklerin Hastalıklarının Seyrine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	71
40. Deneklerin Hastalanma Süresine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	72
41. Deneklerin Hastalık Yakınmalarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı .	73
42. Deneklerde İlaçların Yan Etkilerine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı	74

Ş E K İ L L E R D İ Z İ N İ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. Hasta Rolü Modeli	24
2. Sağlık İnancı Modeli	25



BÖLÜM I

G İ R İ Ő

Tüberküloz insan toplumlarının en eski çağlardan beri tanınmış olduğu bir enfeksiyon (28) hastalığı olup yavaş ve sinsi gelişen kronik bir hastalıktır (10, 36). Yaklaşık 10.000 yıldan beri varlığını sürdürdüğu sanılan bu hastalık araya giren savaşlarla korkunç epidemiler oluşturmuş, nedeni bilinmeyen bir halk sağlığı sorunu olarak yıllarca önemini korumuştur. Özellikle son yüzyıllarda sanayileşme ve şehirleşme süreci içinde yaygınlığını arttırarak zaman zaman korkunç boyutlara ulaşmıştır (10). Dünya Sağlık Örgütü, veremi hala dünyanın en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul etmektedir. Her ne kadar gelişmiş ülkeler gelişmişlik düzeyleri oranında hastalığı (24) sadece alkoliklerde, psikiyatrik hastalarda, diabetlilerde, immuniteyi baskı altına alan malign hastalıklarda ortaya çıkan bir hastalık haline getirmiş iselerde yok edememişler, buna karşın geliştirmekte olan toplumlarda ise hala gençleride kapsamak üzere toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren sık rastlanan sa-

katlık ve ölümlere yol açan bir hastalık görünümünü sürdürmektedir (2).

Verem ile savaşın en önemli yönünü tedavi programları oluşturur. Tedavi programının başarısı etkin kemoterapi rejimi ve ilaçların hastalar tarafından yeterli bir süre içinde düzenli alınışına bağlıdır (17).

Dünyanın her yerinde yapılan çalışmalar başarısızlığın en belirgin sebebi olarak kemoterapinin önerilen tedavi süresi boyunca uygulanmaması olduğunu ortaya koymuştur (16). Hastaların zamanından önce tedaviyi kesmesi ya da ilaçlarını düzensiz almalarındaki olumsuz davranış çoğu kez tedavi programlarının hastalar tarafından yeterince anlaşılammış olmasından (1) ve kendilerinden ne beklediğinin farkında olmamalarından ileri gelmektedir (14). Tedavi, sağlık personeli ve hasta arasında sıkı bir işbirliği isteyen sosyal, ekonomik, psikolojik yönleri olan ve uzun zaman isteyen bir uğraştır (8).

Yetersiz tedavi sonucu kronikleşen hastalar hiç tedavi edilmeyen hastalara kıyasla daha uzun süre yaşamakta ve bu nedenle hasta prevalansının sürekli artışına, dolayısıyla enfeksiyon kaynaklarının artmasına yol açarak toplum sağlığını tehdit etmektedir. Enfeksiyon kaynaklarının bu şekilde artışı bir yandan toplumda enfeksiyon riskini arttırırken bir yandanda yeni hastalarda ilaçlara primer direnç tehlikesini gündeme getirmektedir. Bu ne-

denle Dünya Sağlık Örgütü Ekspertleri ülkelere "Bulduğunuz hastaları düzenli tedavi edemiyorsanız, hiç yeni vaka aramayın önce tedavi programlarınızı etkinleştirin" tavsiyesinde bulunmaktadırlar (17).

Verem hastalığının ülkemizde de son yıllarda artış göstermesi, tedavi programlarının başarı ile yürütülmemesi, tedaviyi yarıda bırakan hasta oranının yüksekliği gibi nedenler, Verem Savaş programlarının etkinliğini arttırıcı yeni girişimlere gereksinim olduğunu göstermektedir. Genelde Veremle Savaşta, özel olarak da tedavi programlarının başarı oranının yükseltilmesinde, Verem Savaş Dispanserlerinde çalışan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu sorumlulukları yerine getirmek üzere etkili girişim planları hazırlamak için sorunun ayrıntılarının tanımlanmasına gereksinim vardır.

1.1. AMAÇ

Tüberküloz hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmalarından sorumlu olan hemşirelerin bu işlevlerini etkili bir biçimde yerine getirebilmeleri için, tedaviye uyumsuzluk nedenlerinin bilinmesi gerekmektedir. Bu gereksinimden yola çıkılarak planlanan bu araştırmanın temel amacı veremle savaşta etkin hemşirelik girişim planla-

malarına ışık tutacak bilgiler sağlamaktır. Bu çalışmanın özel amaçları ise şunlardır :

- 1- Tüberküloz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve bazı hastalık verilerinin incelenmesi,
- 2- Tüberküloz hastalarının hastalıklarına ve tedavilerine ilişkin bilgi ve tutumlarının saptanması,
- 3- Tüberküloz hastalarının tedaviye uyum durumları ve uyumsuzluk nedenlerinin belirlenmesi,
- 4- Tüberküloz hastalarının tedaviye uyum durumunu etkileyebileceği düşünülen etmenlerin incelenmesi.

1.2. GENEL BİLGİLER

1.2.1. TÜBERKÜLOZ

Myobakterium tüberkülozisin neden olduğu tüberküloz, yalnız insanlara özgü, insandan insana geçen bir enfeksiyon hastalığı olup (1) tanımı ve sınıflandırılması konusunda uzunca bir süre anlaşma sağlanamamıştır. Tıbbın çeşitli dallarında çalışan hekimler çalışma yöntemlerine ve amaçlarına göre değişik kriterler geliştirmişlerdir. Örneğin Patologlar açısından tüberküloz, içinde dev hücreler ve kazeifikasyon bulunan granülasyon dokusu anlamına gelirken, Radyologlar için röntgen görüntülerinin mor-

folojisi, Pediaşristler için ise tek başına tüberkölün müsbetliği ölçü olabilmüştir (27).

1.2.1.1. Verem Ölümleri

Etkin tüberküloz ilaçlarının bulunduğu 1950 yıllarından bu yana tüberküloz ölümleri bütün ülkelerde belirgin bir şekilde azalmüştür. 1950'li yıllardan önce birçok ülkede 100.000'de 300-500 civarında olan tüberküloz ölüm hızı bazı ülkelerde 100.000'de 1'e indirilmiştir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de verem ölümleri çok belirgin bir düşüş göstermiştir. 1916-1918 yıllarında İstanbul'da verem ölümlerinin 100.000'de 370 olduğu ve tüm ölümlerin % 10.8'ini oluşturduğu belirtilmektedir (17). Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre dünyada her yıl 3.5 milyon yeni verem vakası ortaya çıkmakta ve bunların 500.000'i bu hastalıktan ölmektedir. Verem hastalığı, ölüm nedenleri içinde Güney-Doğu Asya ülkelerinde 4., Pasifik'te 7., Akdeniz'de 9., Amerika kıtasında 13. sırada yer almaktadır (10, 24). Ülkemizde 2. Dünya Savaşı yıllarında tüm ölüm nedenleri içinde 1. sırayı alan verem hastalığı bugün 8. sıraya kadar düşmüştür. 1982 yılında mortalite 100.000'de 8.2 olmuş, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklardan olan ölümlerin başında olup tüm ölümlerin % 1.3'ünü oluşturmuştur (24, 36) ve tüberküloz hastalığı ve ölümler erkeklerde kadınlardan daha fazla görül-

mektedir (12).

1.2.1.2. Verem Hastalığının Prevalansı

1960 yılında ülkemizde yapılan bir araştırmada verem vakalarının yaygınlığı binde 28-30 olmuştur. 1981-82 yıllarında 8 coğrafik bölgede 80.000'i aşkın nüfus üzerinde yapılan bir başka araştırmada ise bu oran binde 3.6 olarak bulunmuştur (19) (Tablo 1). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 1984 verilerine göre 28.364 yeni hasta belirmiş ve hasta sayısı 152.565'e yükselmiştir (36).

TABLO 1 : Değişik Coğrafik Bölgelerde 1981-1982 Araştırmasına ve Dispanser Kayıtlarına Göre Aktif Tüberküloz Prevalansı *

<u>Bölgeler</u>	<u>1981-1982 Araştırmasına Göre (Binde)</u>	<u>Dispanser Kayıtlarına Göre (Binde)</u>	<u>Bilinmeyen Hasta Oranı (Yüzde)</u>
Ege	1.86	1.40	25
Akdeniz	2.32	1.58	32
İç Anadolu	2.48	1.03	58
Marmara	3.66	2.04	44
Doğu Anadolu	3.73	2.86	23
Trakya	3.97	1.48	63
Karadeniz	4.80	1.57	67
Güney-Doğu	7.44	2.42	67
Türkiye Geneli	3.58	1.76	51

* (Koçoğlu, F., Yayınlanmamış Çalışma, 1984) (19).

Hastaların yarısından dispanserlerin haberdar olmadığı Tablo 1'de görülmektedir.

1.2.1.3. Enfeksiyon Oranı

Ülkemizde tüberküloz enfeksiyonunun yaygınlığı ile ilgili ilk veriler 1953-59 yılları arasında gerçekleştirilen birinci devir BCG kampanya çalışmalarından elde edilmiştir. O yıllarda tüm nüfusun % 56'sı tüberküloz basili ile enfekte idi. Ve çalışmanın başladığı 1953 yılında hemen hemen hiç BCG'li yoktu (17). 1953-59 yılları arasında DSÖ ve SSBY'nın birlikte uyguladıkları tüberkülin taramalarında yaş gruplarının tümünde enfeksiyon oranı yüksektir (29).

TABLO 2 : 0-3 ve 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Yıllara Göre Enfeksiyon Oranları ve Yıllık Enfeksiyon Riski

Yıllar	0 - 3 YAŞ		0 - 6 YAŞ	
	Enfeksiyon Oranı %	Enfeksiyon Riski %	Enfeksiyon Oranı %	Enfeksiyon Riski %
1964	2.63	1.76	5.97	2.03
1977	0.33	0.22	1.12	0.38
1984	0.97	0.65	1.87	0.63
1985	0.92	0.62	1.95	0.65

Tablo 2'de 0-3 ve 0-6 yaş grubu çocuklarda yıllara

göre enfeksiyon oranları ve yıllık enfeksiyon riski verilmiştir. Yıllık enfeksiyon riski 1964-77 yılları arasında her yıl 0-3 yaş grubunda % 14.7; 0-6 yaş grubunda ise % 12.2 oranında azalmıştır. 1977'den bu yana ise azalma bir yana enfeksiyon riski her yıl, 0-3 yaş grubunda % 13.6; 0-6 yaş grubunda ise % 7.2 oranında artış göstermektedir.

1981-82 prevalans araştırması verilerine göre, enfeksiyon oranları 13-14 yaştan itibaren belirgin bir artış göstermektedir (Tablo 3) (17).

TABLO 3 : Yaş Gruplarına Göre BCG'siz Kimselerde Enfeksiyon Oranları (1981-82).

<u>Yaş Grupları</u>	<u>Enfeksiyon Oranları %</u>
0 - 6	6.9
7 - 14	32.1
15 - 19	70.3
20 + /	96.5

1.2.1.4. Tüberküloz Hastalığında Bulaşma

Bulaşma esas itibariyle hava ile olduğundan verem savaşı akciğer tüberkülozu iledir. Diğer organ tüberkülozları pratik olarak bulaştırıcı değildirler. Ve bu ne-

denle savaşta en son ele alınacak grubu teşkil ederler (17). En önemli bulaşma şekli tüberkülozlu hastaların çıkardıkları basillerle yüklü damlacık çekirdeklerin sağlam kişiler tarafından inhalasyonu tarzındadır. Damlacık öksürük, aksırık hatta normal ekspirasyon sırasında çıkartılan ufak baloncuklardır. Akciğerdeki hastalık odaklarından kopup gelen bu basilleri taşıyan su zerrecikleri aerosol halinde havaya yayılırlar. Ve hemen buharlaşarak küçük partiküller halinde havada asılı kalırlar. Damlacık çekirdekleri 1-10 μ büyüklüğünde olup, her biri 1-3 basil taşır. Bu şekilde evre havasına yayılan basiller kapalı yerlerde bir saat canlı kalırlar. Açık havada ise nemle dilue olurlar (29). Hemde kuruluğa, güneş işığı ya da ultraviyole işınlarına karşı dirençsiz olduklarından kolayca ölürler (32). Enfeksiyonun gelişmesi için basilin alveole kadar gelip yerleşmesi gereklidir. 10 μ 'den büyük partiküller alveollere kadar inmeyip, daha üst solunum yollarında tutulmakta ve muko-silier temizlik mekanizması ile dışarı atılmaktadır. Bu nedenle eskiden önemli kabul edilen balgam tükürme ile basil bulaşması artık önemini kaybetmiştir. Yine eskiden önemli sayılan hastanın kullandığı çeşitli malzemeye direkt temas ile bulaşma yolu günümüzde geçersiz kabul edilmektedir. Çünkü eşya üzerindeki basilin alveollere kadar girmesi olanaksızdır. Bu nedenle hastanın yiyecek kapları, havlu, çarşaf, mendil

vb. gibi eşyaların ayrılması gerekmez (29).

1.2.1.5. Kliniği

Erişkin tüberkülozu çoğunlukla akciğerlerde gelişir. Araştırmalarda % 87 oranında akciğer ve % 13 oranında akciğer dışı organlarda yerleşme saptanmıştır. Akciğer tüberkülozunda belirgin solunumsal ve genel belirtiler sıklıkla bulunmakla beraber bazı hastalar hatta ilerlemiş kaviteli lezyonları bulunan hastalarda da semptom bulunmayabilir. Sinsi başlayan ve giderek gelişen akciğer tüberkülozunun semptomları öksürük, balgam tükürme, kan tükürme, yan ağrısı, nefes darlığı, ateş, gece terlemesi, zayıflama, yorgunluk veya çabuk yorulma ve iştahsızlık, sindirim bozukluğudur (1). Toksik vakalarda epigastriumda inatçı ağrılar, kabızlık veya diare, kadınlarda menstrasyon bozuklukları görülür (31).

Çocuk tüberkülozunda tek kanıt tüberkülin müsbetliğidir. Tüberkülin testinin müsbete dönüşüm döneminde kırıklık, iştahsızlık, huysuzluk ve belki bir kaç günlük ateş gibi genel semptomlar bulunabilir (1).

1.2.1.6. Tüberküloz Hastalığının Tedavisi

Tedavide; amaç; direnç oluşmasını önlemektir. Tedavi kesintisiz ve uzun süreli olmalıdır (32). Tedavinin te-

melini antibiyotik ve kemo-terapötiklerle yapılan ilaç tedavisi oluşturur (8). Temel ilaçlar İsoniazid (İNH), Rifampicin (RİF), Pyrazinamide (PZA), Streptomycin (SM) ve Ethambutol (EMB)'dur. Sık kullanılan standart tedavi rejimi aşağıda verilmiştir.(28).

İlk 3 Ay Yoğun Tedavi

Döneminde
İNH+RİF+SM+PZA (Her gün)

Devam Döneminde

İNH+RİF Her gün veya gün
aşırı veya haftada
2 kere

veya

İNH+SM (Haftada 2 kere)

veya

İNH+PZA (Her gün veya gün
aşırı veya haftada
2 kere)

İNH+RİF+PZA+EMB

İNH+RİF (Her gün veya gün
aşırı veya haftada
2 kere)

veya

İNH+PZA (Her gün veya gün
aşırı veya haftada
2 kere) (28).

1972'den beri yapılan bir çok kontrollü çalışma sonucunda 9 aylık standart uygulamasının % 98-100 başarı-
lı olduğu gösterilmiştir (8).

En çok kullanılan ilaçların yan etkileri şunlardır :

- İsoniazid (İNH) : : Periferik nevrit, hepatotoksisite, döküntü.
- Rifampicin (RİF) : Hepatotoksisite, bulantı, kusma, gripal sendrom, trombositopeni, akut böbrek yetmezliği.
- Pyrazinamide (PZA) : Hiperürisemi, ateş, hepatotoksisite, baş dönmesi, ataksi.
- Embutol (EMB) : Optik nevrit, döküntü.
- Streptomycin (SM) : Denge ve işitme bozuklukları, baş dönmesi, ataksi (1, 8, 32).

1.2.2. TÜBERKÜLOZ TEDAVİ PROGRAMLARI

1.2.2.1. Tedavi Programlarının Önemi

Veremle savaşın en önemli yönünü tedavi programları oluşturur. Çünkü enfeksiyon zinciri ancak etkili bir tedavi programı ile kalıcı olarak kırılabilir (17). Hastalık ne kadar erken teşhis edilir, ne kadar erken ve etkili tedavi uygulanırsa hastalık o kadar kısa sürede şifa ile sonuçlandığı gibi enfeksiyonun yayılmasının önlenmesi

yanında modern etkin tedaviyle hastalık 15-20 gün gibi kısa sürede bulaşıcılığını yitirir. Bu kısa süre sonunda hastanın çevresindeki sağlam çocuklar, genç veya erişkinler mikrop alsalar da enfeksiyon ve hastalık gelişmez. Böylece yeterli tedavi ile bulaşım zincirinin kırılması, savaşa koruyuculuk açısından gerçek ve önemli bir katkı sağlamış olur (1).

Bugün hasta organizmasına ait faktörlerin kemoterapiye göre daha az önemli olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle etkin bir ilaç rejiminin uygulanması tedavinin temelini oluşturmaktadır. İngiliz hekimi Fox'a göre tedavi sonucunu etkileyen faktörlerin önem sırası aşağıdaki gibidir (27).

ÖNEMSİZ

Dinlenme
Diyet
Hasta Bakımı
İklim
Senatoryum Tedavisi
Psikolojik Faktörler

AZ ÖNEMLİ

Hastalığın Yaygınlık Derecesi

ÖNEMLİ

Etkin Bir Kemoterapi Rejimi
İlaçların Hasta Tarafından Düzenli Alınması
Tedavinin Yeterli Süre Devamı

1.2.2.2. Tedavi Programlarının Yetersizliği

Bugünkü tedavi rejimleri ile hastanın yakınmaları kısa sürede kaybolmakta ve bir çok hasta iyileştiğini sanarak tedavisini yarım bırakmaktadır. Tedavisini yarım bırakan ya da ilacını düzenli kullanmayan hasta oranı gerek ülkemizde gerekse gelişmekte olan diğer ülkelerde hayli yüksektir.

TABLO 4 : Değişik Ülkelerde Standart Tedavi Süresince İlacını Düzenli Kullanan Tüberküloz Hastalarının Oranları

<u>Ülkeler</u>	<u>İlacını Düzenli Kullanan Hasta Oranı (%)</u>
Afganistan	23
Nepal	25
Kenya	37
Hindistan	47
Türkiye	40

Tablo 4'de görüldüğü gibi ülkemizde ilaçlarını düzenli kullanan hasta oranı % 40'tır (17).

Daha önce kısa veya uzun bir süre yetersiz ve düzensiz tedavi gören hastalar basil çıkarmaya devam eder. Kullanılan ilaçlara basiller direnç gösterir (8). Sosyo-

ekonomik ve kültürel gelişmelere paralel olarak direnç konusunda ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir (33). Tüberküloz programlarının bilimsel yöntemlerle ve etkin bir şekilde uygulandığı, sosyal ve ekonomik gelişmeleri ileri düzeyde olan ülkelerde direnç oranları düşüktür. Amerika ve Fransa'da olduğu gibi (30). İspanyol kökenlilerde % 15.0 (33), Afrika ve Uzak-Doğu ülkelerinde ise oranlar daha yüksek boyutlardadır. Direnç oranlarının yüksek oluşu yeni tüberküloz olgularında uygulanacak sağaltım programlarını etkilemekte ve daha pahalı metotlara geçilmesi zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır (30).

Tedavi programlarının yetirsizliği ilaçlara direnç gelişmesine ve bu suretle hastaların kronikleşmesine yol açar (17). Daha önce başarılı bir tedavi gören ve tedavisi biten hastaların bir kısmında hastalık tekrarlayabilir (8). Ancak önceden hiç ilaç kullanmamış ya da yetersiz rejimlerle tedavi görmüş olgularda hastalığın tekrarlama olasılığı daha fazladır (Tablo 5). Bir çok ülkede hastalığın tekrarı olguları yıl içinde tedaviye alınan hastaların % 15-20'sini oluşturmaktadır.

TABLO 5 : Basil Müsbet Hastalarda Tedavi Sürelerine Göre
Menfileşme ve Sonradan Tekrarlama Oranları (17)

<u>Tedavi Süreleri</u>	<u>Menfileşme Oranları %</u>	<u>Tekrarlama Oranları %</u>
0 - 3 ay	20	60
4 - 6 ay	40	40
7 - 9 ay	75	15
10 - 12 ay	90	4

1.2.2.3. Tüberküloz Tedavisinde Başarısızlık

Standart tedavi rejimleri 9-12 ay süreli ve % 90-95 etkili olduğundan tedaviye alınan hastaların düzenli ilaç kullanmaları halinde tamamına yakınının bir yıl içinde iyileşmiş olmaları beklenir. Ancak bazı hastalar ilaçlarını düzenli kullanmadıkları, bazıları ise dispanserlerle iş birliği yapmadıkları için iyileşememiş ve bir sonraki yıla devredilmişlerdir. 1974-83 arasındaki 10 yıl içinde 100.000'e yakın veremli hasta tedavisini yarım bırakmış ve bu şekilde kronikleşen hastalarda ilaçlara hayli yüksek oranlarda direnç gelişmiştir (17).

Hastaların tedavilerini yarıda bırakma nedenleri şunlardır :

1. Hastaların bilgisizlikleri nedeniyle anlatılan-

ları anlamamaları,

2. Semptomların kaybolması nedeniyle hastaların iyileştiklerini sanmaları ve daha fazla ilaç kullanmalarının bir fayda sağlayacağına inanmamaları,

3. Udukları süre içinde yakınmaları geçmeyen hastaların hekime güvenlerinin kalmaması ve çareyi başka yerlerde aramaları,

4. Hastalara hastalıkları hakkında yeterli bilgi verilmemesi ya da anlayamayacakları düzeyde teknik bilgi verilmesi ve gözlerinin korkutulması,

5. Hastalara kötü muamele edilmesi,

6. Yoksulluk, işsizlik ve benzeri nedenlerin hastanın zihnini daha fazla meşgul etmesi ve bu nedenle hastalığını diğer sorunlarının yanında önemsiz sayması,

7. İlaçların ücretsiz verildiği ülkemizde sağlık kuruluşlarına ilaç ikmalinin düzenli yapılmaması ve ne zaman ilaç geleceğinin bilinmemesi,

8. Hastaların sağlık kuruluşlarından uzak yerlerde oturmaları,

9. Sağlık kuruluşlarının çalışma saatlerinin hastalar açısından uygun olmaması,

10. Mevsimsel faktörler (kışın yolların kapanması, yazın tarlalarda çalışma veya iş için başka bölgelere göç gibi) (17).

1.2.3. TÜRKİYE'DE VEREM SAVAŞ HİZMETLERİ

Verem Savaş Dispanserleri kendisine müracaat edenleri veya gönderilenleri muayene ederek, röntgen filmini çekerek, balgamlarını laboratuvarında inceleyerek veremli hastaları ortaya çıkarır. Gereksinimi olan hastaların hastanelere yatırılmasını sağlarken, bir kısmında ayakta tedaviye alır. BCG aşısı uygulayarak daha önce verem mikrobunu almamış olanlarda bağışıklık sağlayarak hastalığa yakalanmayı önler. Verem mikrobunu almış fakat hastalık belirtisi olmayan ve akciğer filmi normal bulunan çocuklar, gençler ve hatta 35 yaşından küçük genç erişkinlere ilaçla tedavi uygulayarak mikrop almış kişinin vücudunda mikrobun herhangi bir organda hastalık yapmaması için korumaya alınır (4). Tedavi edilecek hastaların ilaçları Verem Savaşı Genel Müdürlüğü'nce parasız olarak sağlanır (23).

Verem savaşının temelini teşhis ve tedavi çalışmaları teşkil etmektedir. Bu nedenle dispanserler verem savaşının odak noktasını oluşturmuşlardır. 1950 yıllarından itibaren sayısı hızla artan Verem Savaş Dernekleri, bir çok dispanser binası yaptırmış ve bunları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devretmişlerdir. 1960 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Verem Savaşı Genel Müdürlüğü kurulmuştur (17). Milli verem savaş programında ayakta tedavi esas alınmıştır. Bununla beraber yine der-

neklerin yardımı ile bir çok göğüs hastanesi kurulmuştur (24). Bir çok verem hastanesinde de verem pavyonu açılmıştır. 1965-1980 yılları arasında sayıda azalma görülmüştür (Tablo 6). Bunun nedeni, DSÖ verem savaşında yataklı tedaviden çok ayakta yapılan dispanser tedavisine yönelinmesi gerektiğini açıklamış, bu yaklaşıma uygun olarak aynı yıllarda yeni yataklı tedavi kurumları yapılmamış, ayrıca hastalığın yaygınlığı azaldığı gerekçesiyle var olan yataklar başka kurumlara devredilmiştir. Anadolu'da bulunan bazı göğüs hastalıkları hastaneleride oralarda kurulmakta olan tıp fakültesi hastanelerine dönüştürülmüştür (36).

TABLO 6 : Ülkemizde Yıllara Göre Verem Savaş Dispanserleri ve Yatakların Yıllara Göre Dağılımı

<u>Yıllar</u>	<u>Dispanser Sayısı</u>	<u>Yatak Sayısı</u>
1930	3	50
1940	4	250
1950	41	2.349
1960	106	8.285
1965	133	8.700
1970	213	8.070
1980	256	8.090

Yetersiz olan dispanserler diğer sağlık kuruluşları ile işbirliği kuramadıklarından, hizmet şimdiye kadar

sadece dispanserler tarafından yürütüldüğü için diğer sağlık örgütleri hizmete yabancı kalmışlar, bu nedenle muayene de dispanserlerin sayısı ile sınırlı kalmıştır. İlçelerin pek azında dispanser vardır. Bunlarda personel ve araç yönünden çok yetersizdir. Örneğin; toplam 572 ilçenin 165'inde dispanser vardır, bunlardan araç ve şoför bulunan dispanser sayısı sadece 8'dir (24).

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı'nın 1984 yılı ilaç-film, kimyevi malzeme ihtiyaç tutarı 963.906.000 TL olup, 1984 yılı harcama ödeneği olarak bakanlıktan 261.000.000 TL ayrılmış, bu miktar ise ihtiyacın ancak % 27.1'ini karşılamıştır (36).

TABLO 7 : Verem Savaş Dispanserlerinin Verimliliği (19)
(Bilinen Hasta Oranı X Tedavi Altındaki Hasta Oranı)

Bölgeler	1981-82 prevalans araştırmasına göre bilinen hasta oranı		Bilinen hastalardan tedavi olanların oranı	Dispanserlerin Verimi		
	A	B		A	X	B
Ege	% 75	% 86		%	65	
Akdeniz	% 68	% 59		%	40	
İç Anadolu	% 42	% 64		%	27	
Marmara	% 36	% 81		%	45	
Doğu Anadolu	% 77	% 59		%	45	
Trakya	% 37	% 86		%	32	
Karadeniz	% 33	% 67		%	22	
Güney-Doğu	% 33	% 42		%	14	
Türkiye Geneli	% 49	% 65		%	32	

Ülke genelinde dispanserlerin verimliliği % 32'dir (Tablo 7). Dispanserlerden yararlanmayan hastaların önemli bir kısmı S.S.K.'nin şemsiyesi altında olup sağlık kuruluşları ile dispanserler arasında henüz yeterli bir işbirliği kurulamamıştır. Bir kısım hasta da ya henüz teşhis edilmemiş ya da özel hekimlerin takibi altındadır. Özel hekimlerimizde ihbar alışkanlığı olmadığından dispanserlerin bu hastalardan haberi olmamaktadır. Bir kısımda dispanser bulunmayan ilçe ve köylerde oturmaktadır. Bu da dispanser verimliliğini düşürmektedir (17).

1.2.4. TEDAVİYE UYUM VE İLGİLİ KAVRAMLAR

Tüberküloz hastalığı ve tedavisine uyum konusunun incelenebilmesi için bazı kavramların tanımlanmasına gereksinim vardır.

1.2.4.1. Hasta Rolü

Hastalık istenmeyen bir durum olup kişinin kontrolünün dışında olduğu düşünülür. Bazı kültürlerde hastalık tanrının cezası olarak değerlendirilir. Hasta rolü bağımlı bir roldür. Bağımlılıktan korkan bir kişi hasta rolünü kabullenmeyi ve yardıma muhtaç olmayı bir tehdit olarak algılar ve bu tehdidin altındadır. Böyle bir kişi hastalığın sonuçları ne kadar ciddi olursa olsun önerileri

reddeder. Bazı hastalarda bağımlılıktan hoşnuturlar. İyileşmeler bile yakınmalarının devam ettiğini söylerler. Bazılarıda başkalarını aşırı istekleriyle kontrol altında tutmaktan doyum bulurlar (20).

Hasta rolü, insanların hasta olduklarını kabul etmeleri ve iyileşmek istemeleridir. Parsons hasta rolünün 4 yönünü tanımlamıştır. Bu tanımlama insanlara göre farklılık göstermekle birlikte genel özellikleri şunlardır:

1. Hasta insanlar beklenen sosyal rol ve sorumluluklardan muaf tutulurlar,
2. Hasta insanlar hasta olmaktan sorumlu değildirler,
3. Hasta insanlar iyi olma isteği duymalıdırlar,
4. Hasta insanlar uzman yardımı almalıdırlar (25).

Becker 1974'te, insanların hastalığa karşı nasıl bir tepki gösterdiklerini açıklamak için bir hasta rolü modeli yayınlamıştır (Şekil 1). Bu modele göre uyum, hastanın iyi olma motivasyonu ile hastalığın tehdidini azaltmaya verdiği önemle ve bu tehdidin azaltılmasında uyuma duyduğu inançla ilgilidir (20).

Hastalığı kabul etmeleri ve iyileşmek istemelerindeki sapma hasta rolünde sapmadır. Hasta rolünde sapma gösteren hastalarda şu davranışlar gözlenebilir:

1. İyi olmak istememe ve tedaviye uyumsuzluk,
2. Hastalığı ikincil kazançlar için kullanma,

3. Hastalığı sorumluluklardan kaçmak için kullanma,
4. Daha iyi olup olmadıklarına bakmaksızın sağlamlar gibi davranma (25).

1.2.4.2. Sağlık İnanç Modeli

Kişi neden doktora gidip, sorunlarını teşhis ettirir, reçetesini alır ve sonra işbirliği yapmaz (7). Bunun bir çok nedeni vardır. Rosenstock'ın (1974) geliştirdiği sağlık inanç modeli bireyin kendi sağlığı ile ilgili olarak nasıl davrandığı ve tedaviye nasıl uyum gösterdiğini anlamamızı ve tahmin etmemizi sağlar (21) (Şekil 2). Bu model koruyucu sağlık davranışının açıklamasında kullanılmakla birlikte kronik hastalıklarda uyum davranışını açıklamak üzere genişletilmiştir (5).

Önerilen hasta rolü davranışını
üstlenmeye hazır olug

Motivasyonlar :

Genel olarak sağlık sorunlarına
ilgi
Tıbbi öneri alma ve kabule
isteklilik
Uyum niyeti
Olumlu sağlık aktiviteleri

Hastalık tehdidinin
azaltılmasının önemi :

Subjektif tahminler :
duyarlılık yada duyarsızlık
(taniya inanmayıda içerir)
Hastalıktan zarar görme
Olası bedensel zararların boyutu
Sosyal rollerdeki olası bozuk-
lukların boyutu
Semptomların varlığı

Tehdidi azaltacak uyum davranış
olasılığı :

Subjektif tahminler :
Önerilen rejimin güvenliği
Önerilen rejimin etkililiği
("Doktor ve tıbbi bakıma korkusu"
ile "iyileşme şansında" içerir)

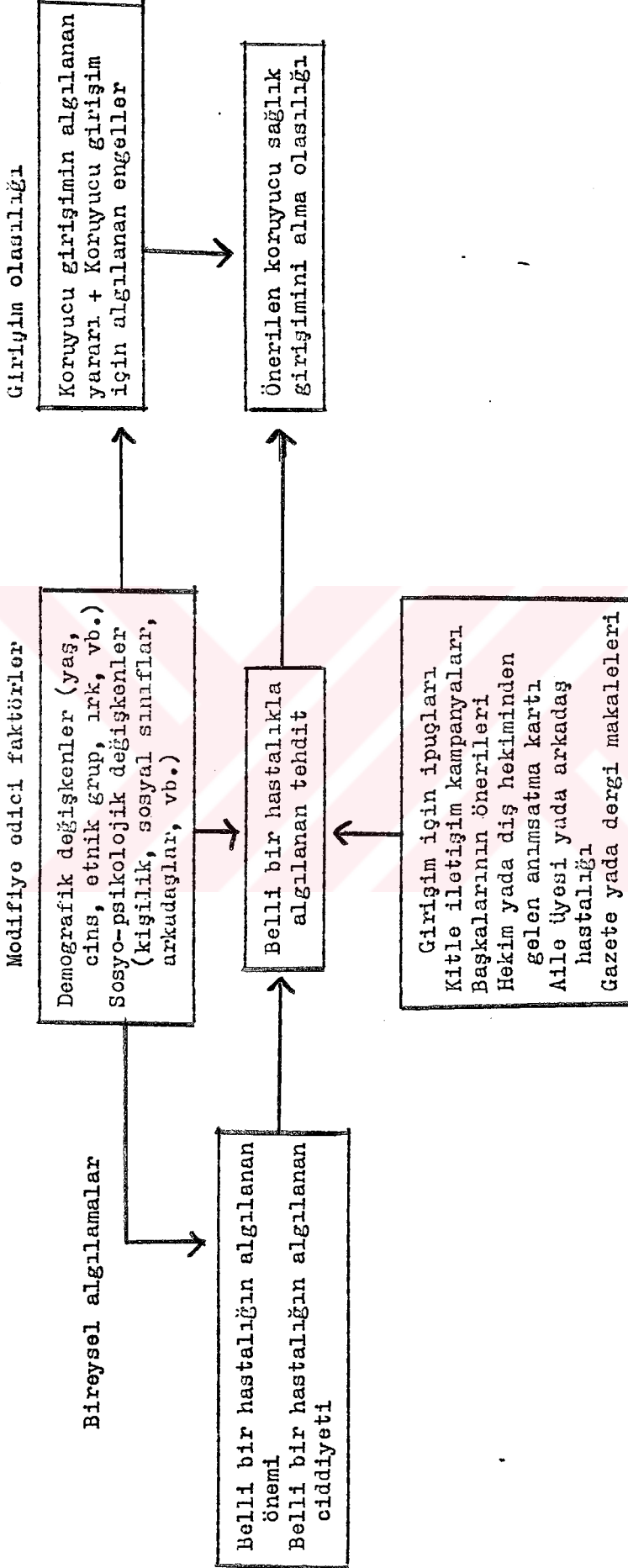
Modifiye edici ve kolaylaştırıcı
faktörler

Demografik (çok genç yada yaşlı)
Yapısal (maliyet,süre,karlılık,
yan etkiler,todaviyi elde ede-
me olasılığı, yeni davranış
örüntülerine gereksinim)
Tutumlar (hokim,diğer personel,
vizitlerden,klinik işlemlerden
ve olanaklardan memnuniyet)
Etkileşim süresi (sürekliliği,
karşılıklı beklentiler, doktor-
hasta ilişkisinin kalite ve
tipi, hekim-hasta görüş birliği
ve hastaya geri bildirim)
Kolaylaştırıcı güçler (girişim,
hastalık yada rejimle ilgili
önceki deneyimler, öneri ve
sevk kaynağı)

Hasta rolü davranışları

Önerilen tedaviye uyum
olasılığı (örn.: ilaç,
diyet, egzersiz, kişisel
alışkanlıklar, ęalışma
alışkanlıkları, rande-
vular, tedavi programına
başlama ve sürdürme)

ŞEKİL 1 : Hasta Rolü Modeli



ŞEKİL 2 : Sağlık İnang Modeli

Kronik hastalıklarda bir tedavi programının sonucu, bu rejimi sürdürmede hastanın sorumluluğuna bağlıdır. Sağlık inanç modeline göre, bir hastanın bu sorumluluğu alması onun bakış açısına bağlıdır. Uyum olasılığını belirlemek için hastanın tutum ve inançlarının anlaşılması gerekir (5). Bu sağlık inancı ile işbirliği yapan hasta gerçekten hasta olduğuna, hastalığının teşhis edildiğine ve hastalığının ona zarar verebileceğine inanır. Bir hastanın sağlık ekibi ile ilişkisi onun uysallığının belirtgesi olabilir. Sağlık inancı modelinin önemli bir ögesi-nin güvenme olduğu unutulmamalıdır. Hastaya özel ilgi göstermeden, sempati ve saygı duymadan güvenini kazanmayı beklemek yanlış olur. Bunlar çok meşgul bir klinikte yapılamayabilirsede hastanın tedavi programına karşı motive edilmesinde de çok önemlidir (7). Bu model bireyin hastalığın önemini algılamasını, psiko-sosyal ve demografik kolaylaştırıcı faktörleri ve önerilen girişimleri yapma olasılığını göz önüne alır. Bu modelde ilk unsur bireyin özgün bir hastalığı nasıl algıladığıdır. Hastanın bakış açısının onun uyum kararını belirleyebileceği (21) sağlık inanç modelinde gösterilmiştir (5).

1.2.4.3. Uyum

Uyum, kişinin davranışı ile sağlık personelinin önerisindeki birliğin boyutudur. Sağlık bakımı bağlamında

kullanıldığı zaman terapötik bir rejimi içeren çeşitli görevlerin hasta tarafından kabulü sürecini içerir. Shillinger'e göre uyum; çeşitli tonlardaki baskıdır (20). Bir başka tanıma göre de uyum ve uyumsuzluğun hasta ile ilgili bir olay olduğu ve uyumsuzluğun hastanın kendi iradi seçimi olduğudur (14). Uyumsuzluğun tanımı konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Kim, uyumsuzluğu "bir terapötik rejimi bilinçli olarak izlemeyen kişi" olarak tanımlar. Gordon ise, "başlangıçta uyum niyeti gösterdikten sonra bakım planının yürütülmesine katılmada başarısızlık" olarak tanımlar (3). Uyumsuzluk olarak görülen şeyin; sadece hastanın doğru olarak yaptığını düşündüğü şey ile doktorun hastasının yaptığını düşündüğü şey arasındaki uygunluğun eksikliğidir (14). Bireyin sağlık bakımı önerilerine uyumu tüm sağlık görevlilerinin ilgi alanı içindedir. Davis'in yaptığı çalışmalarda hastaların en az 1/3'i hekim önerilerine uymada başarısız olduğu görülmüştür.

Uyum; tam, kısmen ya da hiç olmayabilir. Uyum kavramı ilk bakışta görüldüğü kadar basit değildir. Çünkü insanların tedaviyi red etmek yasal haklarıdır. Örneğin verilen ilaçları almamak gibi (20). Tıbbi tedaviye uyumsuzluk oranının % 30-60 arasında olduğu tahmin edilmektedir (5). Yoos'un uyum çalışmalarının % 86'sında % 30'dan fazla bireyin uyumsuz oldukları belirtilmektedir.

Kişinin terapötik bir rejime uymaması bir çok değişkene bağlıdır (20). İleri yaş bir demografik değişkendir. Kronik hastalıkların daha çok olduğu yaşlı hastalarda uyum daha azdır (6). Eğitim, maliyet, rejimin karmaşıklığı, kolaylığı, bireyin sağlığa verdiği değer ve hastalığın verdiği rahatsızlık gibi faktörler uyum'u etkiler (20). Hastalığı bir zayıflık belirtisi olarak gören insanlar hastalığın varlığını inkar edebilirler, bu tür bir inkar uyumsuzluktan da sorumludur (20).

Hastalardan ne beklendiği onlara anlatılırsa bu beklenti % 85 oranında yerine gelmektedir. En önemli sorun iletişimdir. Hastaların 1/3'i onlardan ne beklendiğinden haberdar değildir (14). Uzun tedavi programı olan kronik hastalıkların tedavi programında cesaretleri kırılabileceği için bu hastalar işbirliği yapmayabilir. Tüberkülozlu hastalarda sıklıkla bu duruma düşen hastalardır. Kronik hastalığı olan diğer hastalar gibi bu hastalarında tedaviden neler beklendiğinin gerçekçi bir açıklamasına ek olarak cesarete de çok fazla gereksinimleri vardır (7).

1.2.5. TÜBERKÜLOZ HASTASININ TEDAVİYE UYUMUNDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Verem ile savaşta ve tedavi programlarının etkinliğinin arttırılmasında en önemli görevlerden birisi de ziyaretçi hemşireye düşmektedir. Tüberkülozlu hasta sağlık personelinin kendilerine gösterdiği muameleye aşırı duyarlı olur. Dispanserde hasta teşhis edilip hastaneye yatması gerekiyorsa; (4) hastanın hastaneye yatırılması için toplum hemşiresi tarafından hazırlanması gerekir. Bu hazırlanma sadece hastayı değil, aileyi de kapsar (9). Bu hastalar çoğunlukla geniş ailededir (18). Ziyaretçi hemşire hastanın evine giderek ailenin diğer fertlerinin dispansere gelmeleri ve rutin kontrollerinin yapılmasını sağlar ve eğitimlerini yapar. Ziyaretçi hemşirenin en önemli görevlerinden bir başkası ise hastaya, hastalığını kabul ettirebilmesidir. Hastalar teşhis konduktan ve tedaviye başladıktan bir süre sonrasına kadar gerçek şahsiyetlerini ortaya çıkarmazlar. Başlangıçta hasta herşeyi kabullenmiş gibi görünür. Yumuşak huylu, anlayışlı ve tavsiye edilen tıbbi tedaviyi titizlikle yerine getiren kişi olarak dikkati çeker. Üçüncü ve dördüncü aydan sonra ilaçla tedavinin olumlu gelişmeleri nedeniyle kendilerini tamamen iyi olmuş zannederler. Oysa bu geçici bir iyileşmedir. Hastalar bu iyileşmeye inanarak aksi hareketlerde bu-

lunarak hastalığı ve tedaviyi bırakır veya reddederler (4). Ziyaret planındaki önemli bir amaçta kemoterapi ve kemoprofilaksidedekilerin ilaçlarını tam ve süreli almaları için motivasyonlarıdır. Hastaya tam ve sürekli ilaç alınmadığında kullandığı ilaçlara direnç meydana geleceği ve tedavisinin güçleşeceği anlatılmalıdır (9).

1.2.5.1. Tüberküloz Hastasının Psikolojik Durumu

Tüberküloz, bugün tedavisi mümkün hastalıklar arasına girmiş olmasına karşın geçmişte, bir çok aile yuvasının yıkılmasına neden olduğu için, verem kelimesi halkımız arasında hala büyük korku ile karşılanmaktadır. Aile bireylerinden birisi bu hastalığa yakalandığı zaman bunun çevreden duyulması istenmemektedir. İşte bunun içindirki bir hastaya verem tanısı konulduğu zaman daha o andan itibaren hasta ve yakınları arasında kendiliğinden bir çok problemler ortaya çıkmaktadır. Örneğin; hastalığı kabul etmemek ve hastalığının duyulmasını istememek, dispanserden kaçmak ve evine ziyaretçi hemşireyi kabul etmemek gibi nedenlerle hasta ile dispanser arasındaki ilişkiler bozulmaktadır. Edremit Dispanseri'nde 1970 yılında yapılan bir araştırmaya göre devamsız hastaların % 10'unun hastalığının çevreye duyulmaması, % 10'ununda hasta olduklarına inanmadıkları için veya bir müddet tedaviden sonra şikayetleri geçince iyi olduklarını zannet-

tikleri için dispansere gelmedikleri saptanmıştır. Hastalığının çevreden duyulmasını istemeyen bir çok hasta ziyaretçi hemşire veya köy takip memurunun evine gelmesini istememektedir. Bazen evde yok bazen başka köye gitti dedirtmekte veyahut yine dispanserde görünmemek için "ben özel doktora tedavi oluyorum, benim dispanserden kaydımı silin" demektedirler.

Hastalık anlayışı toplumun kültürü ile yakinen ilgilidir. Hasta, hastalanmadan önce toplumun bir üyesidir. Ancak hastalandıktan sonra toplumdan uzaklaşmaktadır. Bu hal hasta üzerinde büyük bir problem yaratmaktadır. Verem halk arasında aşağı tabakanın hastalığı kabul edildiği için hastada aşağılık duygusu yaratmaktadır.

Veremli hastanın kendisine özgün bir ruh yapısı vardır. Bu yapının başlıca özellikleri şunlardır :

1. Hastaların toplum içerisinde buldukları mevki ve toplumun hastaya karşı gösterdiği ilgi ve ilgisizlik,
2. Hekime ve ilaca karşı kuşku,
3. Hastalığı gizleme ve sağlık örgütlerine karşı direnmedir (35).

1.2.5.2. Tedaviye Uyumu Zenginleştirmede Hemşirenin Rolü

Tüberküloz hastalarının tedaviye uyumunun arttırılmasında hemşirenin göz önünde bulundurması gereken bazı ilke ve uygulamalar vardır. Yapılan bazı araştırmalarda

bu uygulamaların uyumu arttırıcı etkileri incelenmiştir. Hastalarla en uzun süre birlikte olan sağlık personeli olarak hemşirelerin tüberküloz tedavisine uyumsuz hastaları saptayıp önlem alma konusunda yapabilecekleri çok şey vardır. Bunlardan bazıları şöyledir;

Hemşireler uyuma şu inançla yaklaşırlar, "insanlar kendi amaçlarını belirleme kapasitesine sahiptirler". Bunu yapabilmeleri için onların seçimine temel olacak bilgiye gereksinimleri vardır (20).

Hemşire sağlık inanç modeli yaklaşımını kullanarak bireyin algılarını, inançlarını ve davranışlarını etkileyen faktörleri daha iyi anlayabilir. Böylece bireylere sağlıklarını yeniden kazandırmak ve hastalıklardan korumak için bakım planlayabilirler (21).

Hemşireler, hastalığın sosyal, kişisel ve mesleki özelliklerine sistematik olarak dikkat gösterirlerse durumu daha iyiye götürebilirler (22).

Hemşirelerin uyumu arttırmak için yapabileceği girişimlerde şunlardır :

1- Bireyin tedaviyi neden izlemediğini saptama, bilgi verme, yanlışları düzeltme, maliyeti düşürme, uyumu arttırıcı, psikolojik sorunlar varsa danışmanlık yapmaktır.

2- Hemşire bireye rejimi izleyip izleyemeyeceğini sorabilir. Eğer hasta uyumsuzsa hemşire bu nedenleri bulmak zorundadır.

3- Göstererek bakım verme : Hemşire bunun hastanın sorununa içten bir ilgiyle yaklaştığını göstererek yapabilir. Bu arada hastanın haklarını ve kararını kabul etmek zorundadır.

4- Hastayla özgür, karşılıklı anlayış içinde, karşılıklı sorumluluk taşıyan bir ilişki geliştirir ve bireyleri destekler. Hemşire bilgi ve beceri sağlayarak hastanın kendisinin kontrolünü ve işbirliği içinde çalışmasını sağlayabilir. Bu da uyumun güçlenmesini sağlar.

5- Hemşireler hastalara gelişimsel aşamalarına uygun bir bağımsızlık düzeyini kabul ederek yardımcı olabirler. Hemşirenin işlevinin bir bölümü bir yandan bağımlılığı pekiştirirken öte yandan da uygun zamanlarda bağımsızlığı arttırmaktır.

6- Hemşireler, hastalara hasta rollerinde bilgi vererek yardımcı olurlar.

7- Pozitif pekiştireçlerle sağlık davranışı güçlendirilip cesaretlendirilir (20).

8- Tüm hastalara ilaç rejimi açıkça anlatılmalı, sürekli kontrolü ve gerektiğinde eğitim yapılmalıdır (6).

9- Eğitimi pekiştirmek için araç-gereç kullanılmalıdır (20).

10-Tedaviye başladıktan sonra hastalar her ay izlenmelidir. Önerilen tedaviye hastanın uyumu ve tedaviye karşı oluşan reaksiyonlar üzerinde özellikle durulmaya

çalışılmalıdır (10).

11- Hastaya ilaçlarını sürekli olarak hemşireye göstermesini istemek, ne sıklıkla ve kaç tane aldığını sormak uyumu motive edebilir (6).

12- Tedavisinde uyumsuz olduğu saptanan hastalara ilaçları direkt denetim altında aldırılabilir (34).

13- Uzun süreli tedavilerde açık tanımlamalar, hatırlatıcı işaretler, hastanın uyumunu ve/veya tedavisinin sonuçlarını kendisinin izlemesi, sosyal desteğin arttırılması, olasılıkların belirtilmesi ve uyumu destekleyecek ödüller, grup tartışmaları ve hastanın kendisinin yaptığı tedavinin gözlenmesi, vb. yöntemlerin uyumu arttırmak için birlikte kullanılmasına gerek vardır (13).

1.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmacının süresinin sınırlılığı nedeni ile araştırmanın örnekleme İzmir Kahramanlar Verem Savaş Dispanseri'ne başvuran hastalarla sınırlandırılmıştır.

1.4. TERİMLERİN TANIMI

Tedaviye Uyum : Hastanın, uygulanan tedavi programına uygun olarak ilaçlarını dispenserden almasıdır. İlacını almayı aksatan ve tedavisini yarıda bırakmış olan hastalar tedaviye uyumsuz olarak kabul edilmiştir.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma tüberkülozlu hastaların tedaviye uyum durumlarını incelemek üzere tanımlayıcı ve analitik olarak planlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma İzmir ili sınırları içerisinde bulunan Kahramanlar Verem Savaş Dispanseri'nde yapılmıştır.

Kahramanlar Verem Savaş Dispanseri binası 1956 yılında Süleyman Ferit tarafından yaptırılarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağışlanmıştır. Dispanserde; 9 hemşire, 3 hekim, 3 takip memuru, 2 röntgen teknisyeni, laboratuvar ve diğer hizmetlerde çalışan personelden oluşmak üzere toplam 37 kişi çalışmaktadır.

Hizmet Götürdüğü Bölgeler : Dispanserin bölge içi ve bölge dışındaki hizmet götürdüğü semt ve köyler şun-

lardır :

Bölge İçi : Yenişehir, Basmane, Kahramanlar, Gültepe, Levent, Zeytinlik.

Bölge Dışı: Altındağ, Çamdibi, Buca ve köyleri, Şirinyer, Kemalpaşa ve köyleri, Seferihisar ve köyleri, Gaziemir ve köyleri (15).

Hasta Durumu : 1988 kayıtlarına göre bir yıl içinde dispansere kayıtlı hasta sayısı 1.112'dir. Yıl içinde ilaç almaya gelen ve tedavileri devam eden hasta sayısı 931'dir (15).

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Kahramanlar Verem Savaş Dispanseri'nde kayıtlı tüm hastalar bu araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Kahramanlar Verem Savaş Dispanseri'ne kayıtlı olup 21 Kasım 1988 tarihinden önce tanı konmuş ve tedaviye başlamış olan, 21 Kasım 1988 - 20 Ocak 1989 tarihleri arasında ilaç almak üzere başvurması gereken hastalar bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Tedavisi devam eden 931 hastanın 299'u (%32.1) örnekleme alınmıştır. Örnekleme alı-

nan hastaların 148'i (% 49.5) ilacını almaya zamanında gelen, 103'ü (% 34.5) ilacını almaya geç gelen ve 48'ide (% 16.0) veri toplama süresi boyunca dispansere ilaç almaya hiç gelmeyen hastalardır.

Hastaların 251'ine (% 84) dispanserde ve 48'ine (% 16.0) (Gültepe'de 5, Buca'da 10, Şirinyer'de 10, Çamdibi'nde 5, Yenişehir'de 9, Kahramanlar'da 3, Altındağ'da 6 hastaya) 13 Ocak - 20 Ocak 1989 tarihleri arasında ev ziyareti yapılarak anket uygulanmıştır.

2.5. VERİ TOPLAMA

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket formu ve verem savaş kayıtları kullanılmıştır.

2.5.1. Anket Formunun Hazırlanması

Literatür bilgileri ve Verem Savaş Dispanseri'nde kullanılan formlardan yararlanılarak hazırlanan soru kağıdının ön denemesi Ege Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Verem Savaş Dispanseri'ne kayıtlı 5 hastaya uygulandıktan sonra gerekli değişiklikler yapılarak son şekli verildi (26). Soru kağıdında tüberküloz hastalarına ilişkin demografik bilgi, sosyo-ekonomik düzey, hastalık, tedavi ve tedaviye uyum durumuna ilişkin bilgi ve hastalığı nasıl algıladıklarına ilişkin sorular bulunmaktadır (Ek I.).

2.5.2. Soru Kağıdının Uygulanması

Hazırlanan anket formunun uygulama süresi 10 dakikadır.

Hazırlanan anket formu araştırmacı tarafından belirlenen tarihler arasında ve mesai saatleri içinde dispansere başvuran hastalara ve hiç gelmeyen hastalara uygulanmıştır. Dispansere günde ortalama 5-6 hasta ilaç almak için başvurmaktadır. Gelen hastalara kontrolleri sonucunda 1 aylık ilaç verilmekte, bazen uzaklık durumuna göre 2 aylık ilaç verilmektedir. Veri toplama süresi boyunca bir hastayla 2-3 kez karşılaşılmış, bu karşılaşmalardan birinde anket uygulanmıştır. Gelmeyen hastaların verilerini toplamak için kayıtlardan saptanan hastalara ev ziyareti yapılmıştır.

Gidilecek semtler ulaşım-zaman açısından sıraya kondu. Semtlerde, zaman-ekonomi açısından fazla hastaya ulaşabilmek için hastaların yoğun olduğu sokaklar bölge haritasından saptandı. Her semtten gidilmesi gereken evlerin bulunamaması ihtimaline karşı 5-6 yedek ev numarası listeye kaydedildi. Günde 10-15 ev numarasından 6-7 kişiye evde anket uygulanmıştır. Bazı semtlerde yeterli denek sayısına ulaşılamadığından, aynı ev farklı günlerde 2 kez ziyaret edildiği halde evde denek bulunamadığından anket formu doldurulamamıştır.

Soru kağıdındaki 21., 22., 24., 33., 34., 35. ve 36. soruların yanıtları dispanser kayıtlarından da kontrol edilerek unutmaya ya da yanlış bilgi verme gibi veri hataları ortadan kaldırıldı. Çocukların, konuşamayan erişkinlerin, doğudan yeni gelmiş henüz Türkçe'yi konuşamayan yaşlıların görüşmesi, bu denekleri dispansere getiren sorumlu bir yakını ile yapılmıştır.

2.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri araştırmacı tarafından teker teker veri kodlama formlarına kodlandıktan sonra Ege Üniversitesi Bilgisayar Merkezi'nde değerlendirilmiştir. Anket formlarından elde edilen tüm veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca tedaviye uyum bağımlı değişkenini etkileyeceği düşünülen yaş, cins, eğitim durumu, çalışıp-çalışmama durumları, medeni durum, evdeki konumu, aile tipi, köken durumu, aylık gelir, hastalığının süresi, yakınması olup olmadığı, yeni olgu/tekrarlayan olgu durumu, ilaçların yan etkisi olup olmadığı, dispansere gelme süresi gibi bağımsız değişkenler arasındaki ilişki χ^2 önemlilik testi ile analiz edilmiştir (7).

Anket formundaki (24., 27., 29., 32., 36., 37., 38.) açık uçlu sorular araştırmacı tarafından elde tek tek de-

ğerlendirilerek, alınan yanıtlar uygun bir şekilde gruplandırılmıştır.

Araştırma verilerinin toplandığı tarihler arasında ilacını almaya gelen hastalar "tedaviye uyumlu" olarak değerlendirilmiştir. Randevusuna zamanında gelmeyenler "geç gelen", veri toplama sürecinde dispansere gelmeyen hastalar ise "hiç gelmeyen" denek grubu olarak değerlendirilmişlerdir.



BÖLÜM III

B U L G U L A R

3.1. DENEKLERİN BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

TABLO 8 : Deneklere İlişkin Bazı Özelliklerin Dağılımı
(N=299)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<u>Y a ş</u>		
0 - 9	27	9.0
10 - 29	128	42.8
30 - 49	86	28.8
50 ve üstü	58	19.4
<u>C i n s</u>		
Erkek	221	73.9
Kadın	78	26.1
<u>Öğrenim Durumu</u>		
Okur-yazar değil	50	16.7
Okur-yazar	48	16.1
İlkokul	152	50.8
Orta ve üstü	43	14.4
Gereksiz, çocuk	6	2.0

(Devam ediyor)

Tablo 8 (Devamı)

<u>Özellikler</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
<u>Evdeki Konumları</u>		
Anne	46	15.4
Baba	114	38.1
Çocuk	114	38.1
Kayınbaba, kayınvalide	25	8.4
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	160	53.5
Bekar	80	26.8
Dul	25	8.3
Çocuk	34	11.4
<u>Köken</u>		
Büyük kent	116	28.8
Kent	46	15.4
Kasaba	56	18.7
Köy	81	27.1

Tablo 8'de örnekleme alınan deneklere ilişkin bazı özellikler verilmiştir. Hastaların % 42.8'i 10-29 yaş grubunda olup, 30 yaş ve üzerinde olanların oranı % 48.2'dir. Deneklerin 3/4'ünü erkekler oluşturmaktadır. Hiçbir okulu bitirmeyenlerin oranı % 32.8'dir. Örnekleme evdeki konumu baba ve çocuk olanlar aynı orandadır (% 38.1) ve deneklerin % 53.5'i evli, % 26.8'i bekadır. Büyük kent ve kent kökenli aile oranı % 54.2 olup, kasaba ve köy kökenliler sırasıyla % 18.7 ve % 27.1'dir.

TABLO 9 : Çalışan Deneklerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek Grubu	Sayı	Yüzde
İşçi	22	17.1
Memur	6	4.6
Serbest (Çiftçi, satıcı, kendine ait işyeri olanlar)	87	67.4
Emekli	14	10.9
Toplam	129	100.0

Tablo 9'da araştırma kapsamına alınan deneklerden çalışanların meslek gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Çalışanların yaklaşık 2/3'sini çiftçi, satıcı, kendine ait işyeri olan serbest çalışanlar oluşturmaktadır. Araştırmaya alınan deneklerin % 56.9'unu ev hanımı, çocuk ve çalışmayan hastalar oluşturmuştur.

TABLO 10 : Deneklerin Aile Tipleri ve Büyüklüklerine
Göre Dağılımı (N=299)

	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
<u>Aile Tipi</u>		
Çekirdek Aile	210	70.2
Geniş Aile	39	13.1
Parçalanmış Aile	50	16.7
<u>Aile Büyüklüğü</u>		
1	24	8.0
2	38	12.7
3	64	21.4
4	62	20.8
5	50	16.7
6 ve üstü	61	20.4

Tablo 10'da örnekleme alınan hastaların aile tipi ve büyüklükleri gösterilmiştir. Çekirdek aile oranı % 70.2 olup, evde 3 ve daha az kişi bulunan aileler % 42.1, aile büyüklüğü 4'den fazla olanlar ise % 57.9'dur. Ortalama aile büyüklüğü 3.9'dur.

TABLO 11 : Deneklerin Oturdukları Evlerin Tipine, Oda Sayılarına ve Evlerin Yaşam Şartlarını Kendi Tanımlamalarına Göre Dağılımı (N=299)

	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
<u>Evin Tipi</u>		
Gecekondu	110	36.8
Apartman	37	12.4
Müstakil Ev	149	49.8
Diğer	3	1.0
<u>Oda Sayısı</u>		
1	31	10.4
2	127	42.5
3	115	38.4
4	26	8.7
<u>Kendi Değerlendirmeleri</u>		
İyi	23	7.7
Orta	177	59.2
Kötü	99	33.1

Tablo 11'de araştırmaya alınan hastaların evlerinin tipine, evlerindeki oda sayısına ve yaşam şartlarının kendi ifadelerine göre dağılımı verilmiştir. Deneklerin % 86.6'sı gecekondu ve müstakil evde oturmaktadır. % 38.4'ü 3 odalı evde, % 10.4'ü tek odalı evde kalmaktadır. Yaşam şartlarını "kötü" olarak değerlendirenler % 33.1, "orta" bulanlar % 59.2, "iyi" bulanlar ise % 7.7'dir.

TABLO 12 : Deneklerin Ekonomik Durumları ve Aylık Gelirle Geçinme Durumlarına Göre Dağılımı (N=299)

	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
<u>Aylık Gelir (TL)</u>		
100.000 ve daha az	81	27.1
101.000 - 150.000	95	31.8
151.000 - 200.000	64	21.4
201.000 - 250.000	24	8.0
251.000 - 300.000	11	3.7
300.000 ve daha fazla	24	8.0
<u>Gelirlerini Değerlendirmeleri</u>		
Çok iyi	4	1.3
İyi	26	8.7
Orta halli	133	44.5
Kötü	136	45.5

Tablo 12'de araştırmaya alınan hastaların ailelerinin aylık gelirleri ve bu gelirin kendi ifadelerine göre dağılımı verilmiştir. Gelirleri 100.000 TL'dan az olanların oranı % 27.1, 100.000-200.000 TL arası geliri olanlar % 53.2'dir. Kendi ifadelerine göre geçinme durumunu "kötü" olarak niteleyenler % 45.5 ve "çok iyi" olarak niteleyenler ise ancak % 1.3 oranında bulunmuştur.

TABLO 13 : Deneklerin Sağlık Hizmetlerinden Parasız Yararlanma Olanaklarına Göre Dağılımı

<u>Sağlık Kuruluşu</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Emekli Sandığı	19	6.4
Sosyal Sigortalar Kurumu	62	20.7
Bağ-Kur	10	3.3
Bağlı Bulunduğu Sağlık Kuruluşu Yok	208	69.6
Toplam	299	100.0

Tablo 13'de deneklerin sağlık hizmetlerinden parasız yararlanma olanaklarına göre dağılımları gösterilmiştir. Hastaların % 69.6'sının bağlı olduğu herhangi bir sağlık kurumu yoktur.

TABLO 14 : Deneklerin Oturdukları Yerin Dispanser Tarafından Gruplandırıldığı Bölgeye Göre Dağılımı

<u>Bölge</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Bölge İçi	125	41.8
Bölge Dışı	174	58.2
Toplam	299	100.0

Tablo 14'de araştırmaya alınan deneklerin oturduk-

ları yerin dispanser tarafından gruplandırıldığı bölgeye göre dağılımı verilmiştir. Deneklerin % 41.8'i bölge içi, % 58.2'si bölge dışı kapsamındaki semtlerde oturmaktadır.

TABLO 15 : Deneklerin Oturdukları Semtlerin Dispansere Olan Uzaklıklarına Göre Dağılımları (Dakika olarak)

<u>Uzaklık (Dak)</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
30 ve daha az	74	29.5
31 - 59	112	44.6
60 ve daha fazla	65	25.9
<u>Toplam*</u>	<u>251</u>	<u>100.0</u>

*Ev ziyareti yapılarak anket doldurulan "hiç gelmeyen" denek grubu alınmamıştır.

Dispanserde görüşme yapılarak "o gün kaç dakikada dispansere geldiği" sorulup uzaklık saptaması yapılan deneklerin dispansere olan uzaklıklarına göre dağılımı incelendiğinde; ev uzaklığı 30 dakikaya kadar olanların oranı % 29.5, 31-59 dakika arasında süre harcayanların % 44.6, 1 saatten fazla süre harcayanların ise % 25.9 oranında olduğu Tablo 15'de görülmektedir.

Hastaların % 10.4'ü dispansere yürüyerek, % 89.6'sı ise otobüs ile geldiğini bildirmiştir.

TABLO 16 : Deneklerde Verem Aşısının Varlığı ve Skar Sayısına Göre Dağılımı (N=299)

<u>BCG Aşısı</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
V a r	197	65.9
Y o k	102	34.1
<u>Skar Sayısı</u>		
0	102	34.1
1	190	63.6
2	7	2.3
<u>Toplam</u>	<u>~299</u>	<u>100.0</u>

Tablo 16'da deneklerde verem aşısının varlığı ve skar sayısına göre dağılım verilmiştir. Deneklerin % 34.1'inin aşısının olmadığı, % 63.6'sında tek skar olduğu saptanmıştır. İki aşısı olan hasta oranı % 2.3'dür.

3.2. DENEKLERİN HASTALIKLARINA İLİŞKİN VERİLER

TABLO 17 : Deneklerin Hastalığa Yakalanma Süresine Göre Dağılımı

<u>Hastalık Süresi (Ay)</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
0 - 3	37	12.4
4 - 7	62	20.7
8 - 12	68	22.8
13 - 24	70	23.4
25 ve üstü	62	20.7
Toplam	299	100.0

Tablo 17'de deneklerin hastalığa yakalanma süresinin dağılımı verilmiştir. 1 yıldır hasta olanlar % 55.9, 1-2 yıldır hasta olanlar % 23.4, 2 yıldan fazla süredir hasta olanlar ise % 20.7 oranındadır.

TABLO 18 : Deneklerin Hastalık Öykülerinin Eski-Yeni Oluşuna Göre Dağılımı

<u>Olgu</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Eski Olgu	63	21.1
Yeni Olgu	236	78.9
Toplam	299	100.0

Tablo 18'de araştırmaya alınan hastaların tanı ve tedavisi eski ya da yeni oluşuna göre dağılımı verilmiştir. Deneklerin % 78.9'u tanı ve tedavisini ilk kez alan hastalar, % 21.1'i ise eski olgulardır.

TABLO 19 : Deneklerin Daha Önce Tedavilerini Yarıda Bırakma Durumuna ve Yarıda Bırakma Nedenlerine Göre Dağılımı

<u>Yarıda Bırakma</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Evet	21	7.0
Hayır	278	93.0
T o p l a m	299	100.0
<u>Bırakma Nedeni</u>		
İyileştim	8	34.8
İhmal	6	26.1
Ailesel Sorunlar	5	21.7
Diğer	4	17.4
T o p l a m [¶]	23	100.0

[¶]Bu soruya birden fazla yanıt alınmış olup yüzdeler yanıt sayısına göre hesaplanmıştır.

Tablo 19'da deneklerin daha önce ilaçlarını alırken yarıda bırakma durumunu ve yarıda bırakma nedenlerine göre dağılımı verilmiştir. Daha önce tedavisini yarım bıraktığı kayıtlardan da kontrol edilerek saptanan hasta oranı % 7'dir. "İyileştiğini zannetme, ihmal ve ailesel sorunlar" tedaviyi yarıda bırakma nedeni olarak bildirilmiştir.

TABLO 20 : Deneklerin Daha Önce İlaç Almayı Aksatma Durumuna ve Aksatma Sayısına Göre Dağılımı

<u>Gelme Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Gelen	145	48.5
Gelmeyen	154	51.5
T o p l a m	299	100.0
<u>Aksatma Sayısı</u>		
1	38	24.7
2	33	21.4
3	29	18.8
4	48	31.2
5 ve üstü	6	3.9
T o p l a m	154	100.0

Tablo 20'de hastaların bu tedavi sürecinde ilaç almayı aksatıp aksatmadıkları ve kaç kez aksattıkları kayıtlardanda kontrol edilerek belirlenmiştir. İlacını almak üzere dispensere zamanında gelmeyen hasta oranı % 51.5 olarak saptanmıştır. Hastaların ilaç alımını yaklaşık 1/3'inin 4 ve daha fazla aksattığı görülmektedir.

TABLO 21 : Deneklerin Daha Önce İlaç Alma Zamanını ve Aksatma Nedenlerine Göre Dağılımı

<u>Gelmeme Nedeni</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Ailesel sorunlar	73	46.5
Bilmiyorum	25	15.9
İhmal, unutma	12	7.6
Diğer	11	7.0
Şikayetim yoktu	10	6.4
Dışarıda tedavi oluyorum, dışarıdan ilaç alıyorum	9	5.7
Başka hastalık	6	3.8
Gebelik + Doğum	4	2.6
Hastanede yatma	4	2.6
Yanıtsız	3	1.9
Toplam[*]	157	100.0

^{*} Bu soruya birden fazla yanıt alınmış olup yüzdeler yanıt sayısına göre hesaplanmıştır.

Tablo 21'de araştırma kapsamına alınan deneklerin daha önce tedavileri sürerken ilaç alma zamanını aksatma nedenlerine göre dağılımı verilmiştir. Ailesel sorunlar % 46.5 oranı ile en önemli aksatma nedeni olarak belirtilmiştir. Gelmeyen deneklerle dispanser % 33.8 oranında iletişim kurabilmiştir.

TABLO 22 : Deneklerin İlaçlarını Alması Gereken Tarihte Dispensere Gelmeme Nedenlerine Göre Dağılımı

<u>Gelmeme Nedeni</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Ailesel sorunlar	64	41.6
İhmal	27	17.5
İyileştim	16	10.4
Bilgim yok	14	9.1
Dışarıda tedavi	13	8.4
Diğer	12	7.8
Hastanede yatma	6	3.9
Başka hastalık	2	1.3
Toplam[*]	154	100.0

^{*}Bu soruya birden fazla yanıt alınmış olup yüzdeler yanıt sayısına göre hesaplanmıştır.

Deneklerin ilaçlarını alması gereken tarihte dispansere gelmeme nedenlerine göre dağılımı Tablo 22'de verilmiştir. Hastaların % 41.6'sı ailesel sorunlar, % 17.5'i ihmal, % 10.4'ü iyileştiği için, % 9.1'i bilgisizlik nedeni ile ilaç almaya gelmediklerini belirtmişlerdir.

TABLO 23 : Deneklerin Anti-Tüberkül İlaçları Kullanma Şekillerine Göre Dağılımı

<u>İlaç Kullanımı</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
D o ğ r u	246	82.3
Y a n l ı ş	53	17.7
Toplam	299	100.0

Hastaların ilaçlarını doğru kullanıp kullanmadıklarını saptamak üzere, ilaçların alınma zamanı ve sayıları sorulmuştur. Her hastaya verilen rejime göre yapılan değerlendirme sonuçları Tablo 23'de gösterilmiş olup, ilaçlarını doğru kullanmayanların oranının % 17.7 olduğu saptanmıştır.

TABLO 24 : Deneklerin Anti-Tüberkül İlaçlarını Unutma Durumlarına ve Unutma Nedenlerine Göre Dağılımı

<u>Unutma Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Hayır	211	70.6
Evet	88	29.4
T o p l a m	299	100.0
<u>Unutma Nedeni</u>		
İhmal	83	94.4
İlacım yoktu	3	3.4
Hamilelikten	1	1.1
İyileştim	1	1.1
T o p l a m	88	100.0

Tablo 24'de araştırma kapsamına alınan hastaların anti-tüberkül ilaçlarını unutma durumlarına ve unutma nedenlerine göre dağılımı verilmiştir. Deneklerin ilaç içmeyi % 29.4 oranında unuttuğu, unutmanın da % 94.4 oranı ile ihmalden kaynaklandığı görülmüştür.

TABLO 25 : Deneklerin Tüberküloz Hastalığı Yakınmalarının Bulunma Durumuna ve Şikayet Türlerine Göre Dağılımı

<u>Yakınma</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
V a r	111	37.1
Y o k	188	62.9
T o p l a m	299	100.0
<u>Yakınmanın Türü</u>		
Öksürük	52	46.8
Öksürük + Balgam	34	30.6
Balgam	7	6.3
Öksürük + Balgam + Kanlı tükürme	5	4.5
Öksürük + Balgam + Gece teri	4	3.6
Öksürük + Gece teri	4	3.6
Gece teri	3	2.7
Kanlı tükürme	1	0.9
T o p l a m	111	100.0

Araştırma kapsamına alınan deneklerin hastalık yakınmalarının varlığına ve yakınma türlerine göre dağılımı Tablo 25'de verilmiştir. Deneklerin % 62.9'unun yakınması olduğu belirlenmiştir. En fazla yakınma % 46.8 oranı ile

öksürük, % 30.6 ile öksürük ve balgamdır.

TABLO 26 : Deneklerin Kullandıkları Anti-Tüberkül İlaçların Yan Etkilerinin Varlığına Göre Dağılımı

<u>Yan Etki</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Y o k	250	83.6
V a r	49	16.4
T o p l a m	299	100.0
<u>Yan Etkinin Türü</u>		
G.İ.S. Şikayetler	24	49.0
Allerji	16	32.7
Uyku Sorunları + Kulak Çınlaması +Baş Dönmesi	8	16.3
Hafıza Kaybı	1	2.0
T o p l a m	49	100.0

Tablo 26'da deneklerin kullandıkları anti-tüberkül ilaçların yan etkilerinin varlığı ve yan etki türüne göre dağılımı verilmiştir. Hastaların % 16.1'inde kullandıkları anti-tüberkül ilaçların yan etkisinin olduğu belirlenmiştir. Bu yan etki % 47.9 oranında gastrointestinal sistemde (bulantı, kusma, hazımsızlık, karaciğer büyüklüğü, vb.) görülmüştür.

TABLO 27 : Deneklerin Tüberküloz Hastalığı Hakkındaki
Bilgilerine Göre Dağılımı

<u>Bilgiler</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
Tehlikeli, ince, öldürücü bir hastalık	75	25.3
Bulaşıcı	63	21.2
Diğer (iyimser)	47	15.8
Üşütme, iyi beslenememe vb. nedenlerden olur	46	15.5
Bilgim yok	43	14.5
Karamsar, soyutlanmış	18	6.1
Bulaşıcı değil	4	1.3
Hastalık tekrarından olur	1	0.3
Toplam[⌘]	297	100.0

[⌘]Bu soruya birden fazla yanıt alınmış olup yüzdeler yanıt sayısına göre hesaplanmıştır.

Deneklerin verem hastalığı hakkındaki bilgilerine göre dağılımı Tablo 27'de verilmiştir. Verilen yanıtlar % 25.3 oranında öldürücü, tehlikeli konusunda birleşmiş, % 6.1 oranında hasta karamsar olduğunu belirtirken, iyimser olanlar ile tedavisi basit, kötü hastalık değil diyenler % 15.8 oranındadır.

TABLO 28 : Deneklerin Tüberküloz Hastalığının Tedavisi
Hakkındaki Bilgilerine Göre Dağılımı

<u>Bilgiler</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
İlacını zamanında içeceksin	105	30.3
Hijyenik koşullar+istirahat kendini her konuda koruyacaksın	72	20.7
Tedavisi mümkün bir hastalık	63	18.2
Tedavisi uzun sürüyor	43	12.3
Bilgim yok	36	10.4
Diğer (zengin hastalığı, önce kendini düşün)	20	5.8
Hastane tedavisi	8	2.3
Toplam[×]	347	100.0

[×]Bu soruya birden fazla yanıt alınmış olup yüzdeler yanıt sayısına göre hesaplanmıştır.

Tablo 26'da hastaların tüberküloz hastalığının tedavisi hakkındaki bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların % 51'i "hijyenik koşullara uyma, istirahat etme, ilacını zamanında içme" olarak yanıt vermişlerdir. "Bilgim yok" diyen hastalar % 10.4 oranındadır.

3.3. HASTALARIN TEDAVİYE UYUM DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Bu bölümde;

Hastaların tedaviye uyum durumlarını etkileyebileceği düşünülen bazı sosyo-demografik özellikleri incelemek üzere ilaçlarını zamanında almaya gelen ve uyumlu olduğu kabul edilen hastalar ile, randevu tarihini geciktiren ya da verilerin toplandığı süre içerisinde ilaç almaya gelmemiş olan değişik düzeyde uyumsuzluk gösteren hastalarda bu davranışları etkileyen çeşitli değişkenler analiz edilmiştir.

3.3.1. BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE UYUM
DAVRANIŞININ İNCELENMESİ

TABLO 29 : Deneklerin Yaş Gruplarının Tedaviye
Uyumlarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	S	U Y U M D U R U M U			Toplam
		Zamanında Gelen	Geç Gelen	Hiç Gelmeyen	
0 - 9	%	16 59.3	8 29.6	3 11.1	27 100.0
10 - 29	%	56 43.8	44 34.4	28 21.8	128 100.0
30 - 49	%	44 51.2	29 33.7	13 15.1	86 100.0
50 - 69	%	32 55.2	22 37.9	4 6.9	58 100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(\chi^2=8.6 \quad SD=6 \quad P > 0.05)$$

Tablo 29'da deneklerin tedaviye uyum durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, hastaların yaşlarının ilerledikçe uyumsuzluk oranlarında artış görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel analizde yaş ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

TABLO 30 : Deneklerin Cinsiyetlerine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

<u>Cins</u>		U Y U M D U R U M U			<u>Toplam</u>
		<u>Zamanında Gelen</u>	<u>Geç Gelen</u>	<u>Hiç Gelmeyen</u>	
Erkek	S	111	69	41	221
	%	50.2	31.2	18.6	100.0
Kadın	S	37	34	7	78
	%	47.4	43.6	9.0	100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(x^2=6.238 \quad SD=2 \quad P < 0.05)$$

Tablo 30'da deneklerin tüberküloz tedavisine uyumlarının cinsiyete göre dağılımları verilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda hastaların cinsiyet durumlarının tedaviye uyuma etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde tedaviye uyumlu olanlarda cinsler arası bir fark olmadığı ancak ilaç almaya geç gelme davranışının kadınlarda, hiç gelmeyenlerin ise erkeklerde daha yüksek olduğu görülmüştür.

TABLO 31 : Deneklerin Öğrenim Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

Öğrenim Durumu		U Y U M D U R U M U			Toplam
		Zamanında Gelen	Geç Gelen	Hiç Gelmeyen	
Okur-yazar değil	S %	29 58.0	18 36.0	3 6.0	50 100.0
Okur-yazar	S %	22 45.8	19 39.6	7 14.6	48 100.0
İlkokul	S %	66 43.4	56 36.8	30 19.8	152 100.0
Orta-Lise+ Yükseköğrenim	S %	27 62.8	9 21.0	7 16.2	43 100.0
Gereksiz (çocuk)	S %	4 66.6	1 16.7	1 16.7	6 100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(\chi^2=11.8 \quad SD=8 \quad P > 0.05)$$

Hastaların tedaviye uyum durumlarının öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 31'de verilmiştir. Orta ve üzerinde eğitimi olanlarda uyum oranı % 62.8'e ulaşmaktadır. İlacını almaya geç gelen ve hiç gelmeyenlerde de eğitim düzeyi ortaokul ve üzerinde olanlar diğer gruplardan daha düşük oranlardadır. Ancak yapılan analizlerde öğrenim düzeyi ile tedaviye uyum davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

TABLO 32 : Deneklerin Çalışma Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

Çalışma Durumu	U Y U M D U R U M U			Toplam	
	Zamanında Gelen	Geç Gelen	Hiç Gelmeyen		
Çalışan	S %	49 42.6	35 30.4	31 27.0	115 100.0
Çalışmayan	S %	99 53.8	68 37.0	17 9.2	184 100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(\chi^2=16.36 \quad SD=2 \quad P < 0.01)$$

Tablo 32'de deneklerin tedaviye uyum durumlarının çalışma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Hastaların çalışma durumları ile tedaviye uyum davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan ileri analizde bu farkın çalışan hastalarda ilacını almaya gelmeme oranınının yüksekliğine bağlı olduğu görülmüştür.

TABLO 33 : Deneklerin Medeni Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

<u>Medeni Durum</u>		U Y U M D U R U M U			<u>Toplam</u>
		<u>Zamanında Gelen</u>	<u>Geç Gelen</u>	<u>Hiç Gelmeyen</u>	
Evli	S	74	64	22	160
	%	46.3	40.0	13.7	100.0
Bekar	S	40	20	20	80
	%	50.0	25.0	25.0	100.0
Dul	S	14	9	2	25
	%	56.0	36.0	8.0	100.0
Çocuk	S	21	10	3	34
	%	61.8	29.4	8.8	100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(x^2=11.97 \quad SD=6 \quad P > 0.05)$$

Deneklerin tedaviye uyum durumlarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 33'de verilmiştir. Uyumlu grupta en düşük oran % 46.3 ile evli gruba aittir. Geç gelen grupta yine en yüksek oran % 40 ile evli gruptan olup, hiç gelmeyenlerde bekarların oranı % 25 ile ilk sıradadır. Ancak istatistiksel analizde medeni durum ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

TABLO 34 : Deneklerin Evdeki Konumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

Konum		U Y U M D U R U M U			Toplam
		Zamanında Gelen	Geç Gelen	Hiç Gelmeyen	
Anne	S	18	22	6	46
	%	39.2	47.8	13.0	100.0
Baba	S	57	42	15	114
	%	50.0	36.8	13.2	100.0
Çocuk	S	61	30	23	114
	%	53.5	26.3	20.2	100.0
Kayınpeder	S	12	9	4	25
Kayınvalide	%	48.0	36.0	16.0	100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(x^2=5.99 \quad SD=6 \quad P) 0.05)$$

Tablo 34'de deneklerin tedaviye uyum durumlarının evdeki konumlarına göre dağılımı verilmiştir. Çocuklarda uyum oranı % 53.5, anne konumunda olanlarda ilaç almaya geç gelme % 47.8 ile diğer konumlardan daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

TABLO 35 : Deneklerin Aile Tipine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

<u>Aile Tipi</u>		<u>U Y U M D U R U M U</u>			<u>Toplam</u>
		<u>Zamanında Gelen</u>	<u>Geç Gelen</u>	<u>Hiç Gelmeyen</u>	
Çekirdek	S	102	71	37	210
	%	48.6	33.8	37.6	100.0
Geniş	S	19	17	3	39
	%	48.7	43.6	7.7	100.0
Parçalanmış	S	27	15	8	50
	%	54.0	30.0	16.0	100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(x^2=3.52 \quad SD=4 \quad P > 0.05)$$

Tablo 35'de deneklerin tedaviye uyumlarının aile tipine göre dağılımı verilmiştir. İlacını almaya geçenler geniş ailelerde % 48.6, hiç gelmeyenler çekirdek ailelerde % 37.6 ile en yüksek orandadır. Ancak istatistiksel analizde deneklerin aile tipi ile tedaviye uyum davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

TABLO 36 : Deneklerin Köken Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

<u>Köken</u>		U Y U M D U R U M U			<u>Toplam</u>
		<u>Zamanında Gelen</u>	<u>Geç Gelen</u>	<u>Hiç Gelmeyen</u>	
Köy	S	43	32	6	81
	%	53.1	39.5	7.4	100.0
Kasaba	S	25	20	11	56
	%	44.6	35.7	19.7	100.0
Kent	S	28	11	7	46
	%	60.9	23.9	15.2	100.0
Büyükşehir	S	52	40	24	116
	%	44.8	34.5	20.7	100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(\chi^2=10.09 \quad SD=6 \quad P > 0.05)$$

Tablo 36'da araştırma kapsamına alınan deneklerin tedaviye uyum durumlarının 12 yaşına kadar yaşadıkları yere göre dağılımı verilmiştir. Kent kökenlilerde uyumlu hasta oranı % 60.9, büyük kent kökenlilerde ilaç almaya gelmeme % 20.7, köy kökenlilerde geç gelme oranı % 39.5 olarak saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel analiz sonucunda köken ile tedaviye uyum davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

TABLO 37 : Ailelerin Aylık Gelirlerine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

<u>Aylık Gelir</u>		<u>U Y U M D U R U M U</u>			<u>Toplam</u>
		<u>Zamanında Gelen</u>	<u>Geç Gelen</u>	<u>Hiç Gelmeyen</u>	
150.000 ve ↓	S %	85 48.3	70 39.8	21 11.9	176 100.0
151.000 ve ↑	S %	63 51.2	33 26.8	27 22.0	123 100.0
<u>Toplam</u>		148	103	48	299

$$(\chi^2=8.21 \quad SD=2 \quad P < 0.05)$$

Tablo 37'de hastaların tedaviye uyum durumlarının aylık gelirlerine göre dağılımı gösterilmiştir. Aylık gelir düzeyi yükseldikçe tedaviye uyum gösteren hasta oranlarında yükselme olduğu saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizde tedaviye uyumlu grupta ekonomik düzeyin belirleyici olmadığı, farkın uyumsuz gruplardan ileri geldiği saptanmıştır.

TABLO 38 : Deneklerin Oturduğu Semtlerin Dispansere Olan Uzaklık Durumlarına Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı (dk. olarak)

Dispansere Uzaklık (Dk)		UYUM DURUMU		Toplam
		Zamanında Gelen	Geç Gelen	
30 <	S %	36 48.6	38 51.4	74 100.0
31-59	S %	73 65.2	39 34.8	112 100.0
60 >	S %	39 60.0	26 40.0	65 100.0
Toplam*		148	103	251

$$(x^2=5.05 \quad SD=2 \quad P > 0.05)$$

*Ev ziyareti yapılarak anket doldurulan "hiç gelmeyen" denek grubu analiz dışı bırakılmıştır.

Dispanserde görüşme yapılan deneklere "o gün dispansere kaç dakikada geldiği" sorularak uzaklık saptaması yapılmıştır. Ev ziyareti yapılan grupta tahmini değerlendirmelerin sağlıklı sonuç vermeyeceği düşünülerek uzaklık ve uyumun değerlendirilmesinde bu grup analize alınmamıştır.

Tablo 38'de deneklerin tedaviye uyum durumlarının oturduğu semtlerin dispansere olan uzaklıklarına göre dağılımı verilmiştir. Dispansere olan uzaklıkları 30 dakika-

dan az olanlarda uyum % 48.6 olarak saptanmıştır. 1 saat-ten uzak yerde oturanlarda uyum % 60 oranındadır. Ancak uzaklıkla tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

3.3.2. BAZI HASTALIK VERİLERİNE GÖRE TEDAVİYE UYUM DAVRANIŞININ İNCELENMESİ

TABLO 39 : Deneklerin Hastalıklarının Seyrine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

Hastalığın Seyri		U Y U M D U R U M U			Toplam
		Zamanında Gelen	Geç Gelen	Hiç Gelmeyen	
Eski Olgu	S	103	90	43	236
	%	43.6	38.1	18.3	100.0
Yeni Olgu	S	45	13	5	63
	%	71.4	20.6	8.0	100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(\chi^2=15.452 \quad SD=2 \quad P < 0.01)$$

Tablo 39'da hastaların tedaviye uyumlarının eski/yeni olgu olma durumlarına göre davranışları incelenmiştir. Eski olguların % 43.6'sı, yeni olguların ise % 71.4'ü uyumlu olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da çok anlamlı bulunmuştur. Uyumsuz gruptaki fark ista-

tistiksel olarak anlamlı değildir.

TABLO 40 : Deneklerin Hastalanma Süresine Göre Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

<u>Hastalık Süresi</u>	<u>U Y U M D U R U M U</u>			<u>Toplam</u>
	<u>Zamanında Gelen</u>	<u>Geç Gelen</u>	<u>Hiç Gelmeyen</u>	
7 aydan az	S 64 % 64.6	25 25.3	10 10.1	99 100.0
8-12 ay	S 22 % 32.3	35 51.5	11 16.2	68 100.0
13 aydan fazla	S 62 % 46.9	43 32.6	27 20.5	132 100.0
Toplam	148	103	48	299

$$(\chi^2=20.85 \quad SD=4 \quad P < 0.01)$$

Tablo 40'da deneklerin hastalığa yakalanma sürelerine göre tedaviye uyum davranışları gösterilmiştir. Hastalık süresi uzadıkça uyumsuzluk durumunda artma gözlenmiştir. Hastalık ile tedaviye uyum durumu arasındaki fark istatistiksel olarak da çok anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde bu farkın hastalık süresi 7 aydan az olanlarda uyum oranının yüksekliğine (% 64.6) bağlı olduğu belirlenmiştir. Uyumsuz gruplar arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

TABLO 41 : Deneklerin Hastalık Yakınmalarına Göre
Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

<u>Yakınma</u>		<u>U Y U M D U R U M U</u>			<u>Toplam</u>
		<u>Zamanında</u> <u>Gelen</u>	<u>Geç</u> <u>Gelen</u>	<u>Hiç</u> <u>Gelmeyen</u>	
Yakınma Var	S %	58 52.3	38 34.2	15 13.5	111 100.0
Yakınma Yok	S %	90 47.9	65 34.6	33 17.5	188 100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(x^2=0.7 \quad SD=2 \quad P > 0.05)$$

Tablo 41'de deneklerin hastalık yakınmalarına göre tedaviye uyum durumlarının dağılımı verilmiştir. Uyumlu grupta yakınması olanlar daha fazla (% 52.3) başvurmuşlardır. Ancak yapılan istatistiksel analizde hastalık yakınması ile tedaviye uyum davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

TABLO 42 : Deneklerde İlaçların Yan Etkilerine Göre
Tedaviye Uyum Durumlarının Dağılımı

İlaç Yan Etkisi		U Y U M D U R U M U			Toplam
		Zamanında Gelen	Geç Gelen	Hiç Gelmeyen	
V a r	S	30	17	2	49
	%	61.2	34.7	4.1	100.0
Y o k	S	118	86	46	250
	%	47.2	34.4	18.4	100.0
Toplam		148	103	48	299

$$(x^2=6.861 \quad SD=2 \quad P < 0.05)$$

Deneklerde ilaçların yan etkilerine göre tedaviye uyum durumlarının dağılımı Tablo 42'de verilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda ilaçların yan etkisinin tedaviye uyuma etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizde bu farkın uyumlu grupta yan etki oranının yüksek olmasına bağlı olduğu saptanmıştır. Uyumsuz gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. TARTIŞMA

4.1.1. DENEKLERİN BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinden alınan sonuçlara göre yaş, cins, aile büyüklüğü, oda sayısı gibi değişkenler diğer dispanserlerde yapılan araştırma sonuçlarındaki hastaların özellikleri ile benzerlik göstermektedir (12, 18).

Çalışan hastalar meslek gruplarına göre incelendiğinde % 67.4'ünün serbest meslek (çiftçi, satıcı)'de çalışan hastalardan oluştuğu saptanmıştır (Tablo 9). Koçoğlu yaptığı araştırmada çiftçi ve serbest meslek grubunda olanların oranını % 53.3 olarak bulmuştur (18).

Hastaların oturdukları ev tipine, yaşam şartlarının kendi tanımlamalarına, aylık gelir ve bu aylık gelir ile geçinme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, gece-konduda oturanlar % 36.8, yaşam şartlarını kötü olarak ni-

teleyenler % 33.1, aylık geliri 150.000 TL'dan az olanlar % 58.9, aylık gelirle geçinme durumunu kötü olarak belirtenler % 45.5, sosyal güvencesi olmayanlar % 69.6 olarak saptanmıştır (Tablo 11, 12, 13). Ekonomik koşullar ve sosyal güvence açısından saptanan bu olumsuz sonuçlar beklenen düzeylerdedir. Ayrıca hastalık nedeni ile aile üyelerinden birisinin çalışma gücünü kaybetmesi sonucu gelir kaynakları azalacak ya da yok denecek hale geleceğinden ailenin uğradığı ekonomik kayıp yüzünden yeterli ve uygun beslenme, giyim, konut sorunu ve temizlik gibi sağlık için gerekli olan temel faktörler yerine getirilemeyecektir (35).

Hastalarda verem aşısının varlığı ve skar sayısı dağılımının incelenmesinde, aşısı olmayan hastaların oranı % 34.1, tek skarlı hastaların oranı % 63.1, 2 skarlı hasta oranı % 2.3 olarak bulunmuştur (Tablo 16). Koçoğlu yaptığı çalışmada, BCG aşısı olmayan hasta oranını % 37.5, tek skarlıların oranını % 54.2 bulmuştur (18). Normalde, kişilerin çocukken doğdukları yıl içinde ve ilkokul 1. ve 5. sınıfta olmak üzere 3 kez aşılanmış olması zorunludur (17). Araştırmamızda ilkokul mezunu hastaların oranı % 50.8 olmasına rağmen, 3 skarlı hasta saptanmamıştır. Bunun nedeni BCG uygulamalarının genel sağlık örgütlerine yeterince entegre edilememesinden, kuru BCG üretimindeki yetersizlikten ve halkımızın BCG aşısının

önemini hala bilememesinden ileri gelebilir (17).

4.1.2. DENEKLERİN HASTALIKLARINA İLİŞKİN VERİLER

Hastaların tüberküloz hastalığına yakalanma süresine göre dağılımı incelendiğinde, 2 yıldan uzun süredir hasta olanlar % 20.7 oranındadır. Önceden tedavi görmemiş, tanı ve tedavisini ilk kez alan yeni olguların oranı % 78.9 olarak saptanmıştır (Tablo 17, 18). İlaç rejiminde rifampisin kullanılarak yapılan tüberküloz tedavi süresi 9 aydır (29). 2 yıldır hasta olanların ve tanı ve tedavisini ilk kez alıp tedavisi devam edenlerin içinde ya ilaçları düzenli kullanamamaktan ilaçlara karşı gelişen primer direnç veya etkin ilaç rejiminin iyi seçilmemesi sonucu gelişen sekonder ilaç direncine bağlı olarak hastalığı kronikleşenlerde olabilir. Eski olgu olanların oranı 1/5 olup, bunlarda eskiden başarılı bir tedavi olduktan bir süre sonra tekrar hastalananlar veya önceden tedaviye başlamış fakat bir süre sonra tedavisini yarım bırakmış şimdi tedaviye tekrar başlamış hastalar olabilir.

Daha önce tedavisini yarıda bırakanların sayısı ve bırakma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, hastaların % 7'si tedavisini yarıda bırakmış, bırakma neden-

lerini iyileşme, ihmal, ailesel nedenler gibi faktörler oluşturmaktadır (Tablo 19).

Daha önce ilaç alma zamanını aksatma ve ilaç alması gereken tarihte dispansere gelmeme nedenlerine göre deneklerin dağılımı incelendiğinde, aksatanların oranı % 51.5 olup, aksatma nedenleri olarak ailesel nedenler, bilgisizlik, ihmal, iyileşme gibi faktörler saptanmıştır (Tablo 20, 21, 22). Bunun nedeni hastaya, tüberküloz hastalığının ve tedavisinin önemi hakkında yeterli bilgi verilmemesinden kaynaklanabilir.

Deneklerin anti-tüberkül ilaçları kullanma şekline göre dağılımı incelendiğinde (ilaçlarını içme zamanı, kaç tane içtiği), % 17.7'sinin ilacını doğru kullanmadığı, % 82.3'ünün doğru kullandığı saptanmıştır (Tablo 23). İlaçlarını doğru kullanan hasta oranının yüksek olmasının nedeni hastaların araştırmaya istenen yanıtı vermelerinin sonucu olabilir.

Tablo 24'de hastaların anti-tüberkül ilaçlarını unutma durumlarına ve unutma nedenlerine göre incelenmesinde, % 29.4 oranında hasta ilaç içmeyi unuttuğunu bildirmiştir. Unutma nedenleri arasında % 94.4 oranında ihmal en yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu da hastaların ilaç tedavisinin önemi konusunda yeterince bilgilendirilmemelerinin doğal bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Hastalık yakınmalarının türüne göre incelenmesinde

(Tablo 25), hastaların % 37.1'inde en az bir yakınma vardır ve en çok görülen yakınma türünün % 46.8 oranı ile öksürük olduğu görülmüştür.

Deneklerin kullandıkları anti-tüberkül ilaçların yan etkilerinin varlığı ve türüne göre dağılımının incelenmesinde, % 16.4 oranında hastanın yan etki oluştuğunu bildirdiği görülmüştür. Bu hastaların % 49'u gastrointestinal sistemde (bulantı, kusma) yan etki bildirmişlerdir (Tablo 26). Anti-tüberkül ilaçların bir kısmının gastro-intestinal sistemde yan etki göstermesi bu sonuca neden olabilir.

Deneklerin tüberküloz hastalığı hakkındaki bilgileri incelendiğinde (Tablo 27), öldürücü, tehlikeli, ince hastalık tanımlamasını yapanların 1/4 oranında olduğu görülmüştür. Hiç iyileşemeyeceğim ve Allah'ın verdiği bir hastalık diyerek karamsarlığa düşenlerde gösteriyorki, günümüzde tedavisi mümkün hastalıklar arasına girmiş olmasına karşın halkımızın bu konuda yeterince bilgilendirilemediğini düşündürmektedir.

Tüberküloz hastalığının tedavisi hakkında deneklerin bilgilerine göre dağılımı incelendiğinde, tedavi ile ilgili olarak "istirahat etme, kendini koruma, ilacını zamanında içme" gibi yanıtlar saptanmıştır (Tablo 28). Hastaların tüberküloz tedavisi hakkında bilgi açığı buna neden olabilir.

4.1.3. HASTALARIN TEDAVİYE UYUM DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

4.1.3.1. Bazı Sosyo-demografik Özelliklerin Tedaviye Uyum Davranışına Etkisi

Hastaların yaşlarının tedaviye uyum davranışına etkisi incelendiğinde (Tablo 29), iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P > 0.05$). Bu sonuç kronik hastalıkların görüldüğü ileri yaşlarda uyumun daha az olduğunu gösteren literatür bilgilerimizle uygunluk göstermemiştir (5). Bunun nedeninin, ülkemiz koşullarında diğer değişkenleri uyumu etkilemede daha belirleyici olmasından ileri geldiği söylenebilir.

Cinsiyetin tedaviye uyum davranışına etkisi incelendiğinde, bu değişkenin hastaların uyum davranışına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P < 0.05$), bu farkın kadınlarda erkeklere oranla tedaviye geç gelme oranının yüksekliğinden kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 30). Bu farkın nedeni kadınların ev sorumlulukları ve toplumumuzda kadının konumuna bağlı olarak bağımsız davranmamaları, sokağa yalnız çıkamamaları gibi nedenlere bağlı olabilir. Erkeklerde tedaviyi bırakma oranının yüksek olması yine toplumumuzdaki erkek rolü ile bağlantılı olarak hastalığa gösterilen tepkinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Hastaların öğrenim durumlarının tedaviye uyum davranışına etkisi incelendiğinde (Tablo 31), eğitim ile tedaviye uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P > 0.05$). Öğrenim düzeylerine göre hastalık ve tedavisi konusunda hastalara açıkça bilgi verilmesi uyumun artmasında belirleyici rol oynayabilir. Ancak ülkemizde veremin "sosyal hastalık" tanımı ve hastalara yeterli açıklama yapılmaması gibi koşullar göz önüne alınacak olursa bu beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Deneklerin çalışma durumlarının tedaviye uyum davranışına etkisi incelendiğinde, bu değişkenin hastaların uyum davranışına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P < 0.01$), çalışan grupta ilacını almaya gelmeme oranının yüksekliğinin bu farka neden olduğu saptanmıştır. (Tablo 32). Bu farkın nedeni çalışan hastaların çalışma koşullarında izin alma zorlukları olabilir.

Hastaların medeni durumları ve evdeki konumlarının tedaviye uyum davranışına etkisi incelenmiş (Tablo 33, 34), medeni durum ve evdeki konumları ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır ($P > 0.05$). Aile beklentisi kronik hastaların tedaviye uyumunda önemli bir faktördür (5). Aile üyelerinin birbirlerini motive ederek uyum davranışı oranının artması olasıdır. Ancak ülkemizde tedavi planlarının yürütülmesinde hasta olduğu gibi ailenin de aktif katılımı sağlanamamak-

ta ve bu bağlamda tedaviye uyumu arttırıcı önemli bir unsur olan aile desteğinden yararlanılamamaktadır.

Tablo 35'deki hastaların aile tipine göre tedaviye uyum davranışlarının dağılımı incelendiğinde, bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P > 0.05$). Çekirdek aile modern aile birimi olduğundan birbirlerini olumlu yönde etkilemenin daha yoğun olacağı düşünülerek, uyum oranında artış, uyumsuzluk oranında da azalma olması beklenirdi. Bu etkinin oluşmaması yukarıda sözü edilen desteği sağlama çabalarının eksikliği ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların 12 yaşına kadar yaşadıkları yerin tedaviye uyum davranışına etkisi incelendiğinde, köken ile uyum davranışına etkisi arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır ($P > 0.05$) (Tablo 36). Büyükşehir kökenlilerde eğitim düzeyi, anlatılanları anlama kapasitesi ve yetiştirme tarzıyla kırsal kesim kökenlilerden daha bilinçli olabileceği varsayılarak uyumsuzluk oranında azalma beklenirdi. Oysa araştırma sonuçlarında köy kökenlilerde uyumsuzluk oranı düşük saptanmıştır.

Tablo 37'de hastaların aylık gelirlerine göre tedaviye uyumlarının dağılımı incelendiğinde; aylık gelirin tedaviye uyum davranışına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0.05$). Aylık geliri 150.000 TL'dan az olanlarda, 150.000 TL'dan fazla olanlara göre uyumsuz-

luk oranı düşük saptanmıştır. Araştırmanın yapıldığı dispanserde Verem Savaş Derneği'nin Büyükşehir Belediyesi ile yaptıkları işbirliği sayesinde ekonomik durumu kötü olan hastalara her ay belli bir miktar yiyecek yardımı yapılmaktadır. Gelir düzeyi düşük olanlarda uyumsuzluk oranının daha az olması bu güdülemeye bağlı olabilir.

Hastaların oturdukları semtlerin dispansere uzaklığının tedaviye uyum durumlarına etkisi incelendiğinde (Tablo 38), iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır ($P > 0.05$). Uzaklık uyumsuzluktan sorumlu bir faktördür (17). Dispansere ulaşımı daha kolay olan hastaların, dispansere ulaşım kolaylığı, kısa zaman, ekonomik gibi nedenlere bağlı olarak uyum oranında artış beklenirdi.

4.1.3.2. Bazı Hastalık Verilerinin Tedaviye Uyum Davranışına Etkisi

Hastalık tanılarının yeni veya eski olma durumunun tedaviye uyum davranışlarına etkisinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 39), bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P < 0.01$). Eskiden tedavi görmüş hastalarda yeni tanı ve tedavi alan hastalara göre uyum oranı düşüktür. Bu beklenen bir sonuçtur. Uzun süre tedavi alan hastalarda, aynı tedaviyi tekrar almaları veya hastalıklarının geçmediğini bilmeleri cesa-

retlerini kırabilir, iyileşemeyeceklerine inanarak karamsarlığa düşebilirler. Bu durum uyumsuzluğu arttırıcı bir etken olarak düşünülebilir.

Hastaların, hastalığa yakalanma sürelerine göre tedaviye uyum durumlarının dağılımı incelenmiş (Tablo 40), hastalığın süresi ile tedaviye uyum davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulmuştur ($P < 0.01$). Tedavinin 1 yılı geçmesi hastalarda tedaviye uyum oranını büyük ölçüde azaltmaktadır (29). Bu beklenen bir sonuçtur. Hasta, tedavinin başladığı ilk aylarda hastalıktan çekinerek ilaçlarını düzenli ve zamanında içer ve hastalık yakınmaları geçer. İleriki aylarda iyileştiğini düşünerek veya aynı ilaçları uzun süre kullanmaktan bıkkınlık duyarak bilgisizliği sonucu daha sonraki aylarda bilerek ilaç almayı ihmal etmekte ve tedavisini yarım bırakmaktadır. Böyle durumlar uyumsuzluğun artışından sorumlu olabilir.

Hastaların hastalık yakınmalarına göre tedaviye uyum durumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 41), hastalık yakınması ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır ($P > 0.05$). Yakınmanın, hastaların uyum davranışında belirleyici olması beklenirdi. Bu sonuç hastaların hastalık ve sorunları konusunda yeterince bilgilendirilememeleri ve uzun süreli bir tedaviye gösterilen bir tepki olarak değerlendirilebilir.

Hastaların ilaçlarının yan etkilerine göre tedaviye uyumlarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 42), bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P < 0.05$). Bu farkın uyumlu grupta ilaç yan etki oranınının yüksek olmasına bağlı olduğu saptanmıştır. Hastalar kullandıkları ilacın yan etkileriyle karşılaştıklarında, "ilaç iyi gelmedi" diye düşünerek ilacın değiştirilmesi için dispensere gelmektedirler.

4.2. SONUÇ

Araştırmaya alınan deneklerin % 42.8'i 10-29 yaş grubunda, 3/4'ü erkek hastalardan oluşmaktadır. Hiç bir okulu bitirmeyenlerin oranı % 32.8 olup, % 53.5'i evli, köy kökenlilerin oranı ise % 27.1'dir. Deneklerin 2/3'sini çiftçi, satıcı, kendine ait işyeri olanlar oluşturmaktadır. % 56.9'u ev hanımı, çocuk ve çalışamayacak hastalardan oluşmaktadır. Çekirdek aile oranı % 70.2 ve ortalama aile büyüklüğü 3.9'dur. Deneklerin % 86.6'sı gecekonduda oturmakta, % 10.4'ü tek odalı evde kalmakta, buna karşın yaşam şartlarını kötü olarak niteleyenlerin oranı % 33.1'dir. Gelirleri aylık 150.000 TL'dan az olanların oranı % 58.9 olup, durumumuz kötü diyenler % 45.5'dir. Deneklerin 1/4'i dispensere 1 saatten uzak semtlerde oturmakta ve % 89.6'sı otobüsle gelmektedir. BCG aşısı

olmayanlar % 34.1 oranındadır. % 63.6 denekte tek aşı bulunmaktadır.

25 ay ve daha fazla süredir hasta olanlar hastaların 1/5'ini oluşturmakta ve % 78.9 oranında eski hastalardır. Tedavisini yarıda bırakma nedeni olarak iyileşme faktörünü söyleyenler % 34.8, ilaç almayı aksatanlar % 51.3 olup, ilacını almayı aksatma nedeni olarakda % 46.5 oranında ailesel nedenler öne sürülmüştür. Bunların ancak 1/3'i ile dispanser iletişim kurabilmiştir. İlaçlarını alması gereken tarihte gelmeyenlerin cevaplarının % 41.6'sını yine ailesel nedenler oluşturmuş, ilaçları kullanırken yanlışlık yapanların % 17.7 olduğu saptanmıştır. İlaç içmeyi unutma nedeni olarak cevapların % 94.4'ünü ihmal oluşturmuştur. Yakınması olanlar % 37.1 olup, yakınma olarak öksürük, balgam, kanlı tükürmeyi söyleyenler % 4.5 oranındadır. İlaçların yan etkisi var diyenler % 16.4 oranında olup yaklaşık 1/2'si gastrointestinal sistemde görülen reaksiyonları bildirmiştir. Hastalık hakkında öldürücü, tehlikeli, ince hastalık yanıtlarını verenler % 25.3 oranında olmuştur, tedavi konusunda yanıtların % 51'i hijyenik koşullara uyma, istirahat etme, ilacını zamanında içme konusunda birleşmişlerdir.

Deneklerin yaş, öğrenim durumu, evdeki konumu, medeni durumu, aile tipi, köken, uzaklık, hastalık yakınması, ilaç yan etkisi gibi değişkenleri ile tedaviye uyum

davranışı arasında istatistiksel olarak $P < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Ancak; cins, çalışma durumu, aylık gelir, hastalığın seyri, eski/yeni olgu durumu, hastalığın süresi gibi değişkenlerle tedaviye uyum davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($P < 0.05$, $P < 0.01$) bulunmuştur.

4.2.1. ÖNERİLER

1. Tedaviye başlarken, hastanın daha önce düzensiz ilaç kullanma öyküsü veya ilaçlara direncin varlığı, hastalığının süresi, ekonomik ve kültürel düzey, tedaviye isteklilik ve uyumluluk, sağlık kuruluşlarına yakınlık, vb. gibi uyumsuzluğa neden olabilecek bazı faktörlerin varlığına göre önlem alınması,

2. Hastalığının tanısı konulup tedaviye başlandığında hastalığının ne olduğu, tedavinin nasıl yapılacağı, ne kadar süre tedavi olacağı ve tedavi sürerken ilaç alınmasının aksaması halinde sonucun neler olabileceği hastanın eğitim düzeyi ve psikolojik durumuna uygun olarak hastayı korkutmadan anlatılması,

3. Tedaviye uyumda belirleyici olacağı düşünülen ve özellik arzeden ailelere verilecek hemşirelik hizmetlerinin etkinliğini arttırmak üzere tedaviyi yarıda bırakma ve aksatması olasılığı olan bu aileler için özel girişim planlarının hazırlanması,

4. Çalışma saatlerinde ilaç almaya gelemeyen hastalar saptanarak bu grup için özel düzenlemelere gidilmesi, gerekirse ilaçların evlerine götürülmesi,

5. Tedavinin yürütülmesinde hasta ve ailesinin aktif katılımının sağlanması,

6. Hastaların bireysel özellikleri gözönüne alınarak, hastanın dispansere geliş zamanlarında sağlık personeli ile hasta arasında tedaviyi sürdürmesini destekleyecek bir ilişki kurulması,

7. Verem Savaş Dispanseri'nde çalışan hemşirelerin, zaman zaman ev ziyaretleri yaparak ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaları saptayarak, uyumsuzluk nedenlerini saptaması ve hastayı uyumlu hale getirecek girişimlerde bulunması,

8. Uyumsuz olabilecek hastalar için özel izleme planları hazırlanması ve daha sık izlenmesi,

9. Kitle iletişim araçlarıyla (basın, televizyon, radyo) verem hastalığı ve tedavisi hakkında daha sık bilgi verilmesi,

10. Dispanserde çalışan sağlık personeline, halkımız tarafından duyarlı olarak algılanan ve sosyal bir hastalık olan verem hastalığına yakalanan insanlara yapılacak ziyaretlerde ne yapması, nelere dikkat etmesi, hastaları nasıl eğitmesi, hastanın psikolojisine uygun olarak nasıl davranması gerektiği, tedavi ve tedavinin izlenmesi, vb.

konularda sık sık hizmetiçi eğitim verilerek bilgi ve becerilerinin arttırılması önerilebilir.



Ö Z E T

Yurdumuzda 30 yıl öncesine kadar büyük bir sağlık sorunu olan verem hastalığı resmi ve gönüllü kuruluşların işbirliği sayesinde dünyanın takdirini toplayacak bir başarı ile yok edilmeye yakın düzeye getirilmiş ancak hastalığa karşı gösterilen gevşeme ve diğer faktörlerin etkisiyle 10 yıldan beri tekrar tırmanışa geçmiştir.

Tüberküloz savaşında başarı etkin bir kemoterapi rejimi ve ilaçların hasta tarafından düzenli alınmasıyla olur. Ülkemizde ilaçları düzenli kullanmama oranı % 60'dır. Verem hastalığında savaşta başarının ön koşulu ilaçlarını düzenli kullanmama sorununun çözümlenmesidir. Diğer bir deyişle tedavi programlarının istenildiği biçimde sürdürülmesidir. Burada hemşirenin rolü büyüktür.

Bu araştırmanın amacı tüberküloz hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmalarından sorumlu olan hemşirelerin bu işlevlerini etkili bir biçimde yerine getirebilmeleri için tedaviye uyumsuzluk nedenlerinin bilinmesi ve etkin hemşirelik girişim planlarının hazırlanabilmesi için gerekli bilgilerin toplanmasıdır.

Tüberküloz hastalarının ilaçlarını almak için dispansere zamanında gelme durumlarının "tedaviye uyumlu" kabul edildiği bu çalışma, hastaların uyum davranışını etkileyebileceği düşünülen bazı değişkenleri incelemek üzere Kahramanlar Verem Savaş Dispanseri'nde yapılmıştır.

Bu araştırmanın verileri Kahramanlar Verem Savaş Dispanseri'nde 21 Kasım 1988 tarihinden önce tanı almış ve tedaviye başlamış olan 299 hastaya anket uygulaması ve dispanser kayıtlarından yararlanılarak toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan deneklerin % 49.5'i ilacını zamanında almaya gelen uyumlu hastalardan, % 34.5'i ilaç alma zamanını geciktiren ve % 16.0'ı ilaç almaya gelmeyip evlerinde ziyaret edilerek veri toplanan tedaviye uyumsuz hastalardan oluşturulmuştur.

Kullanılan anket formu, hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerini, verem hastalığının ve tedavilerine ilişkin bilgi ve uygulamaları ile uyumsuzluk nedenlerini saptamaya yönelik soruları içermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre "ailesel sorunlar, ihmal, iyileştiğini sanma ve bilgi yetersizliği" hastaların tedaviyi aksatmalarında önde gelen nedenler olarak saptanmıştır. Yapılan analizlerde tedaviye uyum ile hastaların cinsiyeti, çalışma durumları, aylık gelir düzeyleri gibi sosyo-demografik özellikler ile hastalığın yeni olgu/ eski olgu olması, ilaçların yan etkisinin olup olmama du-

rumu ve hastalığın süresi gibi hastalığına ilişkin bazı değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak, tedaviye uyumda belirleyici olacağı düşünülen ve özel risk grubu olarak tanımlayabileceğimiz ailelere verilecek hemşirelik hizmetlerinin etkinliğini arttırmak üzere, tedaviyi yarıda bırakma ya da aksatması olası olan bu ailelere özel girişim planlarının hazırlanması verem hastalığı ile savaşın kazanılmasında önemli bir adım olacaktır. Bu bağlamda verem savaş dispanserlerinde çalışan hemşirelerin ve tüm görevlilerin konuya daha duyarlı yaklaşımları ve hizmetiçi eğitim programları ile diğer özendirici girişimleri ivedilikle uygulamaya koymaları önerilmiştir.

S U M M A R Y

Tuberculosis which was an important health problem 30 years ago, regreted almost completely by collaborative working of official and volunter institutes. However tuberculosis cases began to increase since 10 years, because of undiligence and other factors.

Success in tbc struggle is possible by an appropriate chemotherapy regimen and a careful obey to this regimen by the patients. 60 % of the patients doesn't obey to their regimens in our country. There fore this problem has to be handled in order to success the fight against tuberculosis. The nurse has a major role in maintaining a regular treatment course.

The aim of this study is to determine the reasons of treatment incompilance and try to get enought data to prepare efficient nursing plans.

Patients coming regularly to the Dispensary for their drugs were accepted as treatment compliant 299 patients who were diagnosed as tbc and had begun treatment at Kahramanlar Tbc Fighting Dispensary before November 21,

1988, were included to this study 49.5 % of the patients were treatment compliant since they were coming regularly to the dispensary to get their medicine. 34.5 % of the patients were delaying to apply to the dispensary. And 16 % of the patients never came to the dispensary and they had to be visited in their homes. Last two group of patients were accepted as treatment in compliance.

Questionnaires applied to the patients were including following items: social demographic properties, data about the disease and treatment regimen, reasons of treatment in compliance.

Results of the questionnaires showed that major reasons of in compliance were family problems, neglect, lack of knowledge. There is an statistical difference between compatibility and social demographic properties such as sex, working conditions. There is also as statistical difference between compatibility and the course of disease, side effects of drugs and duration of illness.

As a result, to prepare special care programs for treatment in compliance families will be on important step in fighting with tbc. Then we suggest that special courses dealing with every aspect of tbc. and alike activities will increase the sufficiency of dispensary officials.

K A Y N A K L A R

1. Akkaynak, S., Tüberküloz, Ankara:Ayyıldız Matb., 1986.
2. Ateş, M., Uçan, E.S., Özdemir, C., "Tüberkülozlu çocuk ve gençlerde klinik bakteriyolojik özellikler", Ege Üni.Tıp Fak.Enfeksiyon Derg., 25, 4, (1986), 1339-1344.
3. Baas, L.S., Allen, G.A., "Memory error : developing a new nursing diagnosis",Nurs.Clin.of North Ame., 20, 4, (1985), 731-743.
4. Bayraktar, R., "Verem hastalığıyla savaşta dispanserlerin ve ziyaretçi hemşirelerin rolü", Türk Hemş. Derg., 1, 1, (1984), 51-52.
5. Cameron, K., Gregor, F., "Chronic illness and compliance", Jour.of Advan.Nurs., 12, 6, (1987), 671-676.
6. Curtis, E.B., "Medication errors made by patients", Nurs.Outlook, 9, 5, (1961), 290-291.
7. Çavuşoğlu, H., "Hastanın ilaç kullanımına uyumda sizin rolünüz", Türk Hemş.Derg., 3, (1980), 72-75.

8. Ekiz, K., "Akciğer tüberkülozu tedavi ilkeleri",
Türk İlaç ve Tedavi Derg., 2, (1988), 83-89.
9. Erek, G., "Tüberkülozda toplum hemşireliği", Türk
Hemş.Derg., 2, 3, (1973), 26-33.
10. Gedikoğlu, G., Devocioğlu, Ö., Çocuklarda tüberkü-
loz ve güncel değerlendirme , Lösemili Çocuk-
lar Bizim Çocuklar Vakfı Yayınları, 2, İstan-
bul; 1986.
11. Glassroth, S.L., "Out patient management of tübercu-
losis", Emerge Medi., 15:20, 9, (1988), 160,
162-163.
12. Gülesen, Ö., Tüberküloz, epidemiyoloji, Bursa: Bursa
Üniversitesi Basımevi, 1981, 362.
13. Haynes, R.B., Wang, E., Gomes, M.D.M., "A critical
review of interventions to improve compliance
with prescribed medications", Patient Educa-
tion and Counseling, 10, 2, (1987), 155-166.
14. Hulka, B.S., Cassel, J.C., Kupper, L.L., Burdette, J.
A., "Communication compliance and concordance
between physicians and patients with prescribed
medications", Amer.J.of Pub.Health, 66, 9,
(1976), 847-853.
15. Karakoca, A., Özel görüşme, İzmir Kahramanlar Verem
Savaş Dispanseri Başhemşiresi.

16. Kocabaş, A., Zorlutuna, Ş., "Akciğer tüberkülozunun tedavisinde başarısızlıklar, önemli sebepleri ve bunların önlenmesi", Sağlık Dergisi, 59, 10-12, (1985), 119-128.
17. Koçoğlu, F., Verem savaşı, Hacettepe Üni.Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, 86/36, Dizi No.4, Ankara:Üçbilek Matb., 1986, 119-128.
18. Koçoğlu, F., Enson, B.C., Türkiye'de tüberküloz hastalarının sosyal ve kültürel bazı özellikleri, (Yayınlanmamış Çalışma), 1985.
19. Koçoğlu, F., Enson, B.C., Türkiye'de verem savaşı dispanserlerinde kayıtlı hastaların ikametgahlarına ve dispanserle işbirliği yapıp yapmama durumlarına göre dağılımı, (Yayınlanmamış Çalışma), 1984.
20. Kozier, B., Erb, G., Fundamentals of nursing concepts and procedures, Third edition, California: Addison-Wesley Publishing Comp., 1986.
21. Potter, A.P., Perry, G.A., Fundamentals of nursing concepts, processes and practice, St. Louis: The C. V. Mosby Comp., 1985.
22. Reif, L., "Managing a life with chronic disease", Ame. J. of Nurs., 73, (1973), 261-264.

23. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Verem Savaşı Dispanserleri Talimatnamesi, Yayın No.453, Ankara, 1982.
24. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de verem hastalığının seyri üzerine bir araştırma, 2, Ankara, 1984.
25. Sorensen and Luckman, Basic nursing, a psychophysiology approach, Philadelphia:W.B.Saunders Comp., 1986, 111.
26. Sümbüloğlu, K., İstatistik, sağlık bilimlerinde araştırma teknikleri, Ankara:Çağ Matb., 1978.
27. Vidinel, İ., Tüberküloz tedavisi, Ege Üni.Tıp Fak. Dekanlığı Yayın Bürosu, Bornova-İzmir, 1987.
28. Vidinel, İ., Akciğer hastalıkları, Ege Üni.Tıp Fak. Yayınları, 43, 203, Bornova:Ege Üniversitesi Basımevi, 1989.
29. Vidinel, İ., Ateş, M., Aysan, T., Bayındır, Ü., Bilgiç, İ., Büke, M., Erdiñç, E., Akciğer tüberkülozu, Ayın Kitabı 59, İzmir:Ege Üni.Tıp Fak.Yayın Bürosu Ofset Atelyesi, 1988.
30. Vidinel, İ., Çalpan, N., "Ege bölgesindeki tüberküloz basillerinde primer ve sekonder ilaç direnci", Ege Üni.Tıp Fak.İnfeksiyon Derg., 2, 1, (1988), 33-41.

31. Yazıcıoğlu, S., Tüberküloz teşhis ve tedavi, Diyarbakır Üni.Tıp Fak.Yayını 21, Diyarbakır, 1980.
32. Yenel, F., Sözer, K., Erk, M., Akciğer hastalıkları, Ders Kitabı, Ankara:Kıral Matb., 1987.
33. Yüce, A., Abedi, M., Okuyan, M., "Eylül 1986-Nisan 1989 tarihleri arasında izole edilen mycobacterium tuberculosis suşlarının tüberkülostatlara duyarlılıkları ve total direnç oranları", Ege Üni.Tıp Fak.İnfeksiyon Derg., 2, 3, (1988), 351-359.
34. -----, "In the mather of tuberculosis", Emerg.Medicine, 30:18, 2, (1986), 57-60, 62-63.
35. -----, Tüberküloz, İstanbul Verem Savaş Derneği Yayını, 29, 2-3, (1975), 38-40, 49.
36. -----, "Veremin ve veremle savaşın panoraması", Tıp ve Sağlık, 1 Mart, (1985), 24-25.

EK I.

TÜBERKÜLOZLU HASTALARIN TEDAVİYE UYUM DURUMLARI VE
BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

A N K E T F O R M U

Denek No :

Adı Soyadı :

Verilerin Toplandığı Yer : a-Dispanser b-Ev

Sosyo-Demografik Veriler

1- Kaç yaşındasınız?

2- Cinsiyetiniz? a- Erkek b- Kadın

3- 12 yaşınıza kadar en uzun yaşadığınız yer?

a- Köy b- Kasaba c- Kent d- Büyükkent

4- Sizin aileniz içinde konumunuz nedir?

a- Anne b- Baba c- Kayınpeder, d- Çocuk
Kayınvalide

5- Çalışıyor musunuz? a- Evet b- Hayır

6- Evet ise, ne tür işte çalışıyorsunuz?

a- İşçi b- Memur c- Serbest meslek d- Emekli

7- Eğitim durumunuz nedir?

a- Okuma-yazma bilmiyor

b- İlkokula gitmemiş, fakat okur-yazar

c- İlkokul

d- Orta, lise, yükseköğrenim

- 8- Medeni durumunuz?
a- Evli b- Bekar c- Dul d- Çocuk
- 9- Aile Tipi (Evde yaşayanların yakınlık derecesi sorulup, araştırmacı tarafından kodlanacak)
a- Çekirdek aile
b- Geniş aile
c- Parçalanmış aile
- 10- Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?
a- 1 b- 2 c- 3 d- 4 e- 5 g- 6 ve üstü
- 11- Oturduğunuz evin tipi?
a- Gecekondu
b- Apartman
c- Müstakil ev
d- Diğer
- 12- Evinizde kaç oda var?
a- 1 b- 2 c- 3 d- 4
- 13- Evinizin yaşam şartları sizce nasıl?
a- İyi b- Orta c- Kötü
- 14- Ailenizin aylık geliri ne kadardır?
a- 100.000 TL'dan az
b- 101.000-150.000 TL arası
c- 151.000-200.000 TL arası
d- 201.000-250.000 TL arası
e- 251.000-300.000 TL arası
f- 300.000 TL'dan fazla
- 15- Ekonomik durumunuz sizce nasıl?
a- Çok iyi b- İyi c- Orta d- Kötü
- 16- Bağlı bulunduğunuz sağlık kuruluşu aşağıdakilerden hangisidir?
a- Emekli Sandığı c- Bağ-Kur
b- Sosyal Sigortalar Kurumu d- Bağlı olduğu kurum yok

- 17- A- Oturduğunuz semt?
 B- Oturduğu semtin dahil olduğu bölge (araştırmacı tarafından kodlanacak)
 a- Bölge içi b- Bölge dışı
- 18- Evinizden (işten geliyorsanız işinizden) dispansere gelme şekliniz ve gelme sürenizi söyler misiniz?
 a- Yürüyerek b- Otobüsle
- 19- Hastalanmadan önce verem aşınız var mıydı?
 a- Evet b- Hayır
- 20- Kaç kez BCG aşısı oldunuz? (Hastanın omuz ve kartları kontrol edilecek)
 a- 0 b- 1 c- 2
- 21- Tüberküloz hastalığına ne zaman yakalandınız? (Ay ve yılı belirtilerek yazılacak)

- 22- Bugünkü hastalığınızın tanı ve tedavisini ilk kez mi alıyorsunuz?
 a- Evet b- Hayır
- 23- Daha önce ilaç almayı yarıda bıraktınız mı?
 a- Evet b- Hayır
- 24- Evet ise, yarıda bırakma nedenini açıkla mısınız?

- 25- Tedaviniz sürerken dispanserden ilacınızı almaya gelmediğiniz oldu mu?
 a- Evet b- Hayır
- 26- Evet ise, kaç kez gelmediniz?
 a- 1 b- 2 c- 3 d- 4 e- 5
- 27- Dispansere ilacınızı almaya neden gelmediğinizi açıkla lar mısınız?

- 28- Dispansere zamanında ilaç almaya gelmediğinizde evinize aşağıdakilerden hangisi geldi?
 a- Sağlık Memuru c- Polis
 b- Mektup d- Hiçbiri
- 29- tarihinde ilaç almaya dispansere gelmeniz gerekiyordu. Neden gelmediğinizi söyler misiniz?

- 30- Dispanserden verilen ilaçları nasıl kullanıyorsunuz? Anlatır mısınız?
 a- Doğru b- Yanlış
- 31- İlacınızı içmeyi unuttuğunuz veya aksattığınız oluyor mu?
 a- Evet b- Hayır
- 32- Evet ise, nedenini açıklar mısınız?

- 33- Şu an hastalığınızla ilgili yakınmanız var mı?
 a- Evet b- Hayır
- 34- Evet ise, yakınmalarınız aşağıdakilerden hangisidir?
 a- Öksürük e- Öksürük+Balgam
 b- Balgam f- Öksürük+Balgam+Kanlı tükürme
 c- Kanlı tükürme g- Öksürük+Balgam+Gece teri
 d- Gece teri h- Öksürük+Gece teri
- 35- İlaçların yan etkisi oldu mu?
 a- Evet b- Hayır
- 36- Evet ise, ne tür bir yan etki oldu? Anlatır mısınız?

- 37- Tüberküloz hastalığı hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 38- Tüberküloz tedavisi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Teşekkür ederim.

Ö Z G E Ç M İ Ş

1964 yılında, Antalya ilinin Korkuteli ilçesinde doğan Fatma Cam, ilkokul, orta ve lise öğrenimlerini Antalya'da tamamladı. Yükseköğrenimine 1982-83 ders yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'na girerek İzmir'de başlamış ve 1985-86 öğretim yılında mezun olmuştur. 1986-87 döneminde Yüksek Lisansa başlamış olup, 9.8.1987 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde hemşire olarak çalışmaya başlamış ve halen çalışmaktadır.

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**