



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AYAKTAN TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN  
PSİKOSOSYAL UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Gonca YAYLI**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU**

**İSTANBUL-2020**

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYAKTAN TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN  
PSİKOSOSYAL UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

**Gonca YAYLI**

Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAÖĞLU

İSTANBUL-2020

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Program : Psikiyatri Hemşireliği  
Öğrenci No : 174204002  
Öğrenci Adı Soyadı : Gonca YAYLI

“Ayaktan Tüberküloz Tedavisi Alan Hastaların Psikososyal Uyumlarının Değerlendirilmesi”  
isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 20.01.2020 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak  
oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI  
(İstanbul Okan Üniversitesi)

İmza

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza

Üye : Doç. Dr. Sevgi KIZILCI  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza

**ONAY**

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun  
..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL**  
Enstitü Müdür V.

## ÖZET

### AYAKTAN TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma ayakta tedavi alan hastaların psikososyal uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Şubat - Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul'da bir göğüs hastalıkları hastanesinin tüberküloz polikliniklerinde ayakta tedavi gören 106 hasta oluşturmuştur.

Veriler, Tanımlayıcı Bulgular Formu ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde standart sapma, ortalama, frekans, medyan, ortanca ve minimum-maksimum, Kolmogorov-Smirnov testi, Shapiro-Wilk testi, Fisher-Freeman-Halton testi, Pearson Ki-kare testi, t testi, Mann-Whitney U testi, One-way ANOVA testi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmada  $p < 0.05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Hastaların hastalığa psikososyal uyum puanı ortalaması  $32.87 \pm 18.604$ 'dür. Psikososyal uyumun en çok etkilendiği alanların sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, ve psikolojik baskı alanı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Hastaların %67'sinin iyi uyum, %17.9'unun orta uyum, %15.1'inin kötü uyum sağladığı belirlenmiştir. Hastanın yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, çocuk sahibi olma durumu, sosyoekonomik durumu, tüberküloz hastalık süresi, ilaçları düzenli kullanma durumu, kontrolleri düzenli yaptırma durumu, ilaç temininde sorun yaşama durumu psikososyal uyumu etkilemektedir ( $p < 0.05$ ).

Sonuç olarak ayakta tedavi alan hastaların psikososyal uyumunda sosyodemografik özellikler ile hastalığa ve tedaviye ilişkin özelliklerin etkili olduğu görülmektedir. Ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarının artırılması için psikososyal gereksinimlerinin belirlenerek, tüberküloza psikososyal uyum açısından konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi tarafından değerlendirilmesi, psikososyal uyum sürecinde gözlemlenen sorunlar için bakımın bütüncül olarak planlaması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, psikososyal uyum, konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği.

## ABSTRACT

### EVALUATION OF PSYCHOSOCIAL COMPLIANCE OF OUTPATIENTS TREATED WITH TUBERCULOSIS

The aim of this study is to determine the psychosocial adjustment and the factors affecting outpatients with tuberculosis treatment. The sample of the study consisted of 106 patients who were treated in tuberculosis outpatient clinics of a chest diseases hospital in Istanbul between February and May 2019.

Data were collected with Descriptive Findings Form and Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report (PAIS-SR). In the analysis of data, standard deviation, mean, frequency, median, median and minimum-maximum, Kolmogorov-Smirnov test, Shapiro-Wilk test, Fisher-Freeman-Halton test, Pearson Chi-square test, t-test, Mann-Whitney U test, One-way ANOVA test and Kruskal-Wallis test were used. Significance was evaluated at least  $p < 0.05$ .

The mean psychosocial adjustment score of the patients was  $32.87 \pm 18.604$ . Orientation to health care, family and occupational environment and psychological pressure were the most affected areas of psychosocial adjustment ( $p < 0.05$ ). It was determined that 67% of the patients had good adjustment, 17.9% had moderate adjustment and 15.1% had poor adjustment. Patient's age, educational level, occupation, having a child, socioeconomic status, duration of tuberculosis disease, regular use of drugs, having regular controls, having problems in supplying drugs affect psychosocial compliance ( $p < 0.05$ ).

As a result, sociodemographic characteristics and disease and treatment related factors were effective in psychosocial adjustment of outpatients receiving tuberculosis treatment. To increase the psychosocial adjustment process of patients receiving outpatient tuberculosis treatment, determining and evaluating the psychosocial needs by the consultation liaison psychiatry nurse in terms of psychosocial adaptation to tuberculosis and holistic planning of care in the problems observed during the psychosocial adjustment process are recommended.

**Key Words:** Tuberculosis, psychosocial adjustment, consultation liaison psychiatric nursing.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda ilgi ve sabrı ile bana yol gösteren değerli danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAOĞLU'na, bu süreçte yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Besti ÜSTÜN, Prof. Dr Selma DOĞAN ve tüm kıymetli hocalarıma,

Çalışmanın uygulandığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüberküloz Servisi doktorları ve hemşirelerine,

Çalışmaya ilgiyle katılan hastalarım,

Yüksek lisans eğitimimde desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli arkadaşım Ahmet YILMAZ'a

Hayatımın her aşamasında beni destekleyen annem Fatma YAYLI, babam Cemil YAYLI ve biricik kardeşim Gamze YAYLI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gonca YAYLI

Ocak 2020

## BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.



**Tarih**  
**Gonca YAYLI**  
**İmzası**

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>BEYAN FORMU</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırma Soruları.....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Tüberküloz Tanısı ve Tarihçesi .....	6
2.1.1. Tüberküloz Epidemiyolojisi .....	7
2.1.2. Türkiye'de Tüberküloz Hastalığı.....	8
2.2. Tüberkülozun Bulaşma Yolları.....	9
2.3. Tüberküloz Tanılama Süreci.....	10
2.3.1. Tüberküloz Olgu Tanımları.....	11
2.3.1.1. Önceki Tedavi Öyküsü.....	12
2.3.1.2. Akciğer Tüberkülozu ve Akciğer Dışı Tüberküloz.....	12
2.3.1.3. Bakteriyoloji.....	12
2.4. Tüberküloz Tedavisi.....	12
2.5. Doğrudan Gözetimli Tedavi.....	14



2.6. Tüberkülozdan Korunma.....	15
2.7. Tüberkülozda Psikososyal Sorunlar.....	16
2.8. Psikososyal Uyum Kavramı.....	17
2.8.1. Psikososyal Uyumu Etkileyen Faktörler.....	19
2.8.2. Tüberküloz ve Psikososyal Uyum.....	20
2.9. Kronik Hastalıklarda Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatri Hemşireliği.....	21
2.10. Tüberküloz Tedavisinde Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatri Hemşireliği.....	22
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>24</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	24
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	24
3.6. Verilerin Toplanması.....	25
3.7. Veri Toplama Araçları.....	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
3.10. Araştırmanın Etik Yönleri.....	26
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>48</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>57</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>61</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>66</b>
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	66
Ek 2. Tanımlayıcı Bulgular Formu.....	68
Ek 3. Hastalığa Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği.....	70

Ek 4. Etik Kurul İzni.....	83
Ek 5. Kurum İzni.....	84
Ek 6. Ölçek İzni.....	85
Ek 7. Özgeçmiş.....	86



## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 1:</b> Tüberküloz hastalarının tanımlayıcı özellikleri.....	29
<b>Tablo 2:</b> Tüberküloz hastalarının hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri..	30
<b>Tablo 3:</b> Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum düzeyleri.....	32
<b>Tablo 4:</b> Hastalığa Psikososyal uyum düzeyi-öz bildirim ölçeği (PAIS-SR) alt boyut ve toplam puanlarının dağılımı.....	32
<b>Tablo 5:</b> Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puanı ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 6:</b> Tüberküloz hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi.....	40
<b>Tablo 7:</b> Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puan ortalamaları ile hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 8:</b> Tüberküloz hastalarının hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi.....	48

## ŞEKİLLER DİZİNİ

### Sayfa

**Şekil 1:** Tüberküloz enfeksiyonu ve hastalığının gelişimi.....10



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ARB:</b>	Aside Dirençli Basil
<b>BCG:</b>	Bacille Calmette-Guérin
<b>DGT:</b>	Doğrudan Gözetimli Tedavi
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>KLP:</b>	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
<b>KOAH:</b>	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>MKH:</b>	Milenyum Kalkınma Hedefleri
<b>PAIS-SR:</b>	Psychosocial Adjustment to Illness Scale
<b>SKH:</b>	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
<b>TB:</b>	Tüberküloz
<b>TBBS:</b>	Tüberkülozu Bitirme Stratejileri
<b>TBDS:</b>	Tüberkülozu Durdurma Stratejileri
<b>VSD:</b>	Verem Savaş Dispanseri

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tüberküloz (TB), insanlık tarihinin bilinen en eski hastalıklarındandır. Mikobakteriyum Tüberkülozis basilinin neden olduğu bu hastalık en sık akciğerlerde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2018'de yayınladığı Küresel Tüberküloz Raporu'na göre TB hastalığı dünyadaki ölüm sebeplerinin ilk 10'unda yer almaktadır. Tüberküloza bağlı 2017 yılında 1.6 milyon kişinin öldüğü bildirilmektedir. Ölümlerin %95'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Tüberküloz insidansının ise 10 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu veri, 100 000 kişilik popülasyonda 133 vakaya denk gelmektedir (DSÖ, 2018).

Türkiye'de Verem Savaşı 2018 Raporu'nun bildirdiğine göre ülkemizde Tüberküloz insidansının 100 000'de 17 ve tahmini mortalite hızının 100 000'de 0.53 olduğu bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Birleşmiş Milletler tarafından 2002 yılında Milenyum Kalkınma Hedefleri (MKH) belirlenmiştir. MKH çerçevesinde küresel tüberküloz hedeflerinden olan TB'yi Durdurma Stratejileri (TBDS) oluşturulmuştur. MKH 2015 yılında yerini, 2030 yılına kadar uygulanması planlanan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH)'ye bırakmıştır. Bu yeni dönemde TBDS'den TB'yi Bitirme Stratejileri (TBBS)'ye geçiş başlamıştır (Çevirme, 2017). TBBS'ye göre 2015 yılı verilerine oranla, 2030 yılında TB ölümlerinde %90, TB insidansında %80 azalma hedeflenmektedir (DSÖ, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü 1993 yılında dünyadaki her üç kişiden birinde Mikobakteriyum Tüberkülozis basilinin bulunduğunu bildirmiştir (Amin, 2006). Gerekli tedbirlerin alınması amacıyla 1993'te TB için acil durum ilan etmiştir. Tüberküloz ile mücadeleyi daha etkin kılabilmek için ise 1994'te "Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi (DGTS)" adını verdiği yeni bir programını açıklamıştır (Küçük Şapcıoğlu, 2012). Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT); hastanın her doz ilacının görevlendirilen bir kişi tarafından içirilmesi esasına dayanan bir tedavi şeklidir. Bu görevlinin, gereken eğitimi almış ve denetim altında olması gerekmektedir. Yapılan bu uygulama ile TB hastalarının tedaviye uyumu garantilenmekte, ilaçlarını düzenli kullandığından emin olunmaktadır (Özkara ve ark., 2003).

Tüberküloz basilinin tutulumu vücudun birçok yerinde görülebilmektedir. Tüberküloz vakalarına bakıldığında bu oluşumların %86'sı akciğerde görülmektedir. Bunların dışındaki %14'lük dilimi ise akciğer dışı tüberküloz olguları oluşturmaktadır (DSÖ, 2018). Basil; dolaşım sistemi aracılığı ile kemikler, beyin, lenf bezleri gibi vücudun diğer bölümlerine yayılabilmektedir. Bu durum diğer TB formlarının meydana gelmesine sebep olmaktadır. Tüberkülozun genel belirtileri olarak halsizlik, iştahsızlık, yorgunluk, hızlı kilo kaybı, gece terlemeleri ve ateş görülürken; akciğer tüberkülozunda daha sık iki haftayı aşan öksürük, hemoptizi ve balgam görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Tüberküloz tedavisindeki en önemli unsur ilaçların kullanılmasıdır. Tedavide beslenme, dinlenme ve iklim gibi faktörlerin etkisinin sınırlı olduğu belirtilmektedir. Tedavinin ilk zamanlarında yüksek seviyede olan basil sayısı, ilaçların içilmesi ile hızla azalmakta, ilaç direncinin gelişmesi önlenmektedir. Bu etkilerin oluşabilmesi için, belirlenen bir grup ilaç bir arada kullanılmaktadır. Yeni olgularda altı ay süreyle düzenli ilaç tedavisi gerekmektedir (Moulding ve Caymittes, 2002). Tüberkülozda; en güvenli, etkili ve kısa sürede, düzenli olarak kombine ilaç kullanılması tedavinin ana ilkeleri olarak belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı, 2003).

Tüm TB hastaları, mümkün olduğu takdirde tedavinin başında hastanede takip edilmektedir. Hastanede geçirilen bu süre, ilaçların gözetim altında verilmesine olanak sağlayarak uyumun artmasına yardımcı olmaktadır. Hastanede uygulanan Doğrudan Gözetimli Tedavi ile tedavinin takibi daha kolay sağlanırken ayaktan uygulanan DGT'de aksaklıklar yaşanabilmektedir. Etkin bir tüberküloz tedavisinin bir veya ikinci ayından sonra hastalık bulguları hızla düzelmeye başlamaktadır. Bu süre hastaların ayaktan takip edildikleri süreye denk gelmektedir. Semptomları azalan hastalar iyileştiklerini düşünerek tedavilerini kesmektedir. Hastalara bırakıldığında çok sayıda ilacın uzun süre boyunca aksatılmadan içilmesi güçtür. Ayrıca yaşadıkları anksiyete, depresyon, damgalama gibi psikososyal sorunlar da bu süreci daha zor hale getirmektedir. Ayaktan tedavinin, tedaviye uyumu ve tedavi başarısını azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların bir kısmında ayaktan veya yatarak uygulanan tedavi arasında anlamlı bir fark görülmezken diğerlerinde yatarak uygulanan tedavinin daha yararlı olduğu ve uyumu artırdığı görülmektedir. Tedavinin terk edilmesi ilaç direncinin oluşmasına, toplumda enfeksiyonun yayılmasına ve ekonomik yükün

artmasına sebep olmaktadır (Çağaltay Kayaoğlu ve Esin, 2013; Hsieh ve ark., 2008; Özkara ve ark., 2003 ve Yılmaz, 2015 ).

Tedaviye uyum, hastaların sağlıkla ilgili önerileri kabul etmeleri ve bunlara uymaları olarak tanımlanabilir (Hussain ve ark., 2006). Tüberküloz hastalarının tedaviye uyumu farklı kriterler göz önünde bulundurularak belirlenmektedir. İdrardaki İNH düzeyi, sağlık çalışanlarının görüşleri, hasta öz bildirimi ve hastanın kontrollerine düzenli gelme durumu bu kriterlere örnek olarak gösterilebilir (Ailinger ve ark., 2007; Dick ve ark., 1996). Tüberküloza uyumda hastaların sosyodemografik özellikleri, fiziksel bulguları, ilaç rejimi ve yan etkileri, tedavinin süresi gibi faktörlerin yanı sıra psikososyal faktörler de etkili olmaktadır (Kara, 2009).

Psikososyal uyum; bireyin sağlık yönetimi, cinsel hayatı, aile ve sosyal çevresi ile psikolojik durumunu içine alan, sağlıklı yaşamdan hastalığa ve ölüm tehdidine kadar uzanan kapsamlı bir süreçtir. Birey bu süreçte karşılaştığı değişiklikleri kabul ederek, uygun davranışları göstererek ya da değişikliklere karşı etkili baş etme yöntemleri geliştirerek uyum sağlamaktadır (Adaylar, 1995; Karataş, 2014). Kara (2009) yaptığı bir çalışmada; hastalığı reddetme, depresyon, sosyal damgalanma, sosyokültürel özellikler, sağlık inanç ve tutumu, tedavi maliyeti, tedavi sürecinde yaşanan deneyimler, sağlık kurumunda verilen hizmetler ile ilgili algılar gibi faktörlerin tüberküloz hastalarında psikososyal uyumu bozarak tedaviyi olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Thiruvalluvan ve ark. (2017)'nin yaptıkları nitel bir çalışmada hastalar sağlık kurumlarına ulaşım zorluğu, sağlık personelleri ile yetersiz iletişim, yetersiz sosyal destek ile ilgili sıkıntılarını dile getirmişlerdir. Aynı zamanda damgalama sebebiyle aile üyelerinden uzaklaşmanın ve ekonomik istikrarlarını kaybetmenin en büyük korkuları olduğunu belirtmişlerdir. Hindistan'da tüberküloz tedavisine uyum sağlayamayan 40 hasta üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise hastaların %72.5'i sosyal damgalama ve ayrımcılık yaşadıklarını, %50'si ise iki aylık tedaviden sonra kendilerini iyi hissettikleri için tedaviyi bıraktıklarını belirtmişlerdir (Wankhede ve Meshram, 2017).

Ünalın ve ark. (2008)'nin 196 aktif tüberküloz hastası ile yaptıkları bir çalışmada hastaların hastalıklarına; üzülmeye, kabullenme, korku, karamsarlık, endişe, öfke gibi tepkiler gösterdiklerini, ayrıca çoğu hastanın damgalanma ve toplum tarafından dışlanmaya maruz kaldıklarını ortaya koymuşlardır. Polat ve Ergüney (2012)'in TB hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların yalnızlık ve depresyon yaşadıkları, tedavi süresi uzadıkça yalnız hisseden hasta sayısında artış olduğunu belirtmişlerdir.



Çil ve Olgun (2004) yaptıkları bir çalışmada TB hastalarının sağlık kuruluşlarına ulaşımında yaşadıkları güçlükler ve yaşadıkları maddi zorluklar sebebi ile tedavilerini yarıda bırakmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Özkurt ve ark. (2000) ise yaptıkları bir çalışmada hastaların büyük bir kısmının arkadaş ve komşuları tarafından dışlanmaktan korktukları için iş çevresi ve arkadaş gruplarına hastalıklarından bahsetmediklerini, cinsel yaşamlarının bozulduğunu ve iş yaşamlarının etkilenmiş olduğunu belirtmişlerdir.

Taşkın ve Olgun (2010)'un hastanede yatarak tedavi gören 262 tüberküloz hastasıyla yaptıkları bir çalışmada hastaların, %66'sının aile ilişkilerinde, %72.5'inin arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerinde, %72.1'inin dinsel inançlarında, %64.9'unun cinsel hayatında, %57.6'sının mesleki ilişkilerinde, %55.3'ünün ise gelir durumunda herhangi bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Olguların %92'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %85.1'inin tedaviyi sürdürmede istekli olduğu, %85.5'inin iyileşebileceğine inandığı, %94.3'ünün sağlık personeline güvendiği, %49.2'sinin ilgi ve desteği en çok hemşire ve doktorlardan gördüğü belirlenmiştir. Göçer ve ark. (2017)'nin ayaktan tüberküloz tedavisi gören 48 hasta ile yaptıkları bir çalışmada ise hastaların cinsel hayatlarında, aile ve sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşadıkları, hastalığa psikososyal uyum gösteremedikleri belirlenmiştir. Özkara ve ark. (2003)'nin belirttiğine göre, psikososyal uyumun bozulmasıyla tedavinin kesilmesi, vücutta tümüyle temizlenmiş olan basillerin yeniden çoğalmaya başlamasına, hastalık tablosunun tekrar ortaya çıkmasına, uzun süren enfeksiyonlara, ilaç direncinin gelişmesine, hastalık seyrinin kötüye gitmesine ve ölüme yol açabilmektedir. Tüm bunlar hastalığın toplumda bulaşma oranını ve ekonomik yükü de artırmaktadır (Kara, 2009).

Bu çerçevede tüberküloz hastalığı olan bireylerin psikososyal sorunlar açısından değerlendirilmeleri liyezon psikiyatrisinin en önemli çalışma alanlarından biridir. Ancak ilgili literatür incelendiğinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalarda psikososyal boyutta değerlendirmelerin yapılmasına karşın tüberküloz hastaları için yapılmış çalışmalara ulaşamadığından hastaların hastalığa ilişkin psikososyal uyumlarının tespit edilerek tedaviye uyumunu engelleyen bir dizi faktörün önceden belirlenmesi konusunda önlem almak zorlaşmaktadır. Araştırma sonuçlarının bu bağlamda, hastaların psikososyal uyum düzeylerini bazı değişkenler açısından inceleyerek tedaviye uyumu zorlaştıran psikososyal sorunları ortaya koyacağı, bu alanda yapılacak olan eğitim, rehberlik ve

danışmanlık gibi hizmetlerin çok daha verimli bir şekilde planlanmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Psikiyatri hemşireliğinde tüberküloz hastalarının psikososyal bakımını planlama ve uygulamada araştırma sonuçlarından yararlanılacağı varsayılmaktadır. Öte yandan psikiyatri hemşireliği bu sorunlar ortaya çıkmadan önce yapacağı psikoeğitimler ile gerekli önlemleri almış olacaktır. Araştırmanın bu bağlamda tüberküloz hastalarında bakımın planlanması ve uygulanmasında yol gösterici olacağı varsayılmaktadır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, ayaktan tedavi gören tüberküloz hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarını ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak uygulanmıştır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1. Tüberküloz hastalarının hastalığa psikososyal uyum düzeyi nasıldır?
2. Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum düzeyi ile tanımlayıcı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır?
3. Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum düzeyi ile hastalığa ve tedaviye ilişkin özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde tüberkülozun etiyolojisi, tanılama ve tedavi süreci, olgu tanımları ile hastaların psikososyal uyumu ve bunları etkileyen faktörlere yönelik bilgiler bulunmaktadır.

### 2.1. Tüberküloz Tanısı ve Tarihçesi

Tüberküloz, “Mikobakteriyum Tüberkülozis Kompleks” adı verilen bir grup mikobakterinin oluşturduğu, bulaşıcı, inflamatuvar, granülomatöz, nekrotizan, kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. Hastalığın oluşumundan en çok Myobacterium Tuberculosis sorumlu olup Mikobakteriyum Bovis, Mikobakteriyum Afrikanum da bu hastalığa neden olabilmektedir. Oldukça uzun bir geçmişe dayanan TB, 1950’li yıllardan beri tedavi edilebiliyor olmasına karşın, yoksul ülkelerin ilk sıralarda yer aldığı, dünyada hala önemini yitirmeyen bir halk sağlığı sorunudur. Bildirimi zorunlu olan tüberküloz, en çok akciğerlerde görülmektedir (Özkara, 2013 ve Yılmaz Yüksek, 2015). Tüberküloz ile ilgili ilk bilgiler milattan önce üç bin yılında Nil nehri kıyısındaki bir kasabada kanlı balgam çıkararak ölen bir kıza kadar uzanmaktadır. Milattan önce bin yıllarında yaşamış olan bir rahibin mumyasında Pott apsisi denilen vertebra tüberkülozu görülmesi bu hastalığın geçmişi ile ilgili bir diğer bilgi olarak gösterilmektedir (Barış, 2010; Seber, 2010).

Tüberküloz tarih boyunca, ciddi kilo kaybına neden olduğu için “*Tüketim Hastalığı*”, cildi soldurduğu için “*Beyaz Ölüm*” ve çok fazla insanın hayatını sonlandırdığı için de “*Ölümün Kaptanı*” olarak adlandırılmıştır. Bizim dilimizde ise en çok “*İnce Hastalık*” kullanılmaktadır (Barış, 2010).

Üç yüz milyon yıldır görülen tüberküloz mikrobu, doğanın her yerinde; otlaklarda, sularda, toprakta, otta, çamurda bol miktarda bulunmaktadır. İnsanların büyükbaş hayvanlarla yaşamaya başlayıp, hayvanların et ve sütleri ile beslenmelerinin ardından ilk kez “*sığır tipi*” verem basili olan Mikobakteriyum Bovis ile karşılaşmıştır. İlk zamanlarda lenf bezleri ve kemiklerde hastalığın görülmesine sebep olan bu basil, zamanla en çok akciğerlerde tutulum göstermeye başlamıştır. Böylelikle bu mikroorganizmanın değişerek “*insan tipi*” verem basili Mikobakteriyum Humanus haline geldiği bilinmektedir (Barış, 2010).

### 2.1.1. Tüberküloz Epidemiyolojisi

Tüberküloz HIV/AIDS'ten sonra tek enfeksiyon ajanı ile çok sayıda ölüme yol açan ikinci en büyük hastalıktır ve dünyadaki ölüm sebepleri arasında ilk onda gösterilmektedir. Tüberküloz insidansı geçtiğimiz yıllara göre düşüş göstermiş olmasına rağmen tüm dünyada hala ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak gündemini korumaktadır (DSÖ, 2018).

Dünyadaki her üç kişiden birinin TB basili ile karşılaştığı bilinmektedir. Bunların %10'unda hayatlarının ilerleyen dönemlerinde TB hastalığının ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Vücut direncinin düşmesi (yetersiz beslenme, HIV enfeksiyonu, bağışıklık sistemini baskılayan ilaçların kullanımı vb.) hastalığın ortaya çıkışını ve bulaşmasını kolaylaştırır (Pfyffer, 2015). Ayrıca diyabet, sigara ve alkol tüketimi de tüberküloz için risk faktörleri arasında gösterilmektedir (DSÖ, 2018).

Tüm dünyada yıllar boyunca TB hastalığının mortalitesinde artış olmuştur. Bu artışın nedeni, TB kontrol sistemlerinin bozuk olması, TB kontrol programlarının yönetiminin iyi olmaması sonucu ilaç direncinin görülmesi, yoksulluk, göçler ve nüfus artışıdır. 1950-1970'li yıllar arasında etkili ilaç tedavisinin uygulanması, yaşam ve beslenme koşullarının düzelmesiyle tüberküloz mortalitesinde belirgin bir düşüş görülmeye başlanmıştır. 1980'li yıllardan sonra HIV virüslü kişilerin sayısında artışın olmasıyla beraber TB'de de belirgin bir artış gözlenmiştir (Kılıçaslan, 2010; DSÖ, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü 1980'li yıllardan sonraki tüberküloz prevalansındaki artışlara dur demek için 1994 yılında yeni yaklaşımlar geliştirmiştir. 1994 yılında DGTS adını verdiği yeni programını yayınlamıştır. 2005 yılında ise; DGTS programını geliştirerek TBDS adlı yeni kontrol programını çıkarmıştır. 2015 yılı ise TB'ye karşı savaşta bir dönüm noktası olmuştur. Bu yeni dönemde TBDS'den TBBS'ye geçiş başlamıştır (Çevirme, 2017). TBBS'ye göre 2015 yılı verilerine oranla, 2030 yılında TB ölümlerinde %90, TB insidansında %80 azalma hedeflenmektedir (DSÖ, 2018). 1990 yılından 2000 yılına kadar TB ölümlerinde %47 oranında düşüş olmuştur. Tüberküloza yönelik etkili teşhis ve tedavi sayesinde 2000 ve 2014 yılları arasında yaklaşık 43 milyon hayat kurtarılmıştır. Yapılan bu çalışmalar tüberküloz vakalarını %80'inin toplandığı hastalık yükü yüksek olan 22 ülkeden 16'sında amacına ulaşmıştır. Küresel

olarak TB insidansı 2000'den beri her yıl %1.5 oranında düşmüştür. 2012 yılından sonra TB insidansında artış gözlemlenmektedir. Bunun sebebi hastalığın yayılımının artmasından değil, Mayıs-Haziran 2012'de bir ulusal web tabanlı raporlama sisteminin oluşturulması ve zorunlu bildirim politikasına geçiş olmasıyla ulusal veri girişlerinin daha çok oluşundan kaynaklanmaktadır (Çevirme, 2017).

Küresel olarak 10 milyon kişinin 2017'de tüberküloza yakalandığı tahmin edilmektedir. Bu veri 100 bin kişilik popülasyonda 133 kişiye denk gelmektedir. Bunların 5.8 milyonunu erkek, 3.2 milyonunu kadın ve 1 milyonunu çocuk hastalar oluşturmaktadır. Genel olarak, vakaların yaklaşık %90'ı erişkinlerde görülmektedir. Tüm TB olgularının üçte ikisinin görüldüğü sekiz ülke; Hindistan, Endonezya, Çin, Filipinler, Nijerya, Pakistan, Güney Afrika ve Bangladeş olarak bildirilmektedir. Hindistan %27'lik oranla ilk sırada yer almaktadır (DSÖ, 2018). 2017'de HIV pozitif hastalar hariç TB tahmini olarak 1.3 milyon kişinin ölümüne sebep olmuştur (DSÖ, 2018).

### **2.1.2. Türkiye'de Tüberküloz Hastalığı**

Tüberkülozun epidemiyolojik özellikleri sebebiyle, hastalıkla mücadelenin daha etkin olması için, epidemiyolojik verilerin düzenli olarak raporlanması oldukça önemlidir. Bu amaçla DSÖ tarafından 1997 yılından itibaren yıllık olarak küresel TB raporu yayınlanmaya başlamıştır. Ülkemizde ise buna paralel olarak 2005 yılı itibari ile verem savaş dispanserlerinde kayıtlı her hastanın verisi toplanarak raporlanmaya başlamıştır. Bu verilerle 2007'de ilk "Türkiye'de Verem Savaşı Raporu" yayınlanmıştır. Elde edilen yeni verilerle her sene ülkemizde tüberküloz raporu yayınlanmaya devam etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

2016 verilerine bakıldığında toplam 12 417 hastanın verem savaşı dispanserlerine kaydı yapılmıştır. Bir önceki yıl göz önünde bulundurulduğunda toplam olgu hızının her yüz bin hastada 16.2'den 15.6'ya düştüğü bildirilmektedir. Hastaların %61.3'ünde akciğer tutulumu, %33.6'sında akciğer dışı organ tutulumu, %5.1'inde ise her ikisi birlikte görülmüştür. Bu hastaların %85'inde tedavi başarıyla sonuçlanmıştır. Ölüm oranı ise tüm tüberküloz olgularında %5.7 olarak rapor edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

2018 Küresel Tüberküloz Raporu'na göre ise ülkemizde TB insidansı 100 000'de 17, mortalitesi 100 000'de 0.53 olarak bildirilmektedir (DSÖ, 2018). Ayrıca taramalar sonucu ülkemizdeki HIV pozitif hasta sayısının az olmasından dolayı, tüberkülozla

mücadelede HIV enfeksiyonunun ciddi bir sorun oluşturacak düzeyde olmadığı belirtilmiştir (Tahaoglu ve ark., 2012).

DSÖ ve Verem Savaşı Daire Başkanlığı verilerine göre yıllara göre TB insidans hızında azalma olmuştur. Bunun nedeni; Verem Savaşı Dispanserlerinin vakaları kayıtlara alıp, kayıtlara geçen vakalara ise direk gözetimli ilaç tedavisini başarılı bir şekilde uygulamasıdır. Türkiye tüberkülozla mücadele konusuna önem vermekte ve yıllara göre tüberküloz insidansındaki düşüklük bu mücadelenin başarılı olduğunu göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Mültecilik, ülkedeki iç ve dış göçler, savaşlar tüberkülozun tanı ve tedavisini aksatan ciddi sorunlardır. Bu koşullar yaşlılar ve çocukların daha hızlı hastalanmalarına neden olmaktadır. Yoksul toplumlarda TB daha sık görülmektedir. Böyle toplumlarda hastalığın yayılımı artmakta, çalışamayan hasta bireyler ise ailedeki yoksulluğun daha da büyümesine neden olmaktadır (Tahaoglu ve ark., 2012).

## **2.2. Tüberkülozun Bulaşma Yolları**

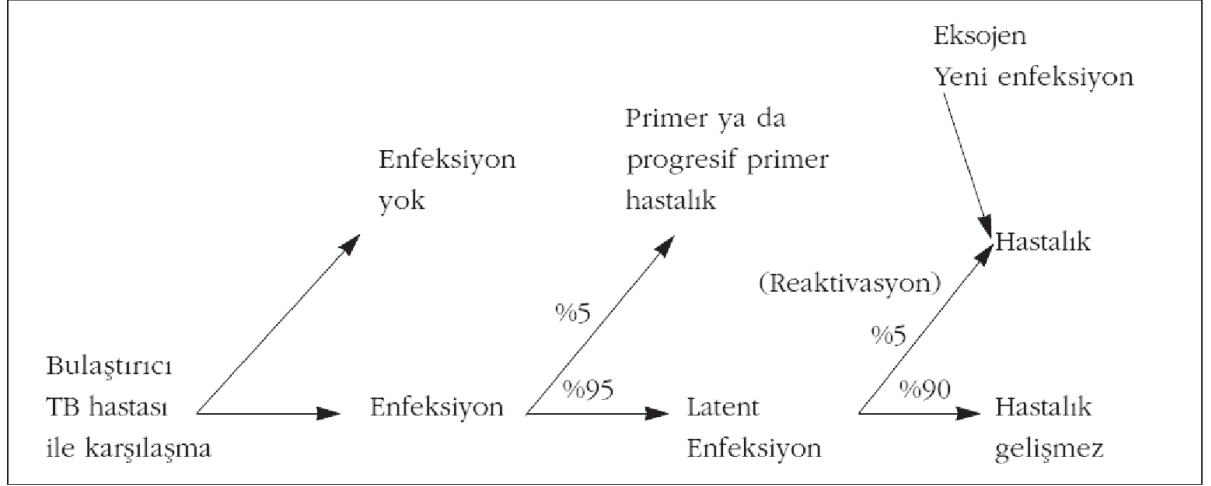
Tüberkülozun nedeni olan Mikobakteriyum Tüberkülozis, insana solunum yolu ile bulaşmaktadır. Vücutunda basil bulunduran hastaların öksürmesi, hapsırması ve konuşmasıyla buldukları ortama yüzlerce damlacık yayılmaktadır. Aynı havayı inhale eden diğer bireylerde, içinde 3-10 basil bulunduran bu damlacıklar, üst hava yollarından ilerlemeye başlar. Sadece çapları alveollere ulaşabilmek için yeterince küçük olan damlacıklar enfeksiyon oluşturmaktadır. Bu ilk etapta vücuda alınan damlacıkların %6'sına denk gelmektedir (Kalender ve Sütçü Çiçek, 2016).

Tüberkülozda bulaşıcılığı etkileyen faktörler aşağıda belirtilmiştir. Bunlar;

*1. Kaynağa ait özellikler:* Akciğer, bronş ya da larinks tüberkülozu bulaştırıcıdır (TC Sağlık Bakanlığı, 2019). Akciğer tüberkülozunda, balgamda aside dirençli basil (ARB) pozitifliğinde, tedavi süresi iki haftanın altında olan ya da hiç tedavi olmamış hastalarda bulaştırıcılık daha fazladır. Çocuk tüberkülozunda ve ekstrapulmoner tüberkülozda bulaştırıcılık nadirdir. Ayrıca hastalarda maske kullanımı bulaşma oranını azaltır.

*2. Konakçıya ait özellikler:* Konakçı kişinin daha önce tüberküloz geçirip geçirmediği, Bacille Calmette-Guerin (BCG) durumu, ev içi temasın olup olmadığı, hastalanmayı arttıracak bir durumun varlığı (uzun süre kortikosteroid kullanımı, diabetes mellitus, alkolizm, HIV enfeksiyonu vb.) ve mesleği (doktor, hemşire, diş hekimi, hasta bakıcılar, öğretmenler vb. ) bulaşıcılığı etkilemektedir.

3. *Çevresel faktörler*: Mikroorganizmanın havadaki konsantrasyonu, ortamın nem durumu, ortamın kalabalık olması, ortamın havalandırılması ve ultraviyole ışınlarının varlığı bulaşmayı etkilemektedir (Karadakovan ve Aslan 2014).



Şekil 1: Tüberküloz enfeksiyonu ve hastalığının gelişimi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019)

### 2.3. Tüberküloz Tanılama Süreci

Hastanın değerlendirilmesi için kapsamlı bir muayene gerekmektedir. Tıbbi öykü, akciğer filmi ve fiziksel bulgular ile tüberkülozdan şüphelenilir. Gereken histolojik ve bakteriyolojik tetkikler yapılır. Akciğer tüberkülozunun kesin tanısı bakteriyolojik incelemeler sonucu konulur (TC Sağlık Bakanlığı, 2019).

#### a. Tıbbi Öykü:

Tüberkülozun genel belirtileri olarak halsizlik, yorgunluk, hızlı kilo kaybı, iştahsızlık, gece terlemeleri ve ateş gösterilmektedir. Bunlara ek; akciğer tüberkülozunda ise iki haftayı aşan öksürük, balgam, sırt ağrısı, yan ağrısı, nefes darlığı görülmektedir. Larinks tutulumunda ise ses kısıklığı göze çarpmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2019).

#### b. Fizik Muayene:

Fizik muayene, tüberküloz hastalığının ayırt edici tanısı için gerekli olup ihmal edilmemelidir. Akciğer tüberkülozunda genel olarak fiziksel bulgu az görülür. Seyrek olarak lokalize ve öksürük sonrası raller görülebilir. Akciğer dokusunun kalınlaşması sebebiyle bronşiyal sesler duyulabilir. Plevra sıvısı veya plevra kalınlaşması gözlemlenebilir. Hepatomegali ve splenomegali, erişkin tip tüberkülozda nadir görülür. Hastalığın uzun sürmesi durumunda çomak parmak görülebilir. Hastaların çoğunda

subfebril ateş görülür. İlerleyen tüberkülozda genel durumda bozulma, dispne ve kaşeksi görülebilir. Akciğer dışı tüberkülozda ise ilgili tutulum görülen organa ait bulgular saptanır (TC Sağlık Bakanlığı, 2019).

c. Radyoloji:

Akciğer radyolojisindeki lezyonlar tüberkülozu düşündürebilir fakat aynı lezyonlar başka akciğer hastalıklarında da görülebilir. Akciğer filmleri aktif tüberküloz tanısında %70-80 oranında güvenilirdir. Klinik ve bakteriyolojik bulgular olmadan radyoloji tek başına tüberküloz tanısını koymak için yeterli değildir. Özellikle konsolidasyon, kavite, net sınırları olmayan nodüller, ve tomurcuklu ağaç görünümleri aktif akciğer tüberkülozu ile uyumlu bulunmuştur (TC Sağlık Bakanlığı, 2019).

d. Mikrobiyoloji:

Tüberküloz, enfeksiyona bağlı gelişen bir hastalıktır. Tüberkülozun tanısı bakteriyolojik olarak konulur. Akciğer TB, plevra TB, larinks TB, ve miliyer TB olduğu düşünülen hastalardan usulünce üç ayrı balgam örneği alınarak çalışılır. Balgam çıkarmakta güçlük çeken hastalardan indükte balgam veya açlık mide suyunun üç kere alınır ve incelenir. Bu yöntemlerle de örnek alınmaz ise bronkoskopik lavaj sıvısı incelenebilmektedir.

Nükleik Asit Amplifikasyon (çoğaltma) Testleri, serolojik testler, Tüberkülin Deri Testi ve İnterferon Gama Salınım Testleri, biyokimyasal testler, hücre sayımı ve histopatolojik incelemeler de tüberküloz tanı koyma sürecinde kullanılmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2019).

### **2.3.1. Tüberküloz Olgu Tanımları**

Tüberküloz tanısı konulan hastalarda tedavi rejiminin belirlenmesi ve planlanması için olgu tanımları kullanılmaktadır. Kültür, yayma ya da moleküler bir test ile pozitifliği kanıtlanan hastalar için “Bakteriyolojik Olarak Doğrulanmış TB” tanımı kullanılırken, bu kriterlere tam olarak uyum sağlamayan, ancak bir klinisyen tarafından tüberküloz tanısı konulan ve tedavisi planlanan hastalara “Klinik Tanı Alan TB” olgu tanımı kullanılır. Bu olgular, önceki TB tedavisi öyküsü, hastalık tutulumunun olduğu organ ve bakteriyolojik durumlarına göre üç sınıfa ayrılır (TC Sağlık Bakanlığı, 2019).



### **2.3.1.1. Önceki Tedavi Öyküsü**

İlk defa tüberküloz tedavisi alan ya da 30 günden daha az süre tedavi alan hastalar “yeni olgu”, daha önce en az 30 gün tedavi gören tüberküloz hastaları “önceden tedavi görmüş olgu”, daha önce tüberküloz tanısı konup tedaviyi tamamlamasına rağmen tekrar tüberküloz tanısı konulan hastalar “nüks olgu”, iki ay veya daha uzun bir süre tedaviye ara verip tekrar yayma pozitif olan hastalar “takip dışı kalıp dönen olgu”, yeni tanı alıp tedavinin beşinci ayından sonra alınan balgam örneklerinde yayma pozitif basil gösteren hastalar “tedavi başarısızlığından gelen olgu”, başka bir verem savaş dispanserinde kaydı yapıp tedaviye başlandıktan sonra, tüm kayıtları ile birlikte devralınan hastalar “nakil gelen olgu”, önceden tüberküloz tedavisi almış fakat bu tedavinin sonucuna ulaşamayan hastalar ise “diğer önceden tedavi görmüş olgu” olarak adlandırılır (TC Sağlık Bakanlığı, 2019).

### **2.3.1.2. Akciğer Tüberkülozu ve Akciğer Dışı Tüberküloz**

Akciğer parankiminde ya da bronşlarda tutulumu olan tüberküloz için “Akciğer Tüberkülozu” tanımı kullanılırken, akciğer dışındaki farklı organlarda ARB saptanan tüberküloz için “Akciğer Dışı Tüberküloz” tanımı kullanılır (TC Sağlık Bakanlığı, 2019).

### **2.3.1.3. Bakteriyoloji**

En az iki balgam örneği yayma pozitif olan hastalar, bir kez balgamında yayma pozitif örnek bulunup radyolojik olarak akciğer tüberkülozu ile uyumlu hastalar ya da bir kez balgam yayması ve kültürü pozitif gelen hastalar “yayma pozitif akciğer tüberkülozu” olarak adlandırılırken; üç balgam örneği yayma negatif olmasına rağmen kültüründe üreme saptanan hastalar, kliniği ve radyolojisi tüberkülozla uyumlu olan ve en az bir hafta geniş spektrumlu antibiyotik kullanmasına rağmen herhangi bir klinik yanıt vermeyen hastalar “yayma negatif akciğer tüberkülozu” olarak adlandırılır. Yaymaları negatif fakat valide edilmiş moleküler test pozitif bulunan yeni olgulara ise “moleküler test pozitif akciğer tüberkülozu” adı verilir ( T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

## **2.4. Tüberküloz Tedavisi**

Tüberkülozda tedavi başarısı hastalar ve toplum sağlığı açısından çok önemlidir. Tedavi başarısından ulusal halk sağlığı programı ve tedaviyi planlayan kişi sorumludur. Bu sorumluluk, uygun tedavi rejimini başlatmakla bitmeyip tedaviyi başarıyla tamamlamak ve bu süreçte hastaların tedaviye uyumlarını sağlamayı gerektirmektedir.

Balgam kültürlerini negatifleştirerek hastalarda kür sağlamak, basilin sağlıklı bireyler arasında yayılmasını önlemek, hastalarda ilaç direnci oluşmasını engellemek ve ölümlerin önüne geçmek tedavinin başlıca hedefleri olarak belirlenmiştir (Aktoğu Özkan, 2010).

Tüberküloz tedavisinde en önemli faktör ilaçların kullanılmasıdır. Tedavide beslenme, dinlenme ve iklim gibi faktörlerin etkisinin sınırlı olduğu belirtilmektedir. Tedavinin başlangıcında en yüksek seviyede olan basil sayısı, ilaçların içilmesiyle hızla azalmakta, ilaç direncinin gelişmesi önlenmektedir. Bu etkilerin görülebilmesi için, belirlenmiş bir dizi ilaç bir arada ve yeterli sürede kullanılmaktadır. Yeni olgularda altı ay süreyle düzenli olarak ilaç tedavisi gerekmektedir (Moulding ve Caymittes, 2002). Tüberküloz tedavisinin ana ilkeleri aşağıda verilmiştir;

1. Kısa süreli standart tedavi rejimleri uygulanmalıdır.
2. İlaçlar DGT ile düzenli olarak kullanılmalıdır.
3. İlaçlar yeterli süre kullanılmalıdır (Aktoğu Özkan, 2010).

Binlerce yıldır varlığını sürdüren tüberküloz hastalığının ilaç ile tedavisindeki gelişmeler son 60 yıl içerisinde gerçekleşmiştir. 1944'te tüberküloz ilaçlarından olan streptomisin bulmasından sonra, 1946'da para-aminosalisilik asit, 1952'de izoniyazid, antitüberküloz etki göstererek tüberküloz tedavisinde kullanımlarına başlanmıştır. Bu gelişmelerin ardından 1965 yılında rifampisin, 1968 yılında ise etambutol bulunmuştur. 1966'da kliniklerde kullanılmaya başlanan rifampisin, 1971'de tüberküloz tedavinin standart parçası haline gelmiştir. 1980'den sonra pirazinamid de tedaviye eklenerek klasik tüberküloz tedavisi altı ay gibi bir zamana indirilmiştir (Köksal, 2010).

Etkili bir tüberküloz tedavisi iki dönemden oluşmaktadır. Başlangıç ve idame dönemleri olarak adlandırılan bu dönemler genel olarak bütün tüberküloz türlerinin tedavisi için geçerli olmaktadır (Aktoğu Özkan, 2010).

*Başlangıç dönemi:* Bu dönem hastalığın ilk iki ayında metabolizmaları daha aktif ve hızla çoğalan basilleri hedef almaktadır. Bu süreçte yapılan tedavi sayesinde ilaçlara direnç gelişmesi engellenmektedir. Tüberküloz basillerinin hızla ölmesiyle hastaların bulaştırıcılıkları yaklaşık 2 hafta gibi bir sürede düzelen klinik bulgular ve yakınmalar gerilemektedir. Bu dönemin yeterli olmaması gibi durumlarda ilaç direnci gelişerek tedavi başarısızlığı ortaya çıkmaktadır (Aktoğu Özkan, 2010).

*İdame dönemi:* Bu dönem sterilizan aktivite sağlanmak amacıyla zaman zaman metabolik aktivite gösteren basil topluluğunu hedef almaktadır. İdame döneminde hastanın klinik bulguları ve yakınmalarında iyileşme olmasına rağmen bakteriyolojik ve histolojik olarak tüberküloz hastalığı devam etmektedir. Bu süreçte metabolik aktivite gösteren basiller, aktif hale geldiklerinde tüberküloz ilaçları alınmıyor ise hızla çoğalmaya devam ederek hastalığın alevlenmesine, yakınmaların ve klinik bulguların belirginleşmesine sebep olabilmektedirler. Bu durum tedavi süresinin uzamasına neden olmaktadır. İlerleyen dönemlerde ilaçların düzensiz kullanılması halinde ise nüksler meydana gelebilmektedir (Aktoğu Özkan, 2010).

## **2.5. Doğrudan Gözetimli Tedavi**

Doğrudan gözetimli tedavi, eğitim almış ve denetlenen bir kişi tarafından hastanın her doz ilacı yuttuğunu direk gözlenmesi olarak tanımlanmaktadır. DGTS ise, TB kontrolü için önerilen tedavi stratejisidir (Özkara ve ark., 2003). DGT’de temel amaç hastanın tedaviye uyumunu garantilemektir. Böylelikle tedavinin etkinliğinin artması, ilaç direncinin önlenmesi, toplumda hastalığın bulaşma olasılığı ve tedavi maliyetinin azalması hedeflenmektedir (Kara, 2009).

Yürütülen ilk DGT çalışmasının Hong Kong’ da olduğu bildirilmektedir (Moodie, 1967). Amerika Birleşik Devletleri’nde 1960’lı yıllarda ilk olarak sadece ilaç uyumu olmayan hastalarda uygulanan bu tedavi şekli zamanla tüm TB hastalarında uygulanmaya başlanmıştır (Sbarbaro ve Johnson, 1968 ve Sbarbaro, 1988). 1994 yılından sonra ise DGT’nin hastaların tamamına değil, sadece gerekli görülenlere uygulanması gerektiği resmi tedavi anlayışı olarak benimsenmiştir (Centers for Disease Control and Prevention, 1999). Avrupa’da ise “Tedavi başarısının %85’den fazla olması halinde ulusal sağlık yetkilileri, DGT’nin hangi koşullarda uygulanması gerektiğine karar vermelidir” denilmektedir (Cömert Aksu ve ark., 2017).

Ülkemizde ilk DGT bir proje kapsamında 1970’li yıllarda uygulanmıştır. Verem Savaş Genel Müdürlüğü’nün izleminde yapılan bu uygulamada tedaviler hasta takip memurlarıyla yürütülmüştür (Arpaz ve ark., 2001). Verem Savaş Dispanserlerindeki (VSD) ilk çalışma ise 1 Nisan 2000’de Nazilli VSD’de gerçekleşmiştir. 2001’de Aydın ve Denizli’de devam eden bu uygulama, 6 Temmuz 2006’da Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı bir genelge ile tüm ülkede uygulamaya geçilmiştir. Ayrıca günümüzde hastanelerde ve aile sağlığı merkezlerinde de DGT uygulaması yapılmaktadır (Arpaz, 2010).

Tedavisi sonlanmış hastaların verilerine bakıldığında, 2015 yılı için DGT oranı %98.9'dur (TC Sağlık Bakanlığı, 2018). Gözetimli tedavi VSD ve sağlık ocaklarında doktor, hemşire ve sağlık memurları tarafından uygulanırken, sağlık evlerinde ebeler tarafından uygulanmaktadır. Diğer kurumlarda sağlık memuru, muhtar, öğretmen, asker, infaz koruma memuru, köy bekçisi, imam, bakkal, kasiyer, iğneci, eczacı kalfası, doktor sekreteri DGT'de görev alabilmektedir. Evde tedavide ise anne, baba, çocuk, eş, gelin, torun, kardeş, komşu ve bakıcı DGT'yi uygulamaktadır (Özkara ve ark., 2003).

Evde uygulanan DGT ile kliniklerde uygulanan DGT'nin karşılaştırıldığı çeşitli araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmaların bir kısmında, tedavi başarısı her iki uygulamada anlamlı bir fark göstermezken, diğerlerinde klinikte uygulanan DGT'nin daha yararlı olduğu görülmektedir (Hsieh ve ark.,2008; Kamolratanakul ve ark., 1999; Lwilla ve ark., 2003; Walley ve ark., 2001 ve Zwarenstein ve ark., 1998). Ancak; maliyeti düşürmesi, klinik iş yükünün azalması ve zaman tasarrufu açısından evde yürütülen DGT'de tedavi başarısının daha yüksek olacağı belirtilmektedir (Wandwola ve ark., 2004). DGT'nin hiç uygulanmayıp ilaçların hastalara aylık olarak verilerek kendilerinin içmesi beklenirse, tedavi başarısının %50-60'lara düşebileceği görülmektedir (Chaulk ve Kazandjian, 1998).

## **2.6. Tüberkülozdan Korunma**

Tüberküloz ciddi ve önemli bir sağlık sorunu olmasıyla beraber tedavi edilebilir ve korunması mümkün olan bir hastalıktır. Tüberkülozdan korunma, toplum sağlığını ilgilendiren bir konudur. Tüberkülozdan korunma amacıyla dört temel yöntem uygulanmaktadır (Aktoğu Özkan, 2010 ve Kiten ve Uçan, 2001).

*Tüberkülozlu hastaların etkin şekilde tedavisi:* En kısa sürede belirlenip tedaviye başlanan aktif tüberküloz hastalarının iki hafta gibi kısa bir süre içinde öksürük şikâyetleri azalmaktadır. Böylelikle çevrelerindeki bireylere bulaş engellenmiş olmaktadır (Özkara ve ark., 2003).

*Koruyucu ilaç tedavisi:* Tüberküloz tanısı konan her olgunun ailesi ve yakın çevresinde teması olan kişilere başlanan ilaç tedavisidir. Kemoprofilaksi sırasında genellikle "İzoniyazid" kullanılmaktadır (Özkara ve ark., 2003).

*Henüz enfekte olmamış çocukluk çağındaki bireylerin BCG ile korunması:* BCG, tüberküloz basilinin bütün yapısal özelliklerini taşımasına rağmen hastalık oluşturma yeteneği engellenmiş bir Mikobakteriyum Bovis suşudur. Bu aşının yapılmasındaki

amaç, basilin vücuda yayılmasını engelleyip, TB'nin diğer formlarının ortaya çıkmasını önlemektir (Kutlu, 2011).

*Tüberküloz bulaşmasının önlenmesi:* Hastalar öksürük ya da aksırma esnasında mendille ağızlarını kapatmalıdır. Hastaların balgam kapları tek kullanımlık olmalıdır. Hastanelerde izolasyon odaları negatif basınçlı olmalı ve odalara, tüberküloz hastalarının bulunduğu koridor ve alanlara UV lambaların takılması sağlanmalıdır. Bronkoskopi ve balgam indüksiyonu gibi işlemler sırasında sağlık personeli maske kullanmalıdır (Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı, 2003).

## **2.7. Tüberkülozda Psikososyal Sorunlar**

Tüberküloz, diğer kronik hastalarda olduğu gibi bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyen bir sağlık sorunudur. Uzun süren tedavi, ilaç kullanımındaki zorluklar, hastanın sosyokültürel düzeyi ve benlik saygısı, yaşadığı damgalama tüberkülozda yaşanan psikososyal sorunları beraberinde getirmektedir (Yiğit Açikel ve Çınar Pakyüz, 2015).

Tüberkülozda görülen halsizlik, çabuk yorulma, nefes darlığı, iştahsızlık, kaşeksi, ağrı, öksürük, balgam, hemoptizi gibi semptomlar hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını etkileyen fiziksel sorunlardır. Bu sorunlar hastaların fiziksel işlevselliklerini olumsuz etkileyerek fiziksel rollerini yerine getirmelerini engellemektedir. Yaşam kalitesi düşüren bu semptomlar hastaların psikososyal uyum sürecini etkilemektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2019 ve Ünal ve ark., 2008).

Literatür bilgilerine göre, TB hastalarında sıklıkla damgalanma, benlik saygısında azalma, yalnızlık, depresyon, korku, karamsarlık, endişe, öfke, içine kapanma, stres gibi psikolojik sorunlar yaşamaktadır (Ulubayram ve Durak Batıgün, 2016; Ünal ve ark., 2008 ve Yılmaz, 2015). Polat ve Ergüney (2012)'in tüberküloz hastalarının depresyon ve yalnızlık durumlarını inceledikleri bir çalışmada, hastaların depresyon ve yalnızlık puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Çağaltay Kayaoğlu (2018)'nin 11 tüberküloz hastası ile nitel ve nicel olarak yaptığı bir çalışmada, hastaların tamamının tüberküloz hastalığı ile ilgili algılarının olumsuz olduğu görülmektedir. Sadece aciz, yetersiz insanların bu hastalığa yakalanacağını belirten ve kendini soyutlayan hastaların yanı sıra, hastalığı baş edilemeyecek kadar kötü, acımasız olarak gören hastaların sayısı da fazladır. Yapılan bir görüşmede 18 yaşındaki bir hasta hastalığını "*Tek kelimeyle konuşursak tüberküloz dendiğinde aklıma*

*acı geliyor...(sessiz) Çünkü çok acı çektim. Canım çok acıdı. Hem psikolojik olarak etkilendim çok ağır geldi hem de bedenime ağır geldi kaldıramadım. Hem ilaçların fazlalığı vücuduma ağır geldi hem de ruhuma ağır geldi hastalık açıkçası psikolojim bozuldu.”* şeklinde tanımlamıştır. Aynı zamanda hastaların hastalıkları nedeniyle, %41’inin üzüntü, %22’sinin öfke, %21’inin korku duyduğu bulunmuştur.

Fiziksel ve psikolojik sorunların yanında tüberküloz hastalarında aile, iş ve ekonomik durumları ile ilgili sosyal sorunlar da yaşanmaktadır. Tüberküloz hastalarının sosyal yaşam ve tedaviye uyumlarının incelendiği bir çalışmada hastaların %88.6’sının ailesine hastalığını bildirdiği görülürken, %36.6’sının iş çevresine, %45.4’ünün arkadaş grubuna bildirmediği gözlenmiştir. Hastalar bunun nedeninin arkadaş ve çevre tarafından dışlanma korkusu olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada olguların %50’si hastalığının iş durumunu etkilediğini belirtmiş ve %31.8’i kendisini iyi hissetmeyip çalışmaktan korktuğu için işini bırakmak zorunda olduğunu söylemiştir (Özkurt ve ark. 2000).

Ünalın ve ark. (2008) yaptıkları bir çalışmada TB hastalığının damgalanma, toplum tarafından dışlanma, aile içi ilişkilerin bozulması gibi kişinin çevresiyle ilişkileri üzerine etkileri olduğu tespit edilmiştir.

Taşçı ve Erdem (2003)’in yaptıkları bir çalışmada, hastaların %69’unun çalışmadığı, hastalığın maddi durumu etkilediği, aile ve çevre ile olan ilişkilerin değişmesine yol açtığı belirtilmektedir. Sosyal destek göremeyen bu hastaların benlik saygılarının düşük olmasına dikkat çekilmektedir.

Yapılan bir çok çalışmada hastaların çevreleri tarafından damgalama yaşadıkları görülmektedir (Öztürk, 2018; Padmanabhan ve Poornima, 2016; Yiğit Açikel ve Çınar Pakyüz, 2015 ve Yin ve ark., 2018). Ayrıca sağlık çalışanlarının bakım davranışlarının da hastaların hissettikleri damgalamayı etkilediği görülmektedir (Nkambule ve ark., 2019).

## **2.8. Psikososyal Uyum Kavramı**

Psikososyal sözcüğü; kişinin sosyal ilişkileri ve psikolojik süreçleri arasındaki karşılıklı ilişkiyi belirtmektedir. Psikolojik süreçler kişinin duygusal, davranışsal ve bilişsel süreçlerini ifade ederken, sosyal süreçler ise bireyin kültürel değerlerini, aile ve toplum ilişkilerini, sosyal rollerini ifade etmektedir (İnternational Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2009). Yaşanan bir olayın arkasından kişinin hayat

kalitesini devam ettiren ya da daha üst seviyeye yükselten tutum ve eylemler “uyum” olarak adlandırılmaktadır. Toplumsal, fiziksel ve emosyonel olarak kişiyi olumsuz etkileyen uzun süreli ve kalıcı olarak olumsuz özelliklerin gelişmesi durumuna da “uyum bozukluğu” denilmektedir (Barry, 1996).

İnsan, iç ve dış çevresi ile etkileşimi sonucu değişen ve gelişen biyopsikososyal bir varlıktır. Hastalık, kişinin fiziksel alanını etkilediği gibi sosyal ve psikolojik alanlarda da sorun yaratabilmektedir (Çam ve ark., 2014). Roy’a göre sağlık; kişinin değişiklikler karşısındaki uyumu ile sosyal, fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü sürdürmesi durumudur. Kişi başa çıkma yöntemlerini kullanarak bu dengeyi sağlamaya çalışmaktadır. Bu yöntemlerin etkisiz kalması halinde hastalık meydana gelirken, uyum sağlayabilen bireylerde sağlıklı olma süreci devam etmektedir. Kişinin stres kaynağına maruz kalma süresi, stresle baş etme gücü ve sosyal destekleri bireyin baş etme durumunu etkilemektedir. Kişi ilk uyarana uyum sağladıktan sonra, bir başka uyarana tepki vermeye hazır haldedir. Uyum sosyokültürel, psikolojik ve fizyolojik mekanizmalarla görülebilmektedir (Akdemir ve Birol, 2005).

Psikososyal uyum, bireyin sağlık yönetimi, cinsel hayatı, aile ve sosyal çevresi ile psikolojik durumunu içine alan, sağlıklı yaşamdan hastalığa ve ölüm tehdidinde kadar uzanan kapsamlı bir süreçtir. Birey bu süreçte karşılaştığı değişiklikleri kabul ederek, uygun davranışları göstererek ya da değişikliklere karşı etkili baş etme yöntemleri geliştirerek uyum sağlar (Karataş, 2014 ve Adaylar, 1995).

Bireyler için kronik bir hastalığa sahip olmak, psikososyal, psikoseksüel, biyolojik, ruhsal, sosyal, ekonomi, mesleki, çevresel, ailesel ve fizyopatolojik alanları kapsayan gelişimsel bir kriz olarak görülmektedir. Yeni bir çevreye girmek, stres faktörlerinin artması, dış görünüşteki değişimler, fiziksel fonksiyon kaybı nedeniyle öz bakımının azalması, uykusuzluk ve aile içi yaşanan rol kaybı gibi nedenlerle birey bu alanlarda psikososyal uyum bozukluğu yaşamaktadır (Kocaman, 2008 ve Öyke, 2008). Bireyin hastalık nedeniyle hastaneye yatması, yoğun bir tedavi sürecine girmesiyle mesleğinden uzaklaşması ve ekonomik güçlük yaşaması uyumu zorlaştırmaktadır (Livneh, 2001).

Hastalığa psikososyal uyumun sağlanabilmesi, bireyi olumsuz etkileyen faktörlerin iyileştirilmesi veya ortadan kaldırılmasıyla mümkündür. Bireyin belli bir beceriye sahip olması, mesleki çevre edinmesi ve maddi yönden güçlenmesi yaşam kalitesinin

artmasını sağlamaktadır. Kişinin yaşam kalitesinin artmasına paralel olarak da motivasyonu ve psikososyal uyumunun arttığı belirtilmektedir (Livneh, 2001).

### **2.8.1. Psikososyal Uyumunu Etkileyen Faktörler**

Hastalık durumunda kişilerin psikososyal uyumları birçok faktörden etkilenmektedir. Hastalığın ne olduğu, sebep olduğu şekiller, seyri ve şiddeti, etkilediği organ ve işlev kaybı hastalığa ait özellikler arasındadır. Kişilik yapısı, cinsiyet, gelişimsel evre, yaş, eğitim durumu, algılanan beden imajı, yaşam şekli ve deneyimleri, savunma mekanizmaları ve baş etme yöntemleri, hastalığı nasıl algıladığı kişisel özelliklerdir. Sosyal destek sistemleri, aile ve sosyal ilişkileri, rol ve sorumlulukları, maddi güçlükler, çevreden gelen tepki ve tutumları ise psikososyal çevreye ait özellikler arasında gösterilmektedir (Çam ve ark., 2014).

Roy adaptasyon modeline göre ise uyumu etkileyen faktörler, bireyin iç dünyası ve çevresel etmenleridir. Ayrıca bireyin ve ailesinin görevleri, genetik etmenler, bireyin inançları, bilgisi, kötü alışkanlıkları, uyum seviyesi ve içinde bulunduğu durumu nasıl algıladığı da uyumu etkileyen faktörlerdendir (Roy, 2011).

Kronik hastalıklarda aile ve çevre desteği hastalıkla baş etmede ve hastalığa uyumda önemli bir belirleyicidir. Özellikle tanı ve komplikasyonların ortaya çıkış aşamasında sosyal desteğe olan ihtiyaç artmaktadır (Herpertz ve ark., 2002). Dengeli ilişkiler ve iş birliğinin olduğu, çatışmanın ve karmaşanın olmadığı ailelerde hastalığa psikososyal uyum kolay olurken; aşırı koruyucu, kontrol edici, yönlendirici, endişeli tutum sergileyen ailelerde uyum bozulmaktadır (Mete, 2008).

Kronik hastalıklarda hastalık, maddi ve manevi çeşitli kayıplara neden olmaktadır. Hasta; sosyal ve mesleki çevresinde, cinsel hayatında, amaçlarında, günlük rutinlerinde çok fazla değişime gitmek zorunda kalmaktadır (Öyke, 2008).

Akın ve Durna (2006)'nın yaptıkları çalışmada hastaların psikososyal durumları; mesleki çevre, sosyal çevre ve psikolojik alanlarda negatif yönde etkilenmektedir. Cinsel ilişkiler alanı erkek ve evli hastalarda etkilenirken, eğitim düzeyi düşük kişilerde aile çevresi alanı daha çok etkilenmektedir. Sık hastane yatışları, mesleki çevreyi olumsuz etkilerken fiziksel durumun iyileşmesi genel uyumda olumlu etki yaratmaktadır.



Yapılan bir çalışmada, hastaların çocuk sayıları, aile tipleri, eğitim durumları, meslekleri, gelirleri ve hastalık tanı sürelerinin uyumlarını etkilediği görülmektedir. Çalışmaya göre tek çocuk sahibi, yalnız yaşayan, yeterli geliri olmayan, ve tanısı yeni konmuş hastalarda kötü psikososyal uyum görülürken; eğitim seviyesi yüksek ve emekli hastalarda iyi psikososyal uyum görüldüğü bildirilmektedir (Çam ve ark., 2009).

Kalp hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada ise özellikle çalışmayan ve ekonomik durumu yeterli olmayan kişilerde psikososyal uyumun kötü olduğu ve anksiyete, depresyon, stres gibi ruhsal durumların yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (Erşan ve ark., 2013).

### **2.8.2. Tüberküloz ve Psikososyal Uyum**

Tüberküloz hastaların genel sağlık algısını, fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarını etkileyebilmektedir. Hastalar sosyal olarak yalnızlık, damgalanma; fiziksel olarak ilaç yan etkileri, cinsel fonksiyonlarda bozulma ve ekonomik olarak gelir kaybı gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Taşkın ve Olgun, 2010).

Tüberkülozun kontrolündeki en önemli görev, hastalığın tedavisini düzenli bir şekilde sürdürebilmek ve tamamlamaktır. Bu tedavideki başarı, hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanması ve kendi bakım sorumluluğunu üstlenmesi ile mümkündür. Bu süreçte hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar tedaviyi olumsuz etkilemektedir. Tüberküloz tedavinin uzun ve zorlu olması, ilaç yan etkileri ve ilaç erişimdeki güçlükler psikososyal uyum sürecini etkileyerek hastaların tedaviyi terk etmelerine neden olabilmektedir (Çağaltay Kayaoğlu, 2018).

Yapılan bir çalışmada tüberküloz tedavi süresinin uzamasıyla uyumun zorlaştığı; ilaçların dozu ve sıklığı ile tedavi sürecinde hastayla olan iletişimin tedaviyi tamamlamada etkili olduğu saptanmıştır (Menzies ve ark., 2005). Aynı zamanda sağlık kuruluşlarına erişim ve ekonomik engeller de düzenli kontrollerin yapılmasını zorlaştırarak tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (Herrero ve ark., 2015).

Tüberküloza karşı toplumda yanlış algı, önyargı ve korku gibi nedenlerle tüberküloz hastaları toplum tarafından dışlanmakta ve damgalanma yaşayarak sosyal hayatları olumsuz etkilenebilmektedir. Damgalanma; hastaların sağlık kurumuna başvurmasını ve hastalara tanı konulmasını geciktirebilmekte, psikososyal uyum sürecini olumsuz etkileyerek tanı konulmuş hastaların tedavilerini yarım bırakmalarına sebep olarak tedavi başarılarını engelleyebilmekte, hastaların tanılarını saklamalarına,

toplumdan soyutlanmalarına ve depresyona neden olabilmektedir (Öztürk, 2018 ve Dhingra ve Khan, 2010).

Tüberküloz tedavisi hasta ve toplum sağlığı için gereklidir. Bu nedenle, tüberküloz tedavisinde hastanın hem zihinsel hem de sosyal uyumunun sürdürülmesi tedavinin etkinliği açısından son derece büyük bir öneme sahiptir.

## **2.9. Kronik Hastalıklarda Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLP)**

Konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi hemşiresi, gerçek ya da potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeni ile tedavi gören hasta ve ailelerinin primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyonu sırasında oluşan felsefi, gelişimsel, emosyonel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, takip eden, hemşirelere psikiyatrik tıp alanında eğitim veren ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanıdır (Çam ve ark.,2014).

Psikolojik bakım ve tedavi, genel bakım ve tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır. Tunmore (1990), KLP hemşireliği yazısında tanımlanan psikolojik bakım modeline göre genel hastane uygulamasında psikolojik bakımı dört düzeyde açıklamıştır (Tunmore 1990).

### *Düzye 1: Temel iletişim ve tanılama becerileri:*

Hastaların psikolojik ihtiyaçlarını tanımlayabilip yeterli bilgiyi verebilme, karşılıklı görüşme ve dinleme becerisine sahip olabilmeyi içermektedir.

### *Düzye 2: Rutin/koruyucu psikolojik bakım:*

Hasta ve ailesi ile terapötik ilişki kurarak stres durumlarını yönetebilmelerini ve duygularını daha rahat ifade edebilmelerini sağlamayı içermektedir.

### *Düzye 3: Özelleşmiş psikolojik girişimler:*

Kurumsal modeller ve beceri çalışmalarına dayalı psikolojik girişimleri, danışman denetimi altında kısa süreli çalışmaları içermektedir.

### *Düzye 4: Terapi:*

Bilişsel terapi, davranışı değiştirme gibi psikoterapi uygulamalarını içermektedir.

## 2.10. Tüberküloz Tedavisinde Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

Sağlık çalışanları içinde büyük bir kesimi oluşturan hemşireler, tüberküloz kontrolünde önemli sorumluluklara sahiptir. Uluslararası Hemşireler Birliği'nin etik kodları çerçevesinde hemşirelerin dört esas sorumluluğundan bahsedilmektedir. Bunlar; korumak, hastalıkları önlemek, sağlığı geliştirmek ve acıyı hafifletmektir. Tüberküloz bakımında hemşireler ilk olarak riskli grupları belirlemeli, tüberküloz bulaşını en aza indirerek hastalığın toplum içine yayılmasını önlemeli, hastaların gereken tedaviyi almalarını sağlamalı ve kişisel ihtiyaçlarının karşılanması suretiyle acı çekmelerini önlemelidirler. Tüberküloz kontrol programının ve DGTS bileşenlerinin uygulanmasında hemşireler büyük bir rol oynamaktadırlar ( Kiter ve Uçan, 2001).

Tüberküloz hastalarının hemşirelik bakımında öncelikle hastanın kapsamlı sağlık öyküsü fiziksel değerlendirmesi yapılır. Yorgunluk, baş ağrısı, anoreksiya ve göğüs ağrısı gibi sübjektif bulgular, ateş, gece terlemeleri, kilo kaybı, öksürük, kanlı balgam, mukoid veya mukopürülan balgam, ağrılı lenf nodülleri ve plöretik göğüs ağrısı gibi objektif bulgular değerlendirilir. Hastanın yaşadığı ortam, mesleği, eğitim durumu, hastalığı hakkında bilgisi olup olmadığı konusunda veri toplanır. TB hastalarının hemşirelik bakımında ortaya çıkan en önemli sorunlar; tedaviye uyumsuzluk, ilaç yan etkileri, ilaç direncinin gelişmesi ve TB enfeksiyonunun yayılımıdır (Durna, 2009 ve Olgun ve ark., 2014).

Kliniklerde her an hastalarla birlikte olan hemşirelerin; hastaların genel durumları ve vital bulgularının takibi, hasta bakımlarının yapılması, düzenli ilaç kullanımının sağlanması, tüberkülozun diğer hastalar ve hasta yakınlarına bulaşının önlenmesi, ilaç yan etkilerinin erkenden saptanıp gerekli önlemlerin alınması gibi sorumluluklara sahiptir. Ayrıca hemşireler, hasta ve hasta yakınlarının eğitimini ve hastanın yakın çevresindeki bireylerin kontrollerini yaptırımlarında da görev almalıdırlar (Kalender ve Sütçü Çiçek, 2016).

Tüberküloz, hastaları sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal yönden de etkilemektedir. İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğu gerçeğinden hareketle hastalıkların sadece biyolojik yönden ele alınıp diğer boyutların dikkate alınmaması gibi bir yaklaşım yerine bütüncül yaklaşımla ele alınması gerekmektedir.

Tüberküloz hastalarında öfke, üzüntü, çaresizlik, sürekli ağlama, endişe, ümitsizlik, içe kapanma, iş ve aile hayatına ilişkin rol kayıpları, ölüm korkusu, bağımlı olma

korkusu, beden imajında ve yaşam şeklinde değişim, sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlar meydana gelebilmektedir. Bu sebeplerden dolayı hastalık yönetiminde, fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların tamamı ele alınmaktadır. Psikososyal bakımda psikiyatri hemşirelerinin rolü; hasta ve ailenin bu yeni sürece uyum sağlamalarına yardımcı olmak, bu bireylerin baş etme güçlerini artırarak uyum sağlamalarına yardımcı olmaktır (Özdemir ve Taşçı, 2013 ve Ünalan ve ark., 2008).

Tüberküloz hastalarının yaşadıkları psikososyal sorunlar değerlendirilerek bakım süreci planlanmalıdır. Psikolojik bakımın ilk düzeyini temel iletişim ve tanılama becerileri oluşturmaktadır. Bireyin yaşadığı kaygıları dile getirmesi, duygularını ifade etmesi, krize müdahale yaklaşımının öğretilmesi, endişelerinin normal olduğunun vurgulanması ve empati kurulması yapılacak uygulamalar arasındadır (Özgüven ve Tuncer, 1997). İkinci düzey olarak hasta veya aileleri / yakınlarıyla kurulan güven ilişkisinin ardından stresle baş etme yetenekleri artırılarak, duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirilir ve terapötik ilişki kurulur. Psikiyatri hemşiresi tarafından, bireyin yakın çevresinin ve bakım verenlerinin sosyal, duygusal, fiziksel, maddi ve manevi desteğinin harekete geçirilmesi gerekmektedir (Aktaş ve Sertel Berk, 2012). Evde bakım gereksinimleri, aile rutinlerinin kesintiye uğramasını en aza indirecek şekilde ailenin yaşam şekli ile nasıl bütünleştirileceği açıkça tanımlanmalıdır (Buleçek ve ark., 2017). Üçüncü düzey bakımda sorun çözme becerileri, stresle baş etme teknikleri gibi amaç yönelimli ve kısa süreli özelleşmiş beceriler kullanılmaktadır. Son olarak davranışçı yöntemler, aile terapileri ve bilişsel terapi gibi psikolojik tedavileri içeren yaklaşımlar uygulanmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, ayaktan tedavi gören tüberküloz hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarını ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak uygulanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Çalışma İstanbul'da bir göğüs hastalıkları hastanesinin tüberküloz polikliniklerinde yapılmıştır. Günde ortalama 10 hastanın başvurduğu iki ayrı tüberküloz polikliniğinde toplam 4 doktor, 2 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Buldukları ilçenin Verem Savaş Dispanseri tarafından ayaktan tedavi gören hastalar, kontrollerini yaptırmak amacıyla, tedavilerinin 1, 2, 3, 6, 12 ve 24'üncü aylarında hastanemiz polikliniğine başvurmaktadır. Yapılan kontroller sonucu tedavinin seyri planlanmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Çalışmanın evrenini hastanenin tüberküloz polikliniklerinde ayaktan tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Son bir yıl önceki hastane kayıtları incelendiğinde ayaktan tedavi gören hasta sayısına ulaşamamıştır. Araştırmada 01.02.2019-01.05.2019 tarihleri arasında ulaşılabilen 106 hasta örneklem grubuna alınmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

Ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek gibi sosyodemografik özellikleri ile hastalık ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluştururken; psikososyal uyum puanları çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

#### **3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Tüberküloz tanısı alıp minimum bir aydır tedavi gören,
- 18 yaş ve üzeri olan,
- Türkçe bilen, konuşma ve duyma yetisini kaybetmemiş, herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olmayan,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden ayaktan tüberküloz hastaları ile yapılmıştır.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri 01.02.2019-01.05.2019 tarihleri arası İstanbul'da bir göğüs hastalıkları hastanesinin tüberküloz polikliniğinde toplanmıştır. Veri toplama sürecinde hastane kayıt sisteminin yetersiz olması nedeniyle ayaktan tüberküloz tedavisi gören hastalara poliklinik sekreterliği aracılığıyla ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastalarla araştırmacı tarafından poliklinikte yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması her hasta için yaklaşık 25 dakika sürmüştür.

### 3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler araştırmacının ilgili literatür tarayarak geliştirdiği Tanımlayıcı Bulgular Formu ve Derogatis ve Lopez tarafından geliştirilen Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

#### *Tanımlayıcı Bulgular Formu*

Bu form “Hastaya ait tanımlayıcı özellikler” ve “Hastalığa ve tedaviye ait tanımlayıcı özellikler” alt başlıklarıyla toplam 23 sorudan meydana gelmiş olup araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur (Kara, 2009; Öztürk, 2018; Ünal ve ark., 2008). Formda bulunan sorular yaş, cinsiyet, meslek gibi demografik özellikleri; tedavi süresi, ilaç kullanım durumu gibi tedaviye ilişkin özellikleri içermektedir.

#### *Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (PAISSR)*

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, Derogatis ve Lopez 1983'de geliştirmiştir. Hastalığa psikososyal uyumu ölçen, 46 madde ve 7 alt boyuttan oluşan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Bu alt boyutlarda yer alan maddeler 0 ila 3 arasında değişen değerler üzerinden puanlanır. PAIS-SR'nin alt boyutları ve bu alt boyutlardan alınabilecek maksimum puanlar sırasıyla; Sağlık Bakımına Oryantasyon (24), Meslek/İş Çevresi (18), Aile Çevresi (24), Cinsel İlişkiler (18), Geniş Aile İlişkileri (15), Sosyal Çevre (18) ve Psikolojik Alan (21)'dir. Hastalık sonrası herhangi bir değişim olmaması veya değişimin olumlu yönde olması durumunda ölçekteki madde “0” puanla değerlendirilirken, olumsuz yönde değişimler “3” puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan “0”, maksimum puan “138”dir. Ölçekten alınan düşük puanlar “iyi psikososyal uyum”, yüksek puanlar ise “kötü psikososyal uyum” anlamına gelmektedir. Alınan puan 35'in altındaysa iyi, 35-51 arasındaysa orta, 51'in üstündeyse kötü psikososyal uyum olarak tanımlanır. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20-

30 dakikayı almaktadır. Bu süre hastaların okuma ve anlama hızına göre değişebilmektedir. PAIS-SR'nin Türk kültürüne uyarlama çalışması Adaylar tarafından 1995 yılında "Akut ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Uyum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri" isimli araştırmasıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada alt boyutlar için güvenilirlik katsayısı sırayla .87, .85, .80, .95, .89, .93, .83 olarak bulunurken ölçeğin geneli için .94 olarak saptanmıştır.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 20 (SPSS Inc.; Chicago, IL, USA ) ile yapıldı. Normal dağılım varlığı Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, ortanca ve minimum-maksimum değerler olarak sunuldu. Çapraz tablolarda kategorik değişkenlerin dağılımı Pearson Ki-kare ya da Fisher-Freeman-Halton kesin-kikare testleri ile karşılaştırıldı. Sürekli değişkenlerin iki bağımsız grup arası karşılaştırılmasında normal dağılım varsa bağımsız gruplarda t testi, yok ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla bağımsız grupta sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsa tek yönlü varyans analizi (ANOVA), yok ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın tek hastanede yapılıyor olması araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Etik Yönleri**

Çalışmanın yapılabilmesi için, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay, çalışmanın uygulanacağı hastaneden yazılı kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra gönüllü hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde tüberküloz hastalarının tanımlayıcı özelliklerine ilişkin dağılımlara yer verilmiştir. Aynı zamanda bu dağılımlar hastaların psikososyal uyum puanları ile karşılaştırılmıştır.

**Tablo 1: Tüberküloz hastalarının tanımlayıcı özellikleri (n=106)**

		n	%	Ort±SS
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	44	41.5	
	<b>Erkek</b>	62	58.5	
<b>Yaş (yıl)</b>	<b>18-27 yaş</b>	31	29.2	
	<b>28-37 yaş</b>	22	20.8	
	<b>38-47 yaş</b>	23	21.7	
	<b>48-57 yaş</b>	18	17	
	<b>≥58 yaş</b>	12	11.3	
<b>Yaş (yıl)</b>				38.3±14.3
<b>Eğitim düzeyi</b>	<b>İlköğretim</b>	52	49.1	
	<b>Lise</b>	35	33	
	<b>Üniversite ve üstü</b>	19	17.9	
<b>Meslek</b>	<b>Ev hanımı</b>	10	9.4	
	<b>Memur/işçi</b>	38	35.8	
	<b>Serbest meslek</b>	52	49.1	
	<b>Emekli</b>	6	5.7	
<b>Sosyal güvence</b>	<b>Var</b>	78	73.6	
	<b>Yok</b>	28	26.4	
<b>Medeni durum</b>	<b>Evli</b>	56	52.8	
	<b>Bekar</b>	50	47.2	
<b>Çocuk</b>	<b>Var</b>	62	58.5	
	<b>Yok</b>	44	41.5	
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>	<b>Yalnız</b>	8	7.5	
	<b>Anne-Baba</b>	36	34	
	<b>Eşi-Çocukları</b>	44	41.5	
	<b>Diğer</b>	18	17	
<b>Sosyoekonomik durum</b>	<b>Kötü</b>	31	29.2	
	<b>Orta</b>	58	54.7	
	<b>İyi</b>	17	16	
<b>Sigara kullanımı</b>	<b>Var</b>	29	27.4	
	<b>Yok</b>	77	72.6	



**Tablo 1 (devam): Tüberküloz hastalarının tanımlayıcı özellikleri**

		n	%	Ort±SS
	Sadece alkol	10	9.4	
	Alkol ve madde	4	3.8	
Ailede tüberküloz hastası	Var	20	18.9	
	Yok	86	81.1	
Aile dışında tüberküloz hastası	Var	18	17	
	Yok	88	83	
Tüberküloz konusunda eğitim alma	Eğitim almış	14	13.2	
	Eğitim almamış	92	86.8	
	<b>Toplam</b>	106	100	

Tablo:1’de tüberküloz hastalarının tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde;

Araştırmaya toplam 106 hasta alınmıştır. Bunun %58.5’ini erkek hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %29.2’si 18-27 yaş aralığında, %49.1’inin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu görülmektedir. Hastaların %49.1’i serbest meslekle uğraşmakta olup, %73.6’sı herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde %52.8’inin evli, %58.5’inin çocuk sahibi olduğu, %41.5’inin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları görülmektedir. Hastaların %54.7’si sosyoekonomik durumlarını orta düzeyde algıladıklarını belirtmişlerdir. Olguların %72.6’sında sigara kullanımı görülmezken, %86.8’inde alkol ve madde kullanımı görülmemektedir. Hastaların %81.1’inin ailede, %83’ünün ise aile dışında herhangi bir tüberküloz hastası tanıdıklarının olmadığı ve %86.8’inin tüberküloz eğitimi almadığı görülmektedir (Tablo 1).

**Tablo 2: Tüberküloz hastalarının hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri (n=106)**

		n	%	Ort±SS
<b>Tüberküloz hastalık süresi (ay)</b>	<b>1-5 ay</b>	51	48.1	
	<b>6-10 ay</b>	29	27.4	
	<b>11-15 ay</b>	13	12.3	
	<b>≥16 ay</b>	13	12.3	
<b>Tüberküloz hastalık süresi (ay)</b>				7.35±6.02
<b>Tüberküloz tedavi süresi (ay)</b>	<b>1-2 ay</b>	15	14.2	
	<b>3-4 ay</b>	33	31.1	
	<b>5-6 ay</b>	21	19.8	
	<b>≥7 ay</b>	37	34.9	
<b>İlaçları düzenli kullanma</b>	<b>Evet</b>	102	96.2	
	<b>Hayır</b>	4	3.8	
<b>Kontrolleri düzenli yaptırma</b>	<b>Evet</b>	100	94.3	
	<b>Hayır</b>	6	5.7	
<b>İlaç temininde sorun yaşama</b>	<b>Evet</b>	8	7.5	
	<b>Hayır</b>	98	92.5	
<b>Tüberküloz tedavi inancı</b>	<b>Tedavi edilebilir</b>	95	89.6	
	<b>Tedavi edilemez</b>	11	10.4	
<b>Tüberküloz tanısını paylaşma</b>	<b>Evet</b>	67	63.2	
	<b>Hayır</b>	39	36.8	
<b>Tüberküloz ile ilgili yakınma sayısı</b>	<b>0</b>	39	36.8	
	<b>1-4</b>	51	48.1	
	<b>5-10</b>	16	15.1	
<b>Algılanan ilaç kullanımıyla ilgili zorluklar</b>	<b>İlaç sayısının fazlalığı</b>	39	36.8	
	<b>İlaç formu</b>	4	3.8	
	<b>İlaç kullanım sıklığı</b>	21	19.8	
	<b>İlaç dozunun yüksekliği</b>	11	10.4	
	<b>İlaç yan etkileri</b>	40	37.7	
	<b>Toplam</b>		106	100

Tablo: 2’de tüberküloz hastalarının hastalığa ya da tedaviye ait tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde;

Hastaların %48.1’inin tanılarını 1-5 ay önce aldıkları, %34.9’unun 7 aydan uzun süre tedavi gördükleri, %96.2’sinin ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %94.3’ünün kontrollerini düzenli olarak yaptırdığı, %92.5’inin ilaç temininde sorun yaşamadığı görülmektedir. Hastaların %89.6’sı tüberkülozun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu düşünmekle beraber, %63.2’si hastalıklarını çevrelerindeki kişilerle paylaşmaktan kaçınmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %48.1’i çalışmanın tanımlayıcı bulgular formunda yer alan ‘hastalıkla ilgili yakınmalarınız’ kısmında yer alan öksürük, balgam, kanlı tükürme, gece terlemesi, ağrı, halsizlik, iştahsızlık, çabuk yorulma, kilo kaybı ve ateş özelliklerinden 1-4’üne sahip olduklarını, %37.7’si ise ilaç kullanımıyla ilgili en büyük zorluğun ilaçların yan etkileri olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 3: Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum düzeyleri (n=106)**

Psikososyal uyum düzeyi	n	%
İyi Uyum	71	67
Orta Uyum	19	17.9
Kötü Uyum	16	15.1
Toplam	106	100

Tablo 3’de tüberküloz hastalarının psikososyal uyum düzeyleri ele alınmıştır. Hastaların %67’sinin iyi, %17.9’unun orta, %15.1’inin ise kötü uyum gösterdiği bulunmuştur.

**Tablo 4: PAIS-SR alt boyut ve toplam puanlarının dağılımı (n=106)**

	Soru sayısı	Min-Mak (Median)	Ort±SS
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8	0-22 (6.5)	7.22 ±4.23
Mesleki Çevre	6	0-16 (7)	6.80±3.40
Aile Çevresi	8	0-22 (5)	5.52±4.25
Seksüel İlişki	6	0-18 (0)	2.64±4.03
Geniş Aile İlişkileri	5	0-11 (1)	1.93±2.44
Sosyal Çevre	6	0-18 (2)	3.45±4.33
Psikolojik Baskı	7	0-21 (4)	5.30±4.91
Toplam	46	10-124 (29)	32.87±18.60

Tablo 4’de PAIS-SR alt boyut ortalama puanları ve toplam puanı verilmiştir. Sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı  $7.22\pm4.23$ , mesleki çevre alt boyut puanı  $6.80\pm3.40$ , aile çevresi alt boyut puanı  $5.52\pm4.25$ , seksüel ilişkiler alt boyut puanı  $2.64\pm4.03$ , geniş aile ilişkileri alt boyut puanı  $1.93\pm2.44$ , sosyal çevre alt boyut puanı  $3.45\pm4.33$ , psikolojik baskı alt boyut puanı  $5.30\pm4.91$ ’dür. Toplam puan ise  $32.87\pm18.60$  olarak bulunmuştur.



**Tablo 5: Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puanı ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=106)**

			Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Seksüel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	Toplam
Cinsiyet	Kadın, n=44	Min-Mak (Median)	0-20 (6.5)	0-13 (8)	0-15 (4.5)	0-18 (0)	0-11 (2)	0-18 (1.5)	0-19 (5)	10-85 (29)
	Erkek, n=62	Min-Mak (Median)	0-22 (6.5)	0-16 (7)	0-22 (5)	0-17 (0)	0-11 (0)	0-18 (2)	0-21 (3)	10-124 (27.5)
		Test değeri (Z)	-0.409	-0.532	-0.283	-0.576	-1.113	-0.336	-1.903	-0.953
		p	0.68 <sup>a</sup>	0.59 <sup>a</sup>	0.78 <sup>a</sup>	0.56 <sup>a</sup>	0.27 <sup>a</sup>	0.74 <sup>a</sup>	0.06 <sup>a</sup>	0.34 <sup>a</sup>
Yaş (yıl)	18-27 yaş, n=31	Min-Mak (Median)	0-20 (7)	1-13 (8)	0-15 (3)	0-7 (0)	0-11 (0)	0-10 (1)	0-14 (4)	10-62 (29)
	28-37 yaş, n=22	Min-Mak (Median)	0-18 (6)	0-11 (7)	0-13 (3.5)	0-17 (2.5)	0-11 (0.5)	0-9 (0.5)	0-19 (2.5)	12-84 (24)
	38-47 yaş, n=23	Min-Mak (Median)	2-22 (7)	1-13 (8)	0-22 (4)	0-17 (0)	0-11 (1)	0-18 (3)	0-21 (4)	11-124 (28)
	48-57 yaş, n=18	Min-Mak (Median)	0-13 (8.5)	0-16 (8)	0-15 (9)	0-18 (1)	0-73 (3)	0-16 (4.50)	0-19 (4.50)	10-85 (41.5)
	≥58 yaş, n=12	Min-Mak (Median)	3-10 (6.50)	1-12 (6.5)	1-13 (6.5)	0-14 (0)	0-7 (2.5)	0-11 (2)	0-18 (5)	10-64 (26)
			Test değeri ( $\chi^2$ )	1.597	4.455	11.715	8.948	13.979	4.318	2.267
		p	0.81 <sup>b</sup>	0.35 <sup>b</sup>	<b>0.02</b> <sup>*</sup>	0.06 <sup>b</sup>	<b>0.007</b> <sup>*</sup>	0.36 <sup>b</sup>	0.69 <sup>b</sup>	0.11 <sup>b</sup>
Eğitim düzeyi	İlköğretim, n=52	Min-Mak (Median)	0-22 (7)	0-16 (8)	0-22 (7)	0-18 (2)	0-11 (2.5)	0-18 (3)	0-21 (5)	10-124 (34)
	Lise, n=35	Min-Mak (Median)	0-19 (6)	1-13 (7)	0-13 (4)	0-10 (0)	0-6 (1)	0-10 (1)	0-14 (3)	10-68 (26)
	Üniversite, n=19	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	0-10 (7)	0-9 (2)	0-3 (0)	0-5 (0)	0-8 (1)	0-10 (4)	10-49 (23)
			Test değeri ( $\chi^2$ )	1.878	0.193	15.059	6.588	13.476	2.042	4.045
		p	0.39 <sup>b</sup>	0.91 <sup>b</sup>	<b>0.001</b> <sup>*</sup>	<b>0.04</b> <sup>*</sup>	<b>0.001</b> <sup>*</sup>	0.36 <sup>b</sup>	0.13 <sup>b</sup>	<b>0.01</b> <sup>*</sup>

**Tablo 5 (devam) : Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puanı ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=106)**

			Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Seksüel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	Toplam
<b>Meslek</b>	<b>Ev hanımı, n=10</b>	Min-Mak (Median)	3-10 (6.5)	1-11 (5)	0-15 (5.5)	0-12 (4.5)	0-11 (3)	0-18 (5.5)	0-16 (4.5)	10-62 (32)
	<b>Memur/işçi, n=38</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (7.5)	1-13 (7)	0-22 (3.5)	0-17 (0.5)	0-11 (0)	0-18 (2)	0-21 (4)	11-124 (25)
	<b>Serbest meslek, n=52</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	0-16 (7.5)	0-15 (5)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-16 (0)	0-19 (4)	10-85 (28.5)
	<b>Emekli, n=6</b>	Min-Mak (Median)	5-10 (7)	3-12 (8.5)	2-13 (8)	0-14 (7.5)	0-4 (2.5)	0-14 (6.5)	2-13 (9.5)	26-61 (51)
		Test değeri ( $\chi^2$ )	1.701	2.323	3.367	11.798	4.584	5.821	5.552	7.567
		p	0.64 <sup>b</sup>	0.51 <sup>b</sup>	0.34 <sup>b</sup>	<b>0.008<sup>b*</sup></b>	0.21 <sup>b</sup>	0.12 <sup>b</sup>	0.14 <sup>b</sup>	0.06 <sup>b</sup>
<b>Sosyal güvence</b>	<b>Var, n=78</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (7)	0-16 (7)	0-15 (3)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-16 (2)	0-19 (4)	10-85 (28)
	<b>Yok, n=28</b>	Min-Mak (Median)	1-22 (6)	1-13 (8)	1-22 (6)	0-17 (0)	0-11 (1)	0-18 (1.5)	0-21 (4)	15-124 (30.5)
		Test değeri (Z)	-0.547	-1.253	-2.916	-0.827	-0.335	-0.620	-0.191	-0.792
		p	0.58 <sup>a</sup>	0.21 <sup>a</sup>	<b>0.004<sup>a*</sup></b>	0.41 <sup>a</sup>	0.74 <sup>a</sup>	0.54 <sup>a</sup>	0.85 <sup>a</sup>	0.43 <sup>a</sup>
<b>Medeni durum</b>	<b>Evli, n=56</b>	Min-Mak (Median)	0-19 (7)	0-13 (7)	0-15 (6)	0-18 (3)	0-11 (1.5)	0-18 (2.5)	0-19 (4)	10-85 (29.5)
	<b>Bekar, n=50</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (6)	0-16 (7)	0-22 (3.5)	0-17 (0)	0-11 (1)	0-18 (1)	0-21 (4)	10-124 (27.5)
		Test değeri (Z)	-0.146	-0.658	-1.844	-3.557	-1.408	-0.823	-0.318	-1.364
		p	0.88 <sup>a</sup>	0.51 <sup>a</sup>	0.07 <sup>a</sup>	<b>&lt;0.001<sup>a*</sup></b>	0.16 <sup>a</sup>	0.41 <sup>a</sup>	0.75 <sup>a</sup>	0.17 <sup>a</sup>
<b>Çocuk</b>	<b>Var, n=62</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (6.5)	0-16 (8)	0-22 (6)	0-18 (3)	0-11 (2)	0-18 (3)	0-21 (5)	10-124 (30)
	<b>Yok, n=44</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6.5)	0-13 (7)	0-11 (2)	0-7 (0)	0-5 (0)	0-10 (1)	0-14 (3.5)	10-52 (25.5)
		Test değeri (Z)	-0.119	-0.606	-3.556	-4.030	-2.550	-1.150	-1.356	-2.572
		p	0.91 <sup>a</sup>	0.55 <sup>a</sup>	<b>&lt;0.001<sup>a*</sup></b>	<b>&lt;0.001<sup>a*</sup></b>	<b>0.01<sup>a*</sup></b>	0.25 <sup>a</sup>	0.18 <sup>a</sup>	<b>0.01<sup>a*</sup></b>

**Tablo 5 (devam) : Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puanı ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=106)**

			Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Seksüel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	Toplam
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>	<b>Yalnız, n=8</b>	Min-Mak (Median)	3-22 (9)	0-13 (4.5)	0-22 (6)	0-17 (0)	0-11 (1)	0-18 (3)	0-21 (3.5)	10-124 (32)
	<b>Anne-Baba, n=36</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6.5)	0-13 (7)	0-13 (2)	0-7 (0)	0-5 (0.5)	0-10 (1)	0-14 (4)	10-52 (27)
	<b>Eşi-Çocukları, n=44</b>	Min-Mak (Median)	0-19 (6)	0-13 (7.5)	0-15 (5)	0-18 (3)	0-11 (2)	0-18 (3)	0-19 (4)	11-85 (29.5)
	<b>Diğer, n=18</b>	Min-Mak (Median)	0-13 (5.5)	3-16 (7.5)	1-15 (6.5)	0-9 (0)	0-7 (2)	0-14 (0)	0-13 (4.5)	10-61 (26.5)
		Test değeri ( $\chi^2$ )	4.568	4.073	5.440	12.611	4.229	2.308	.320	2.241
		p	0.21 <sup>b</sup>	0.25 <sup>b</sup>	0.14 <sup>b</sup>	<b>0.006<sup>b,*</sup></b>	0.24 <sup>b</sup>	0.51 <sup>b</sup>	0.96 <sup>b</sup>	0.52 <sup>b</sup>
<b>Sosyoekonomik durum</b>	<b>Kötü, n=31</b>	Min-Mak (Median)	1-22 (8)	1-16 (9)	2-22 (9)	0-18 (0)	0-11 (2)	0-18 (5)	0-21 (5)	10-124 (41)
	<b>Orta, n=58</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	0-13 (7)	0-14 (3)	0-12 (0)	0-7 (1)	0-18 (1)	0-18 (4)	10-68 (28)
	<b>İyi, n=17</b>	Min-Mak (Median)	0-19 (6)	0-10 (6)	0-10 (2)	0-9 (0)	0-6 (0)	0-6 (0)	0-10 (2)	11-51 (20)
		Test değeri ( $\chi^2$ )	1.889	8.446	32.271	2.171	5.924	6.557	4.534	16.213
		p	0.39 <sup>b</sup>	<b>0.02<sup>b,*</sup></b>	<b>&lt;0.001<sup>b,*</sup></b>	0.34 <sup>b</sup>	0.052 <sup>b</sup>	<b>0.04<sup>b,*</sup></b>	0.10 <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001<sup>b,*</sup></b>
<b>Sigara kullanımı</b>	<b>Var, n=29</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (7)	0-16 (8)	0-22 (5)	0-17 (2)	0-11 (0)	0-18 (0)	0-21 (4)	10-124 (28)
	<b>Yok, n=77</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	0-13 (7)	0-15 (5)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-18 (3)	0-19 (4)	10-85 (29)
		Test değeri (Z)	-1.083	-0.951	-0.474	-1.177	-0.840	-1.200	-0.424	-0.121
		p	0.28 <sup>a</sup>	0.34 <sup>a</sup>	0.64 <sup>a</sup>	0.24 <sup>a</sup>	0.40 <sup>a</sup>	0.23 <sup>a</sup>	0.67 <sup>a</sup>	0.90 <sup>a</sup>

**Tablo 5 (devam) : Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puanı ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=106)**

			Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Seksüel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	Toplam
<b>Alkol/madde kullanımı</b>	<b>Yok, n=92</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (6)	0-16 (7.5)	0-22 (5.5)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-18 (3)	0-21 (4)	10-124 (30)
	<b>Sadece alkol, n=10</b>	Min-Mak (Median)	4-9 (8.5)	1-10 (6)	0-10 (2)	0-4 (0.5)	0-5 (0)	0-5 (0)	1-9 (3.5)	14-30 (23.5)
	<b>Alkol ve madde, n=4</b>	Min-Mak (Median)	4-18 (15.5)	1-8 (6.5)	2-9 (5.5)	1- (0)	0-1 (0)	0-3 (1.5)	0-5 (1.5)	16-34 (31)
		Test değeri ( $\chi^2$ )	3.692	1.958	4.325	3.525	6.198	4.340	2.354	3.075
		p	0.16 <sup>b</sup>	0.38 <sup>b</sup>	0.12 <sup>b</sup>	0.17 <sup>b</sup>	<b>0.045<sup>b*</sup></b>	0.11 <sup>b</sup>	0.31 <sup>b</sup>	0.22 <sup>b</sup>
<b>Ailede tüberküloz hastası</b>	<b>Var, n=20</b>	Min-Mak (Median)	3-22 (8)	1-13 (7)	0-22 (5.5)	0-17 (0)	0-11 (1)	0-18 (0)	0-21 (4)	11-124 (26)
	<b>Yok, n=86</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	0-16 (7)	0-15 (4)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-18 (2)	0-19 (4)	10-85 (29.5)
		Test değeri (Z)	-1.599	-0.053	-0.645	-0.106	-0.063	-0.999	-0.203	-0.057
		p	0.11 <sup>a</sup>	0.96 <sup>a</sup>	0.52 <sup>a</sup>	0.92 <sup>a</sup>	0.95 <sup>a</sup>	0.32 <sup>a</sup>	0.84 <sup>a</sup>	0.96 <sup>a</sup>
<b>Aile dışında tüberküloz hastası</b>	<b>Var, n=18</b>	Min-Mak (Median)	0-13 (7)	1-16 (5.5)	0-15 (5)	0-9 (0)	0-7 (1)	0-9 (2)	0-12 (4.5)	11-53 (26.5)
	<b>Yok, n=88</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (6.5)	0-13 (8)	0-22 (4.5)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-18 (2)	0-21 (4)	10-124 (30)
		Test değeri (Z)	-0.588	-1.049	-0.279	-0.449	-0.057	-0.340	-0.575	-0.513
		p	0.56 <sup>a</sup>	0.29 <sup>a</sup>	0.78 <sup>a</sup>	0.65 <sup>a</sup>	0.96 <sup>a</sup>	0.73 <sup>a</sup>	0.57 <sup>a</sup>	0.61 <sup>a</sup>
<b>Tüberküloz konusunda eğitim alma</b>	<b>Eğitim almış, n=14</b>	Min-Mak (Median)	1-18 (7.5)	1-16 (7)	0-15 (3)	0-10 (0)	0-7 (1)	0-9 (0.5)	2-10 (4)	11-57 (24.5)
	<b>Eğitim almamış, n=92</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (6)	0-13 (7)	0-22 (5)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-18 (2)	0-21 (4)	10-124 (29)
		Test değeri (Z)	-0.300	-0.009	-0.703	-1.499	-0.170	-0.910	-0.061	-0.779
		p	0.76 <sup>a</sup>	0.99 <sup>a</sup>	0.48 <sup>a</sup>	0.13 <sup>a</sup>	0.87 <sup>a</sup>	0.36 <sup>a</sup>	0.95 <sup>a</sup>	0.44 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>Mann-Whitney U testi, <sup>b</sup>Kruskall-wallis testi \*p<0.05



Tablo 5’de tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puanı ortalamalarıyla tanımlayıcı özellikleri karşılaştırılmıştır.

Tüberküloz hastalarında cinsiyet, sigara kullanma, aile içinde ve aile dışında başka bir tüberküloz hastası tanıma durumu, tüberküloz konusunda eğitim alma durumu ile sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 5).

Tüberküloz hastalarının yaşları ile aile çevresi alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.02$ ;  $p<0.05$ ); hastalarda yaşın ilerlemesiyle aile çevresi puanlarının arttığı bulunmuştur. Hastaların yaşları ile geniş aile ilişkileri alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.007$ ;  $p<0.05$ ); hastalarda yaşın ilerlemesiyle geniş aile ilişkileri puanlarının arttığı bulunmuştur. Hastaların yaşları ile PAIS-SR’nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 5).

Tüberküloz hastalarının eğitim düzeyleri ile aile çevresi alt grubu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0.001$ ;  $p<0.05$ ); eğitim seviyesi arttıkça aile çevresi puanlarında azalma görülmüştür. Hastaların eğitim düzeyleri ile seksüel ilişki alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.04$ ;  $p<0.05$ ); ilköğretim düzeyindeki hastaların seksüel ilişki puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların eğitim düzeyleri ile geniş aile ilişkileri alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.001$ ;  $p<0.05$ ); eğitim seviyesi artmasıyla geniş aile ilişkileri puanlarında azalma görülmüştür. Hastaların eğitim düzeyi ile PAIS-SR’nin toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ ); eğitim seviyesi arttıkça toplam puanda azalma görülmüştür. Hastaların eğitim düzeyleri ile PAIS-SR’nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 5).

Tüberküloz hastalarının meslekleri ile seksüel ilişki alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.008$ ;  $p<0.05$ ); emekli hastalarda seksüel ilişki puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların meslekleri ile PAIS-SR’nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 5).

Tüberküloz hastalarının sosyal güvence durumları ile aile çevresi alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.004$ ;  $p<0.05$ ); sosyal güvencesi olmayan hastalarda aile çevresi puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların sosyal güvence

durumları ile PAIS-SR'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 5).

Tüberküloz hastalarının medeni durumları ile seksüel ilişki alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.001$ ;  $p<0.05$ ); evli hastalarda seksüel ilişki puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların medeni durumları ile PAIS-SR'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 5).

Tüberküloz hastalarının çocuk sahibi olma durumları ile aile çevresi alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p<0.001$ ;  $p<0.05$ ); çocuk sahibi olan hastalarda aile çevresi puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile seksüel ilişki alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.001$ ;  $p<0.05$ ); çocuk sahibi olan hastalarda seksüel ilişki puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile geniş aile ilişkileri alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ ); çocuk sahibi olan hastalarda geniş aile ilişkileri puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile PAIS-SR'nin toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ ); çocuk sahibi olan hastalarda toplam puan daha yüksek bulunmuştur. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile PAIS-SR'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 5).

Tüberküloz hastalarının birlikte yaşadıkları kişiler ile seksüel ilişki alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.006$ ;  $p<0.05$ ); eşi ve çocukları ile yaşayan hastalarda seksüel ilişki puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların birlikte yaşadıkları kişiler ile PAIS-SR'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 5).

Tüberküloz hastalarının sosyoekonomik durumları ile mesleki çevre alt boyutu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.02$ ;  $p<0.05$ ); algılanan sosyoekonomik durum kötüleştikçe mesleki çevre puanlarının arttığı bulunmuştur. Hastaların sosyoekonomik durumları ile aile çevresi alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.001$ ;  $p<0.05$ ); algılanan sosyoekonomik durum kötüleştikçe aile çevresi puanlarının arttığı bulunmuştur. Hastaların sosyoekonomik durumları ile sosyal çevre alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.04$ ;  $p<0.05$ ); algılanan sosyoekonomik durum kötüleştikçe sosyal çevre puanlarının arttığı bulunmuştur. Hastaların sosyoekonomik durumları ile PAIS-SR'nin toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.001$ ;

p<0.05); algılanan sosyoekonomik durum kötüleştikçe toplam puanların arttığı bulunmuştur. Hastaların sosyoekonomik durumları ile PAIS-SR'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 5).

Tüberküloz hastalarının alkol/madde kullanım durumları ile geniş aile ilişkileri alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür (p=0.045; p<0.05); alkol/madde kullanımı olmayan hastaların geniş aile ilişkileri puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların alkol/madde kullanım durumları ile PAIS-SR'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 5).

**Tablo 6: Tüberküloz hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi (n=106)**

		Toplam uyum düzeyi			Test değeri
		Kötü Uyum n (%)	Orta Uyum n (%)	İyi Uyum n (%)	( $\chi^2$ ) p
Cinsiyet	Kadın	5 (11.4)	10 (22.7)	29 (65.9)	1.68
	Erkek	11 (17.7)	9 (14.5)	42 (67.7)	0.43 <sup>a</sup>
Yaş (yıl)	18-27 yaş	2 (6.5)	6 (19)	23 (74.2)	14.73
	28-37 yaş	1 (4.5)	4 (8.2)	17 (77.3)	<b>0.046<sup>b*</sup></b>
	38-47 yaş	5 (21.7)	1 (4.3)	17 (73.9)	
	48-57 yaş	5 (27.8)	6 (33.3)	7 (38.9)	
	≥58 yaş	3 (25)	2 (16.7)	7 (58.3)	
Eğitim düzeyi	İlköğretim	14 (26.9)	11 (21.2)	27 (51.9)	13.32
	Lise	2 (5.7)	5 (14.3)	28 (80)	<b>0.007<sup>b*</sup></b>
	Üniversite	0 (0)	3 (15.8)	16 (84.2)	
Meslek	Ev hanımı	3 (30)	1 (10)	6 (60)	12.25
	Memur/işçi	6 (15.8)	5 (13.2)	27 (71.1)	<b>0.03<sup>b*</sup></b>
	Serbest meslek	4 (7.7)	11 (21.2)	37 (71.2)	
	Emekli	3 (50)	2 (33.3)	1 (16.7)	
Sosyal güvence	Var	13 (16.7)	12 (15.4)	53 (67.9)	1.59
	Yok	3 (10.7)	7 (25)	18 (64.3)	0.45 <sup>a</sup>
Medeni durum	Evli	11 (19.6)	10 (17.9)	35 (62.5)	1.98
	Bekar	5 (10)	9 (18)	36 (72)	0.37 <sup>a</sup>
Çocuk	Var	15 (24.2)	11 (17.7)	36 (58.1)	9.97
	Yok	1 (2.3)	8 (18.2)	35 (79.5)	<b>0.007<sup>a*</sup></b>
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	1 (12.5)	0 (0)	7 (87.5)	10.67
	Anne-Baba	1 (2.8)	10 (27.8)	25 (69.4)	0.07 <sup>b</sup>
	Eşi-Çocukları	10 (22.7)	7 (15.9)	27 (61.4)	
	Diğer	4 (22.2)	2 (11.1)	12 (66.7)	
Sosyoekonomik durum	Kötü	11 (35.5)	6 (19.4)	14 (45.2)	14.81
	Orta	5 (8.6)	11 (19)	42 (72.4)	<b>0.003<sup>b*</sup></b>
	İyi	0 (0)	2 (11.8)	15 (88.2)	

**Tablo 6 (devam) : Tüberküloz hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi (n=106)**

		Toplam uyum düzeyi			Test değeri ( $\chi^2$ )
		Kötü Uyum n (%)	Orta Uyum n (%)	İyi Uyum n (%)	p
<b>Sigara kullanımı</b>	<b>Var</b>	7 (24.1)	3 (10.3)	19 (65.5)	3.46
	<b>Yok</b>	9 (11.7)	16 (20.8)	52 (67.5)	0.18 <sup>a</sup>
<b>Alkol/madde kullanımı</b>	<b>Yok</b>	16 (17.4)	19 (20.7)	57 (62)	5.75
	<b>Sadece alkol</b>	0 (0)	0 (0)	10 (100)	0.14 <sup>b</sup>
	<b>Alkol ve madde</b>	0 (0)	0 (0)	4 (100)	
<b>Ailede tüberküloz hastası</b>	<b>Var</b>	4 (20)	1 (5)	15 (75)	2.99
	<b>Yok</b>	12 (14)	18 (20.9)	56 (65.1)	0.22 <sup>b</sup>
<b>Aile dışında tüberküloz hastası</b>	<b>Var</b>	2 (11.1)	2 (11.1)	14 (77.8)	0.87
	<b>Yok</b>	14 (15.9)	17 (19.3)	57 (64.8)	0.68 <sup>b</sup>
<b>Tüberküloz konusunda eğitim alma</b>	<b>Eğitim almış</b>	2 (14.3)	2 (14.3)	10 (71.4)	0.16
	<b>Eğitim almamış</b>	14 (15.2)	17 (18.5)	61 (66.3)	>0.99 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pearson Ki-Kare testi, <sup>b</sup>Fisher-Freeman-Halton testi, \*p<0.05

Tablo 6’da tüberküloz hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre psikososyal uyum düzeyleri değerlendirilmiştir.

Tüberküloz hastalarının cinsiyet, sosyal güvence, medeni durum, hastanın kiminle yaşadığı, sigara kullanımı, alkol/madde kullanımı, aile içinde ve aile dışında başka bir tüberküloz hastası tanıma durumu ve tüberküloz konusunda eğitim alma durumu ile PAIS-SR’nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (Tablo 6).

Tüberküloz hastalarının yaşları ile PAIS-SR’nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür (p=0.046; p<0.05); hastalarda yaşın ilerlemesiyle iyi uyum oranında azalma bulunmuştur.

Tüberküloz hastalarının eğitim düzeyleri ile PAIS-SR’nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür (p=0.007; p<0.05); hastalarda eğitim seviyesinin artmasıyla iyi uyum oranında artma görülmüştür.

Tüberküloz hastalarının meslekleri ile PAIS-SR'nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.03$ ;  $p<0.05$ ); memur/işçi ve serbest meslekle uğraşan hastaların iyi uyum oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tüberküloz hastalarının çocuk sahibi olma durumları ile PAIS-SR'nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.007$ ;  $p<0.05$ ); çocuk sahibi olmayan hastalarda iyi uyum oranları daha yüksek bulunmuştur.

Tüberküloz hastalarının sosyoekonomik durumları ile PAIS-SR'nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.002$ ;  $p<0.05$ ); algılanan sosyoekonomik durumun iyileşmesiyle hastaların iyi uyum oranının arttığı bulunmuştur (Tablo 6).



**Tablo 7: Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puan ortalamaları ile hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=106)**

			Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Seksüel İlişkiler	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	Toplam
<b>Tüberküloz hastalık süresi</b>	<b>1-5 ay, n=51</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	0-13 (7)	0-13 (3)	0-17 (0)	0-11 (0)	0-18 (1)	0-19 (3)	10-84 (26)
	<b>6-10 ay, n=29</b>	Min-Mak (Median)	0-19 (6)	0-13 (7)	0-15 (5)	0-10 (0)	0-11 (2)	0-15 (0)	0-14 (6)	10-68 (27)
	<b>11-15 ay, n=13</b>	Min-Mak (Median)	3-17 (8)	1-11 (8)	1-11 (6)	0-7 (0)	0-5 (1)	0-10 (5)	0-9 (4)	19-53 (34)
	<b>≥16 ay, n=13</b>	Min-Mak (Median)	1-22 (7)	0-16 (8)	0-22 (10)	0-18 (5)	0-11 (3)	0-18 (4)	0-21 (9)	10-124 (49)
		Test değeri ( $\chi^2$ )		3.135	0.915	12.800	9.459	8.868	4.090	5.097
	p		0.37 <sup>b</sup>	0.82 <sup>b</sup>	<b>0.005<sup>b*</sup></b>	<b>0.02<sup>b*</sup></b>	<b>0.03<sup>b*</sup></b>	0.25 <sup>b</sup>	0.17 <sup>b</sup>	<b>0.04<sup>b</sup></b>
<b>Tüberküloz tedavi süresi</b>	<b>1 ay-2 ay, n=15</b>	Min-Mak (Median)	3-19 (6)	1-10 (7)	1-11 (5)	0-17 (0)	0-11 (0)	0-9 (4)	0-19 (3)	16-84 (28)
	<b>3 ay-4 ay, n=33</b>	Min-Mak (Median)	1-20 (6)	0-16 (7)	0-15 (4)	0-14 (0)	0-7 (1)	0-15 (0)	0-14 (3)	10-57 (26)
	<b>5 ay-6 ay, n=21</b>	Min-Mak (Median)	0-11 (6)	0-12 (7)	1-15 (3)	0-10 (2)	0-11 (1)	0-18 (2)	0-18 (6)	10-64 (28)
	<b>≥7 ay n=37</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (7)	1-13 (8)	0-22 (6)	0-18 (0)	0-11 (2)	0-18 (2)	0-21 (5)	10-124 (31)
		Test değeri ( $\chi^2$ )		1.377	1.278	3.839	0.832	3.503	4.522	4.142
	p		0.71 <sup>b</sup>	0.73 <sup>b</sup>	0.28 <sup>b</sup>	0.8 <sup>b</sup>	0.32 <sup>b</sup>	0.21 <sup>b</sup>	0.25 <sup>b</sup>	0.37 <sup>b</sup>
<b>İlaçları düzenli kullanma</b>	<b>Evet, n=102</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	0-16 (7)	0-15 (4.5)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-18 (1.5)	0-19 (4)	10-85 (28.5)
	<b>Hayır, n=4</b>	Min-Mak (Median)	5-22 (9.5)	4-13 (11)	7-22 (11.5)	0-17 (5)	1-11 (3)	2-18 (14)	2-21 (11)	43-124 (54)
		Test değeri (Z)		-1.533	-1.842	-2.549	-1.517	-1.681	-2.599	-1.774
	p		0.13 <sup>a</sup>	0.07 <sup>a</sup>	<b>0.01<sup>a*</sup></b>	0.13 <sup>a</sup>	0.09 <sup>a</sup>	<b>0.01<sup>a*</sup></b>	0.08 <sup>a</sup>	<b>0.01<sup>a*</sup></b>

**Tablo 7 (devam) : Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puan ortalamaları ile hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=106)**

			Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Seksel İlişki	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	Toplam
<b>Kontrolleri düzenli yaptırma</b>	<b>Evet, n=100</b>	Min-Mak (Median)	0-19 (6)	0-16 (7)	0-15 (4.5)	0-17 (0)	0-11 (1)	0-18 (1.5)	0-19 (4)	10-84 (28)
	<b>Hayır, n=6</b>	Min-Mak (Median)	5-22 (8)	1-13 (8.5)	2-22 (8)	0-18 (4)	0-11 (3.5)	0-18 (11)	4-21 (12)	34-124 (47)
		Test değeri (Z) p	-1.298 0.19 <sup>a</sup>	-0.763 0.45 <sup>a</sup>	-1.738 0.08 <sup>a</sup>	-1.527 0.13 <sup>a</sup>	-1.649 0.10 <sup>a</sup>	-2.946 <b>0.003<sup>a*</sup></b>	-3.022 <b>0.003<sup>a*</sup></b>	-2.831 <b>0.005<sup>a*</sup></b>
<b>İlaç temininde sorun yaşama</b>	<b>Evet, n=8</b>	Min-Mak (Median)	3-22 (8.5)	1-13 (7.5)	0-22 (7)	0-17 (4.5)	0-11 (3.5)	0-18 (6.5)	4-21 (6)	21-124 (42.5)
	<b>Hayır, n=98</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	0-16 (7)	0-15 (5)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-16 (1)	0-19 (4)	10-85 (28.5)
		Test değeri (Z) p	-1.503 0.13 <sup>a</sup>	-0.222 0.82 <sup>a</sup>	-1.136 0.26 <sup>a</sup>	-1.902 0.06 <sup>a</sup>	-2.064 <b>0.04<sup>a*</sup></b>	-2.747 <b>0.006<sup>a*</sup></b>	-2.181 <b>0.03<sup>a*</sup></b>	-2.076 <b>0.04<sup>a*</sup></b>
<b>Tüberküloz tedavi inancı</b>	<b>Tedavi edilebilir, n=95</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	0-16 (7)	0-15 (5)	0-18 (0)	0-7 (1)	0-18 (1)	0-19 (4)	10-85 (28)
	<b>Tedavi edilemez, n=11</b>	Min-Mak (Median)	3-22 (7)	1-13 (7)	1-22 (5)	0-17 (3)	0-11 (3)	0-18 (3)	1-21 (12)	20-124 (34)
		Test değeri (Z) p	-0.250 0.80 <sup>a</sup>	-0.135 0.89 <sup>a</sup>	-1.015 0.31 <sup>a</sup>	-1.343 0.18 <sup>a</sup>	-1.411 0.16 <sup>a</sup>	-1.733 0.08 <sup>a</sup>	-2.982 <b>0.003<sup>a*</sup></b>	-1.783 0.08 <sup>a</sup>

**Tablo 7 (devam) : Tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puan ortalamaları ile hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=106)**

			Sağlık Bakımına Oryantasyon	Mesleki Çevre	Aile Çevresi	Seksüel İlişki	Geniş Aile İlişkileri	Sosyal Çevre	Psikolojik Baskı	Toplam
<b>Tüberküloz tanısını paylaşma</b>	<b>Evet, n=67</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (6)	0-16 (7)	0-22 (4)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-18 (2)	0-21 (4)	10-124 (29)
	<b>Hayır, n=39</b>	Min-Mak (Median)	0-19 (7)	0-13 (8)	0-14 (6)	0-17 (0)	0-11 (2)	0-9 (2)	0-19 (5)	10-84 (29)
		Test değeri (Z) p	-0.293 0.77 <sup>a</sup>	-1.169 0.24 <sup>a</sup>	-0.721 0.47 <sup>a</sup>	-0.257 0.80 <sup>a</sup>	-0.831 0.41 <sup>a</sup>	-0.519 0.60 <sup>a</sup>	-0.721 0.47 <sup>a</sup>	-0.629 0.53 <sup>a</sup>
<b>Tüberküloz ile ilgili yakınma sayısı</b>	<b>0, n=39</b>	Min-Mak (Median)	0-19 (7)	0-13 (6)	0-13 (4)	0-7 (0)	0-7 (1)	0-13 (0)	0-18 (3)	10-64 (26)
	<b>1-4, n=51</b>	Min-Mak (Median)	0-20 (6)	1-16 (8)	0-15 (6)	0-18 (0)	0-11 (1)	0-16 (3)	0-19 (5)	10-85 (30)
	<b>5-10, n=16</b>	Min-Mak (Median)	0-22 (7.5)	0-13 (8)	0-22 (2.5)	0-17 (0)	0-11 (1.5)	0-18 (1.5)	0-21 (3.5)	11-124 (32.5)
		Test değeri ( $\chi^2$ ) p	0.084 0.96 <sup>b</sup>	4.035 0.13 <sup>b</sup>	4.807 0.09 <sup>b</sup>	0.266 0.88 <sup>b</sup>	1.781 0.41 <sup>b</sup>	3.670 0.16 <sup>b</sup>	1.566 0.46 <sup>b</sup>	3.535 0.17 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Mann-Whitney U testi, <sup>b</sup>Kruskall-wallis testi \*p<0.05



Tablo 7’de tüberküloz hastalarının psikososyal uyum puanı ortalamalarıyla hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri karşılaştırılmıştır.

Tüberküloz hastalarının tedavi süresi, tüberküloz tanısının paylaşım durumu, tüberküloz ile ilgili yakınma sayısı ile sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik baskı alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 7).

Tüberküloz hastalarının hastalık süreleri ile aile çevresi alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.005$ ;  $p<0.05$ ); hastalarda tüberküloz hastalık sürelerinin artmasıyla aile çevresi puanlarının arttığı bulunmuştur. Hastaların tüberküloz hastalık süreleri ile seksüel ilişki alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.02$ ;  $p<0.05$ ); hastalarda tüberküloz hastalık sürelerinin artmasıyla seksüel ilişki puanlarının arttığı bulunmuştur. Hastaların tüberküloz hastalık süreleri ile geniş aile ilişkileri alt grubu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.03$ ;  $p<0.05$ ) hastalık süresi 16 aydan fazla olan hastaların geniş aile ilişkileri puanlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Hastaların tüberküloz hastalık süreleri ile PAIS-SR’nin toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.04$ ;  $p<0.05$ ); tüberküloz hastalık sürelerinin artmasıyla toplam puanların arttığı bulunmuştur. Hastaların tüberküloz hastalık süreleri ile PAIS-SR’nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 7).

Tüberküloz hastalarının ilaçları düzenli kullanma durumu ile aile çevresi alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ ); ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalarda aile çevresi puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ilaçları düzenli kullanma durumu ile sosyal çevre alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ ); ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalarda sosyal çevre puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ilaçları düzenli kullanma durumu ile PAIS-SR’nin toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ ); ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalarda toplam puan daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ilaçları düzenli kullanma durumu ile PAIS-SR’nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 7).

Tüberküloz hastalarının kontrollerini düzenli yaptırma durumu ile sosyal çevre alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.003$ ;  $p<0.05$ ); kontrollerini düzenli yaptırmayan hastalarda sosyal çevre puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların kontrollerini düzenli yaptırma durumu ile psikolojik baskı alt grubu arasında anlamlı

ilişki görülmüştür ( $p=0.003$ ;  $p<0.05$ ); kontrollerini düzenli yaptırmayan hastalarda psikolojik baskı puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların kontrollerini düzenli yaptırma durumu ile PAIS-SR'nin toplam puanı arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.005$ ;  $p<0.05$ ); kontrollerini düzenli yaptırmayan hastalarda toplam puanlar daha yüksek bulunmuştur. Hastaların kontrollerini düzenli yaptırma durumu ile PAIS-SR'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 7).

Tüberküloz hastalarının ilaç temininde sorun yaşama durumu ile geniş aile ilişkileri alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.04$ ;  $p<0.05$ ); ilaç temininde sorun yaşayan hastaların geniş aile ilişkileri puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ilaç temininde sorun yaşama durumu ile sosyal çevre alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.006$ ;  $p<0.05$ ); ilaç temininde sorun yaşayan hastaların sosyal çevre puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ilaç temininde sorun yaşama durumu ile psikolojik baskı alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.03$ ;  $p<0.05$ ); ilaç temininde sorun yaşayan hastaların psikolojik baskı puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ilaç temininde sorun yaşama durumu ile PAIS-SR'nin toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0.04$ ;  $p<0.05$ ); ilaç temininde sorun yaşayan hastaların toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ilaç temininde sorun yaşama durumu ile PAIS-SR'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 7).

Tüberküloz hastalarının tedavi inançları ile psikolojik baskı alt grubu arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.003$ ;  $p<0,05$ ); tüberkülozun tedavi edilemez bir hastalık olduğuna inanan hastalarda psikolojik baskı puanları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların tedavi inançları ile PAIS-SR'nin diğer alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 7).

**Tablo 8: Tüberküloz hastalarının hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi n=106)**

		Toplam uyum düzeyi			Testdeğeri
		Kötü Uyum n (%)	Orta Uyum n (%)	İyi Uyum n (%)	( $\chi^2$ ) p
Tüberküloz hastalık süresi	1-5 ay	3 (5.9)	9 (7.6)	39 (76.5)	16.49
	6-10 ay	6 (20.7)	2 (6.9)	21 (72.4)	<b>0.006<sup>b*</sup></b>
	11-15 ay	2 (15.4)	4 (30.8)	7 (53.8)	
	≥16 ay	3 (37.5)	2 (25.0)	3 (37.5)	
Tüberküloz tedavi süresi	1 ay-2 ay	1 (6.7)	2 (13.3)	12 (80)	4.14
	3 ay-4 ay	4 (12.1)	6 (18.2)	23 (69.7)	0.67 <sup>b</sup>
	5 ay-6 ay	5 (23.8)	2 (9.5)	14 (66.7)	
	≥7 ay	6 (16.2)	9 (24.3)	22 (59.5)	
İlaçları düzenli kullanma	Evet	14 (13.7)	17 (16.7)	71 (69.6)	8.61
	Hayır	2 (50)	2 (50)	0 (0)	<b>0.01<sup>b*</sup></b>
Kontrolleri düzenli yaptırma	Evet	14 (14)	16 (16)	70 (70)	7.53
	Hayır	2 (33.3)	3 (50)	1 (16.7)	<b>0.02<sup>b*</sup></b>
İlaç temininde sorun yaşama	Evet	3 (37.5)	3 (37.5)	2 (25)	7.15
	Hayır	13 (13.3)	16 (16.3)	69 (70.4)	<b>0.02<sup>b*</sup></b>
Tüberküloz tedavi inancı	Tedavi edilebilir	13 (13.7)	17 (17.9)	65 (68.4)	1.78
	Tedavi edilemez	3 (27.3)	2 (18.2)	6 (54.5)	0.44 <sup>b</sup>
Tüberküloz tanısını paylaşma	Evet	11 (16.4)	10 (14.9)	46 (68.7)	1.20
	Hayır	5 (12.8)	9 (23.1)	25 (64.1)	0.55 <sup>a</sup>
Tüberküloz ile ilgili yakınma sayısı	0	2 (5.1)	8 (20.5)	29 (74.4)	5.37
	1-4	11 (21.6)	8 (15.7)	32 (62.7)	0.25 <sup>b</sup>
	5-10	3 (18.8)	3 (18.8)	10 (62.5)	

<sup>a</sup>Pearson Ki-Kare testi, <sup>b</sup>Fisher-Freeman-Halton testi, \*p<0.05

Tablo 8’de tüberküloz hastalarının psikososyal uyum düzeyleri, hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirilmiştir.

Tüberküloz hastalarının tedavi süresi, tüberküloz tedavi inancı, tüberküloz tanısının paylaşım durumu ve tüberküloz ile ilgili yakınma sayısı ile PAIS-SR’nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (Tablo 8).

Tüberküloz hastalarının hastalık süresine ile PAIS-SR'nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.006$ ;  $p<0.05$ ); tüberküloz hastalık süresinin artmasıyla iyi uyum oranının azaldığı bulunmuştur.

Tüberküloz hastalarının ilaçları düzenli kullanma durumlarına ile PAIS-SR'nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ ); ilaçlarını düzenli kullanan hastalarda iyi uyum oranları daha yüksek bulunmuştur.

Tüberküloz hastalarının kontrolleri düzenli yaptırma durumları ile PAIS-SR'nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.02$ ;  $p<0.05$ ); kontrollerini düzenli yaptıran hastalarda iyi uyum oranları daha yüksek bulunmuştur.

Tüberküloz hastalarının ilaç temininde sorun yaşama durumları ile PAIS-SR'nin toplam uyum düzeyi puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ( $p=0.02$ ;  $p<0.05$ ); ilaç temininde sorun yaşamayan hastalarda iyi uyum oranları daha yüksek bulunmuştur.

## 5.TARTIŞMA

1. Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların uyum düzeyleri ile benzer çalışmaların sonuçları karşılıklı tartışılacaktır.

Çalışmaya katılan tüberküloz hastaların ortalama puanı  $32.87 \pm 18.604$  olup %67'sinde iyi uyum, %17.9'unda orta uyum, %15,1'inde kötü uyum görülmektedir (Tablo 3). Göçer ve arkadaşları (2017) tüberküloz hastalarının psikososyal uyumlarını inceledikleri çalışmalarında hastaların %73.9'unun uyumunun 'kötü' düzeyde olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma sonuçlarında ayaktan tüberküloz tedavisi gören hastaların psikososyal uyumları değerlendirildiğinde çoğunun psikososyal uyumunun iyi düzeyde olduğu; bu hastaların çoğunun yaşlarının 28-37 yaş aralığında, eğitim düzeyinin üniversite mezunu, serbest meslekle uğraştıkları, çocuk sahibi olmadıkları, sosyoekonomik durumlarının iyi, TB hastalık sürelerinin 1-5 ay olduğu, ilaçlarını düzenli kullandıkları, kontrollerini düzenli olarak yaptırdıkları ve ilaç temininde sorun yaşamadıkları görülmektedir (Tablo 6 ve Tablo 8).

Çalışmadaki hastaların PAIS-SR'nin alt boyutlarından en çok mesleki çevre, aile çevresi ve sağlık bakımına oryantasyon, alanlarında etkilenme görülmüştür. Benzer çalışmalara bakıldığında Göçer ve arkadaşlarının (2017) tüberküloz hastaları ile yaptıkları çalışmalarında da aynı alanlarda etkilenmenin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Karataş (2014) çalışmasında en çok sosyal çevre, psikolojik baskı, sağlık bakımına oryantasyon alanlarında etkilenme olduğunu belirtirken, diyabet hastası bireylerle çalışan Türten Kaymaz ve Akdemir (2016) de çalışmalarında aynı alt boyutlarda etkilenmenin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda Nazlı (2019) çalışmasında aile çevresi ve mesleki çevre alt boyutlarının, Bil (2019) ise sağlık bakımına oryantasyon ve psikolojik baskı alt boyutlarında etkilenmenin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bütün bu çalışmalar incelendiğinde kronik hastalıklarda en çok mesleki çevre ve sağlık bakımına oryantasyon alanlarında psikososyal sorunlar yaşandığı söylenebilir.

Çalışmadaki hastaların alt boyutlarından aldıkları puanlar Göçer ve arkadaşlarının (2017) tüberküloz hastaları ile yaptıkları çalışmanın bulguları ile karşılaştırılmıştır. Bu hastaların sağlık bakımına oryantasyon puan ortalaması  $9.6 \pm 6.2$ , mesleki çevre puan

ortalaması  $9.5 \pm 4.6$ , aile çevresi puan ortalaması  $11.5 \pm 5.1$ , seksüel ilişki puan ortalaması  $7.6 \pm 5.6$ , geniş aile ilişkileri puan ortalaması  $6.9 \pm 3.7$ , sosyal çevre puan ortalaması  $10.8 \pm 4.5$  ve psikolojik baskı puan ortalaması  $8.1 \pm 4.1$  olarak belirtmişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre örneklemimizi oluşturan ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların PAIS-SR'nin tüm alt boyut puanlarının daha düşük olduğu, yani psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu söylenebilir. Alt boyut puanları daha yüksek, yani psikososyal uyumları daha kötü olan hastaların uyum sürecinde yaşadıkları fiziksel ve ruhsal sorunların belirlenip bakımın bütüncül olarak planlanabilmesi için konsültasyon liyezon psikiyatrisi tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.

2. Çalışmanın bu bölümünde hastaların tanımlayıcı özellikleri ile alt boyutlar arasındaki ilişki karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmadaki hastaların cinsiyetleri ile alt boyutlar arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 5). Göçer ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada, kadın hastaların aile çevresi ve sosyal çevre alt boyutları puanlarını daha yüksek bulmuşlardır. Akın ve Durna (2006) erkek hastalarda seksüel ilişki alt boyut puanının kadınlara göre daha fazla olduğunu, Erşan ve ark. (2013) kadın hastaların aile çevresi alt boyut puanının erkeklere göre daha fazla olduğunu, Çelik ve ark. (2015) kadın hastaların sağlık bakımına oryantasyon ve psikolojik baskı alt boyut puanlarının erkeklere göre daha fazla olduğunu, Çelik (2018) kadın hastaların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanlarının erkeklere göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmadaki hastaların yaşları ile aile çevresi ve geniş aile ilişkileri alt boyutları hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır [ $p = 0.02$ ;  $p < 0.05$ ), ( $p = 0.007$ ;  $p < 0.05$ )]. Hastalarda yaşın ilerlemesiyle bu alanlardaki puanların arttığı görülmektedir (Tablo 5). Yaş ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; daha çok 48-57 yaş arasındaki hastalarda kötü uyum görülmüştür (Tablo 6). Göçer ve arkadaşları (2017) tüberküloz hastalarının psikososyal uyumlarını inceledikleri çalışmalarında 50 yaş altındaki hastalarda kötü psikososyal uyum olduğunu belirtmişlerdir. Çelik (2018) KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmasında mesleki çevre, sağlık bakımına oryantasyon ve seksüel ilişki alt boyutlarında 65 yaş üzeri hastaların 65 yaş altı hastalardan daha kötü uyum gösterdiğini belirtmiştir. Bu bağlamda yaşın ilerlemesiyle psikososyal uyumun azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmadaki hastaların eğitim düzeyleri ile aile çevresi, seksüel ilişki ve geniş aile ilişkileri alt boyutları hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [( $p=0.001$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.04$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.001$ ;  $p<0.05$ )]. Hastaların eğitim seviyeleri arttıkça bu alanlardaki puanların azaldığı, yani psikososyal uyumlarının arttığı görülmektedir. Seksüel ilişki alt boyutu incelendiğinde en kötü uyum ilköğretim seviyesindeki hastalarda görülmüştür (Tablo 5). Eğitim düzeyi ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; daha çok ilköğretim seviyesindeki hastalarda kötü uyum görülmüştür (Tablo 6). Göçer ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada PAIS-SR alt boyutlarında anlamlı farklılık olmamasına rağmen, eğitim seviyesi düşük hastalarda kötü uyumun daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir. Çelik ve ark. (2015)'nin çalışmalarında da eğitim seviyesi düşük hastalarda cinsel ilişkiler alt boyut puanı daha düşükken, psikolojik baskı alt boyut puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Akın ve Durna (2006) çalışmalarında eğitim seviyesi düşük hastalarda aile çevresi ve toplam psikososyal uyum puanları eğitim seviyesi yüksek hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu bağlamda eğitim seviyesinin psikososyal uyumu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmadaki hastaların meslekleri ile seksüel ilişki alt grubu hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p=0.008$ ;  $p<0.05$ ). Emekli olan hastaların bu alandaki puanlarının daha yüksek olduğu yani psikososyal uyumlarının diğer meslek boyutlarına göre daha kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Meslek ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; daha çok emekli hastalarda kötü uyum görülmüştür (Tablo 6). Göçer ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada PAIS-SR alt boyutlarında anlamlı farklılık olmamasına rağmen, ev hanımı olan hastalarda kötü uyumun daha fazla görüldüğünü belirtirlerken, Erşan ve ark. (2013) ev hanımı olan hastalarda aile çevresi alt boyutunda, Nazlı (2019) mesleki çevre alt boyutunda kötü uyumun daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Türten Kaymaz ve Akdemir (2016) yaptıkları çalışmada ev hanımlarında psikososyal uyumun daha kötü, serbest meslek sahiplerinde ise daha iyi düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamıza göre emekli olan hastaların seksüel ilişkiler alt boyutunda uyumlarının kötü olmasının sebebinin mesleki durumlarından ve hastalıklarından bağımsız olduğu, yaşlarının yüksek olmaları sebebiyle bu alanda sorun yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastaların sosyal güvenceleri ile aile çevresi alt grubu hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0.004$ ;  $p<0.05$ ). Sosyal güvencesi

olmayan hastalarda aile çevresi puanının daha yüksek olduğu yani psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmüştür (Tablo 5). Hastalığın getirdiği maddi kayıplar için yeterli destek göremeyen hastaların evle ilgili sorumluluklarını yerine getiremedikleri, bunun aile içi ilişkilerde sorunlar yarattığı düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastaların medeni durumları ile seksüel ilişki alt grubu hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p<0.001$ ;  $p<0.05$ ). Evli hastalarda seksüel ilişki puanının daha yüksek olduğu yani psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmektedir (Tablo 5). Göçer ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada aynı alt boyutta benzer sonuca ulaşmışlardır. Akın ve Durna (2006) çalışmalarında bekar hastaların aile çevresi alanında, evli hastaların ise seksüel ilişki alanında daha çok etkilenme olduğunu belirtmişlerdir. Çelik ve ark. (2015) evli hastaların bekarlara göre psikolojik baskı alt boyut puanının daha fazla olduğunu, Çelik (2018) bekar hastaların aile çevresi alt boyut puanının evli hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Özkurt ve ark. (2000) tüberküloz hastalarıyla yaptıkları çalışmada ise evli hastaların eşlerine hastalık bulaşma endişeyle cinsel ilişkiden kaçındıklarını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamıza göre, hastalığın getirdiği fiziksel yükler, ilaç yan etkileri ve tüberkülozun bulaşıcı bir hastalık olması sebebiyle yaşanan korkunun hastaların cinsel hayatlarında sorun yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastaların çocuk sahibi olma durumları ile aile çevresi, seksüel ilişki, geniş aile ilişkileri alt boyutları hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [ $(p<0.001$ ;  $p<0.05$ ),  $(p<0.001$ ;  $p<0.05$ ),  $(p=0.01$ ;  $p<0.05)$ ]. Çocuk sahibi olan hastalarda her üç alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu yani uyumlarının daha kötü olduğu görülmüştür (Tablo 5). Çocuk sahibi olma durumu ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; çocuk sahibi olan hastalarda daha çok kötü uyum bulunmuştur (Tablo 6). Çelik (2018) çalışmasında çocuk sahibi olmayan ya da 1-2 çocuğu olan hastalarda geniş aile ilişkileri ve sosyal çevre alanlarında 3 çocuk üzeri olan hastalara göre daha kötü olduğunu, hastaların çocuklarından destek aldıkları için aile ilişkilerine ve sosyal çevrelerine uyumlarının daha iyi olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamıza göre ise çocuk sahibi olan hastaların sorumluluklarının artması nedeniyle psikososyal uyumlarının daha olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastaların birlikte yaşadığı kişiler ile seksüel ilişki alt grubu hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p=0.006$ ;  $p<0.05$ ). Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan hastalarda seksüel ilişki puanının daha yüksek olduğu yani



psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmüştür (Tablo 5). Çelik (2018) çalışmasında yalnız yaşayan hastalarda aile çevresi, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve genel psikososyal uyum puanlarının eşi veya çocuklarıyla yaşayan hastalara göre daha fazla olduğunu belirtmiştir. Çalışmamıza bakıldığında sadece seksüel ilişkiler alt boyutunda uyumun kötü olması, bu alandaki sorunların çocuklardan bağımsız olduğunu göstermektedir. Asıl problemin hastaların birlikte yaşadıkları kişilerden ziyade hastalıkları sebebiyle eşleriyle cinsel hayatlarında yaşadıkları sorunlar olduğu düşünülmektedir. Bu çıkarım çalışmamızdaki benzer bulgularla paralellik göstermektedir.

Çalışmadaki hastaların sosyoekonomik durumları ile mesleki çevre, aile çevresi, sosyal çevre alt boyutları hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [(p=0.02; p<0.05), (p<0.001; p<0.05), (p= 0.04; p<0.05)]. Sosyoekonomik durumu kötü olan hastaların her üç alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu yani psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmüştür (Tablo 5). Sosyoekonomik durum ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; sosyoekonomik durumu kötü olan hastalarda daha çok kötü uyum görülmüştür (Tablo 6). Göçer ve arkadaşları (2017) çalışmayan hastaların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Akın ve Durna (2006) çalışmalarında gelir durumu iyi olan hastaların aile çevresi alanında uyumun daha iyi olduğunu, Çelik (2018) çalışmasında gelir durumu kötü olan hastalarda psikososyal uyumun daha az olduğunu, Nazlı (2019) çalışmasında ekonomik sıkıntı yaşayan hastaların mesleki çevre ve aile çevresi alanlarında uyumun daha kötü olduğunu, Erşan ve ark. (2013) aile çevresi alanında gelir durumu iyi olanların kötü olanlara göre psikososyal uyumlarının daha kötü, geniş aile ilişkileri alanında ise gelir durumu kötü olanların iyi olanlara göre psikososyal uyumlarının daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızın sonucu literatür bilgisi ile benzerlik göstermekte olup ekonomik sorunların hastaların psikososyal uyumunu birçok alanda etkileyen olumsuz bir faktör olduğu belirlenmiştir.

Çalışmadaki hastaların sigara kullanma durumları ile alt boyutlar arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (p>0.05) (Tablo 5). Çelik (2018) çalışmasında sigara kullanan hastalarda sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanının kullanmayan hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmamıza göre sigara kullanımının tüberkülozda psikososyal uyumu etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Çalışmadaki hastaların alkol/madde kullanma durumları ile geniş aile ilişkileri alt grubu hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p=0.045$ ;  $p<0.05$ ). Alkol/madde kullanmayan hastaların geniş aile ilişkileri puanının daha yüksek olduğu yani psikososyal uyumlarının alkol/madde kullananlara göre daha kötü olduğu görülmektedir (Tablo 5). Benzer çalışmalarda alkol/madde kullanma durumlar ile ilgili anlamlı verilere rastlanmamıştır.

Çalışmadaki hastaların aile içinde ve aile dışında başka bir tüberküloz hastası tanıma durumları ile alt boyutlar arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5). Çalışmamıza göre hastaların başka herhangi bir tüberküloz hastası tanıma durumlarının psikososyal uyumu etkilemediği sonucuna varılmıştır. Benzer çalışmalarda konuyla ilgili anlamlı verilere rastlanmamıştır.

Çalışmadaki hastaların tüberküloz konusunda eğitim alma durumları ile alt boyutlar arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5). Kocaman ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada hastalığı ile ilgili bilgi almayan olguların genel psikososyal uyumunun daha kötü olduğunu saptamıştır. Çalışmamıza göre hastaların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumlarının psikososyal uyumu etkilemediği sonucuna varılmıştır. Örneklem dağılımına bakıldığında çalışma grubumuzu oluşturan hastalarda eğitim seviyesi düşük kişi sayısının daha fazla olması sebebiyle böyle bir sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir.

3. Çalışmanın bu bölümünde hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleri ile alt boyutlar arasındaki ilişki karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmadaki hastaların tüberküloz hastalık süreleri ile aile çevresi, seksüel ilişkiler ve geniş aile ilişkileri alt boyutları hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [ $(p=0.005$ ;  $p<0.05$ ),  $(p=0.02$ ;  $p<0.05$ ),  $(p=0.03$ ;  $p<0.05$ )]. Hastalık süresinin artmasıyla aile çevresi, seksüel ilişkiler ve geniş aile ilişkileri puanlarının arttığı yani psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmüştür (Tablo 7). Tüberküloz hastalık süreleri ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; 21 aydan uzun süre hasta olanlarda daha çok kötü uyum görülmüştür (Tablo 8). Çelik (2018)'in KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmasında hastalık süresinin artmasıyla sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, psikolojik baskı alanlarında; Nazlı (2019) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında hastalık süresinin artmasıyla psikolojik baskı alanında uyumun bozulduğunu belirtmiştir. Çalışmamızın bulguları

literatürle paralellik göstermektedir. Buna göre hastaların hastalık tanısı aldıkları dönem üzerinden geçen süre arttıkça aile, eş ve akrabalarına karşı olan sorumluluklarını yerine getiremedikleri için psikososyal uyumlarının anlamlı düzeyde azaldığı sonucuna varılabilir. Özellikle 21 aydan uzun süren tüberküloz tedavisinde ilaç sayılarının çok daha fazla olmasının genel uyumu olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastaların tüberküloz tedavi süreleri ile alt boyutlar arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 7). Çalışmamıza göre hastaların tedavi sürelerinin psikososyal uyumu etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Çalışmadaki hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumları ile aile çevresi ve sosyal çevre alt boyutları hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [ $(p=0.01; p<0.05)$ ,  $(p= 0.01; p<0.05)$ ]. İlaçlarını düzenli kullanmayan hastaların bu alanlardaki puanlarının daha yüksek olduğu yani psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmüştür (Tablo 7). İlaçları düzenli kullanma durumları ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; ilaçlarını düzenli olarak kullanmayan hastalarda daha çok kötü uyum görülmüştür (Tablo 8). Çelik (2018) çalışmasında düzenli ilaç kullanmayan hastalarda sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve toplam psikososyal uyum puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çağaltay Kayaoğlu (2018) çalışmasında tüberküloz hastalarının sağlık bakımına oryantasyon ve sosyal çevre alanlarında sorunlar yaşadıkları için düzenli ilaç kullanamadıklarını belirtmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Sürekli ilaç kullanımının sosyal çevre tarafından olumsuz tepkilere sebep olduğu ve sosyal hayatı kısıtladığı, ayrıca ilaç yan etkilerinin ev ve aileye karşı olan sorumlulukları yerine getirmeyi engellediği için hastaların bu alanlarda sorun yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastaların kontrollerini düzenli yaptırma durumları ile sosyal çevre, psikolojik baskı alt boyutları hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [ $(p=0.003; p<0.05)$ ,  $(p=0.003; p<0.05)$ ]. Kontrollerini düzenli yaptırmayan hastaların bu alanlardaki puanlarının daha yüksek olduğu yani psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmüştür (Tablo 7). Kontrollerini düzenli yaptırma durumları ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; kontrollerini düzenli yaptırmayan hastalarda daha çok kötü uyum görülmüştür (Tablo 8). Çelik (2018) çalışmasında düzenli olarak kontrollere giden hastaların, düzensiz ve bazen kontrollere giden hastalara oranla; mesleki çevreye, algılanan psikolojik baskı alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ve bu alanlarda uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza göre hastaların,

hastalıkları sebebiyle sosyal ilişkilerden kaçındıkları ve kendilerini psikolojik baskı altında hissettikleri için tedaviden kaçınıp kontrollerini düzenli yaptırmadıkları düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastaların ilaç temininde sorun yaşama durumları ile geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik baskı alt boyutları hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [( $p=0.04$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.006$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.03$ ;  $p<0.05$ )]. İlaç temininde sorun yaşayan hastalarda her üç alt boyutun puanlarının daha yüksek olduğu yani psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmektedir (Tablo 7). İlaç temininde sorun yaşama durumları ile psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; ilaç temininde sorun yaşayan hastalarda daha çok kötü uyum görülmüştür (Tablo 8). Thiruvalluvan ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları nitel bir çalışmada hastalar sağlık kurumlarına ulaşım zorluğunun tedavi sürecini olumsuz etkilediğini dile getirmişlerdir. Çil ve Olgun (2004) ise çalışmalarında, sağlık kuruluşlarına ulaşamayan hastaların ilaçlarını alamadıkları için tedaviyi tamamlayamadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızın bulguları incelendiğinde hastaların çoğunun tüberkülozun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu düşündüğü ve kontrollerini düzenli yaptırdıkları görülmüştür. İlaç temininde yaşanan aksaklıkların hastalarda tedavi olamama endişesi yarattığı, bunun da geniş aile ilişkilerini ve sosyal uğraşlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastaların tedaviye olan inançları ile psikolojik baskı alt grubu hariç diğer alanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0.003$ ;  $p<0.05$ ). Tüberkülozun tedavi edilemeyecek bir hastalık olduğunu düşünenlerin psikolojik baskı puanlarının daha yüksek olduğu yani psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu görülmektedir (Tablo 7). Hastalardaki eski sağlıklarına kavuşamama düşüncesinin korku, gerginlik ve umutsuzluk yarattığı tahmin edilmektedir.

Çalışmadaki hastaların tüberküloz tanısını paylaşım durumları ile alt boyutlar arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 7). Şimşek ve ark. (2016) araştırmalarında tüberküloz hastalarının içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları için hastalıklarını paylaşmadıklarını belirtmişlerdir. Yiğit Açikel ve Çınar Pakyüz (2015) damgalama yaşayan hastaların ilaç uyumlarının olmadığını, tanılarını gizlediklerini ve sosyal ilişkilerden kaçındıklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda sonuçların farklı çıkmasının sebebinin örneklem grubumuzu oluşturan hastaların büyük bir bölümünde psikososyal uyumun yüksek olması, hastalıklarını içselleştirdikleri için tanılarını paylaşmada herhangi bir sorun görmedikleri düşünülmektedir.

Çalışmadaki hastaların tüberküloz ile ilgili yakınma sayıları ile alt boyutlar arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 7). Tüberkülozda yaşanan fiziksel semptomların kısa sürede düzelmeye başladığı göz önüne alındığında hastalardaki psikososyal uyumu etkilemediği düşünölmektedir.



## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırmaya katılan 106 hastanın %58.5' inin erkek olduğu, %29.2'sinin 18-27 yaş aralığında, %49.1'inin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu görülmektedir. Hastaların %49.1'i serbest meslekle uğraşmakta olup, %73.6'sı herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı, %52.8'inin evli olduğu, %58.5 'inin çocuk sahibi olduğu, %41.5'inin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları, %54.7'sinin sosyoekonomik durumlarını orta düzeyde algıladıkları, %72.6'sında sigara kullanımı görülmezken, %86.8'inde alkol ve madde kullanımının görülmediği, %81.1'inin ailede, %83'ünün ise aile dışında herhangi bir tüberküloz hastası tanıdıklarının olmadığı ve %86.8'inin tüberküloz eğitimi almadığı,

2. Araştırmaya katılan hastaların %48.1'inin tanımlarını 1-5 ay önce konduğu, %34.9'unun 7 aydan uzun süre tedavi gördükleri, %96.2'sinin ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %94.3'ünün kontrollerini düzenli olarak yaptırdığı, %92.5'inin ilaç temininde sorun yaşamadığı, %89.6'sı tüberkülozun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu düşünmekle beraber, %63.2'si hastalıklarını çevrelerindeki kişilerle paylaşmaktan kaçınmadıkları, %48.1'i çalışmanın tanımlayıcı bulgular formunda yer alan 'hastalıkla ilgili yakınmalarınız' kısmında yer alan öksürük, balgam, kanlı tükürme, gece terlemesi, ağrı, halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık, kilo kaybı ve ateş özelliklerinden 1-4'üne sahip olduğu, %37.7'sinde ise ilaç kullanımıyla ilgili en büyük zorluğun ilaçların yan etkileri olduğu,

3. Araştırmaya katılan hastaların PAIS-SR ortalama puanı  $32.87 \pm 18.604$ ; %67'sinde iyi uyum, %17.9'unda orta uyum, % 15.1'inde kötü uyum gösterdiği,

4. PAIS-SR sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanının ortalama  $7.22 \pm 4.23$ ; mesleki çevre alt boyut puanının ortalama  $6.80 \pm 3.40$ ; aile çevresi alt boyut puanının ortalama  $5.52 \pm 4.25$ ; seksüel ilişkiler alt boyut puanının ortalama  $2.64 \pm 4.03$ ; geniş aile ilişkileri alt boyut puanının ortalama  $1.93 \pm 2.44$ ; sosyal çevre alt boyut puanının ortalama  $3.45 \pm 4.33$ ; psikolojik baskı alt boyut puanının ortalama  $5.30 \pm 4.91$ ; toplam puanın ise ortalama  $32.87 \pm 18.60$  bulunduğu,

5. Hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler incelendiğinde, hastaların sağlık bakımına oryantasyon düzeyi; hastaya ait tanımlayıcı özellikler ile hastalığa ve tedaviye ait tanımlayıcı özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı,

6. Hastaların mesleki çevre uyum düzeyi; hastaya ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan sosyoekonomik durumlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0.02$ ;  $p<0.05$ ). Buna karşın hastalığa ve tedaviye ait tanımlayıcı özellikler arasında anlamlı ilişki bulunmadığı,

7. Hastaların aile çevresi uyum düzeyi; hastaya ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence, çocuk sahibi olma durumu ve sosyoekonomik durumlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [( $p=0.02$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.001$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.004$ ;  $p<0.05$ ), ( $p<0.001$ ;  $p<0.05$ ), ( $p<0.001$ ;  $p<0.05$ )] ; hastalığa ve tedaviye ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan tüberküloz hastalık süresi ve ilaçları düzenli kullanma durumuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunduğu [( $p=0.005$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ )],

8. Hastaların seksüel ilişki uyum düzeyi; hastaya ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve birlikte yaşadıkları kişilere göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [( $p=0.004$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.008$ ;  $p<0.05$ ), ( $p<0.001$ ;  $p<0.05$ ), ( $p<0.001$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.006$ ;  $p<0.05$ )]; hastalığa ve tedaviye ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan tüberküloz hastalık süresine göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunduğu ( $p=0,02$ ;  $p<0.05$ ),

9. Hastaların geniş aile ilişkileri uyum düzeyi; hastaya ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan yaş, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma durumu ve alkol/madde kullanım durumlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [( $p=0.007$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.001$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.01$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.045$ ;  $p<0.05$ )]; hastalığa ve tedaviye ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan tüberküloz hastalık süresi ve ilaç temininde sorun yaşama durumuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunduğu, [( $p=0.03$ ;  $p<0.05$ ), ( $p=0.04$ ;  $p<0.05$ )],

10. Hastaların sosyal çevre uyum düzeyi; hastaya ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan sosyoekonomik durumlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0.04$ ;  $p<0.05$ ); hastalığa ve tedaviye ait tanımlayıcı özellikler içinde yer

alan ilaçları düzenli kullanma, kontrolleri düzenli yaptırma ve ilaç temininde sorun yaşama durumuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunduğu [( p=0.01; p<0.05), (p=0.003; p<0.05), (p=0.006; p<0.05)],

11. Hastaların psikolojik baskı uyum düzeyi; hastaya ait tanımlayıcı özellikler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Buna karşın hastalığa ve tedaviye ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan kontrolleri düzenli yaptırma, ilaç temininde sorun yaşama ve tüberküloz tedavi inancı durumuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunduğu [(p=0.003; p<0.05), (p=0.03; p<0.05), (p=0.003; p<0.05)],

12. Hastaların toplam psikososyal uyum düzeyi; hastaya ait tanımlayıcı özellikler içinde yer alan yaş, eğitim düzeyi, meslek, çocuk sahibi olma durumu ve sosyoekonomik durumlarına göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [(p=0.046; p<0.05), (p=0.007; p<0.05), (p=0.03; p<0.05), (p=0.007; p<0.05), (p=0.003; p<0.05)]; hastalığa ilişkin özellikler içinde yer alan tüberküloz hastalık süresi, ilaçları düzenli kullanma, kontrolleri düzenli yaptırma, ilaç temininde sorun yaşama durumuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunduğu [(p=0.006; p<0.05), (p=0.01; p<0.05), (p=0.02; p<0.05), (p=0.02; p<0.05)],

13. Hastalığa psikososyal uyum alt boyutları içinde; sağlık bakımına oryantasyon puan ortalaması en yüksek iken, geniş aile ilişkileri puan ortalaması en düşüktür. En fazla olumsuz etkilenen alanın sağlık bakımına oryantasyon olduğu saptanmıştır. Hastaların en iyi uyum gösterdiği alanın geniş aile ilişkileri alanı olduğu,

14. Toplam psikososyal uyum düzeyi açısından değerlendirme yapıldığında, puan ortalaması 35'in altında olduğu için hastaların psikososyal uyumunun iyi olduğu sonucuna varılmıştır.



Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Bu çalışmayla ayakta tüberküloz tedavisi alan; 48-57 yaş arası, eğitim düzeyi düşük, emekli, çocuk sahibi olan, sosyoekonomik durumu kötü, 16 aydan uzun hastalık süresi olan, ilaçlarını düzenli kullanmayan, kontrollerini düzenli yaptırmayan ve ilaç temininde sorun yaşayan hastaların riskli gruplar olarak belirlenmesi,
2. Ayaktan tüberküloz tedavisi alan eğitim seviyesi düşük hastaların aile çevresi, seksüel ilişki, geniş aile ilişkileri puanlarının eğitim seviyesi yüksek olan hastalardan daha fazla olması sebebiyle tüberküloz konulu eğitim programlarının yapılması,
3. Ayaktan tüberküloz tedavisi alan sosyal güvencesi olmayan, sosyoekonomik durumu kötü olan hastaların aile çevresi puanının sosyal güvencesi olan hastalara göre daha fazla olması sebebiyle sosyal hizmetler ile hastalar açısından görüşülmesine,
4. Ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların tanı alma süreleri 16 ay ve üzeri olan hastaların aile çevresi, seksüel ilişkiler ve geniş aile ilişkileri puanlarının tanı alma süresi 16 aydan düşük olanlara göre yüksek olması sebebiyle, tanı alma süreleri 16 ay ve üzeri olan hastaların tedaviye psikososyal uyumlarının sağlanması için konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği uygulamalarının planlanması,
5. Ayaktan tüberküloz tedavisi alan ilaçları düzenli kullanmayan ve kontrolleri düzenli yaptırmayan hastaların PAIS-SR puanlarının ilaçları düzenli kullanan ve kontrollerini düzenli olarak yaptıran hastalardan fazla olması sebebiyle tedaviye psikososyal uyumlarının sağlanması için ev ziyaretlerinin planlanması,
6. Ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların psikososyal bakım sürecinde uyumlarını artıracak müdahalelerin geliştirilebilmesi için multidisipliner ekip (psikiyatrist, psikolog, KLP hemşiresi vb.) ile işbirliği içinde farklı çalışmaların planlanması,
7. KLP hemşiresi ayakta tüberküloz tedavisi alan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal uyumunu arttırmak amacıyla tedaviye uyum sürecinde gözlenen sorunlara yönelik bakımın bütüncül olarak planlanmasının yapılmasını sağlamalıdır.

## KAYNAKLAR

- Adaylar M. (1995). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-bakım Yönelimleri. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Ailinger RL, Black P, Nguyen N, Lasus H. (2007). Predictors of Adherence to Latent Tuberculosis Infection Therapy in Latino Immigrants. *J Community Health Nurs.* 24(3):191-198.
- Akdemir N, Birol L. (2005). Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N, Birol L. (Ed.). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.* (s.:848-852). Sistem Ofset. 2. Baskı. Ankara.
- Akın S, Durna Z. (2006). Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyum. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 10 (2):1- 8.
- Aktaş A, Sertel Berk HÖ. (2012). Verilen Sosyal Destek Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi.*32(2), 71-84.
- Aktoğu Özkan S. (2010). Tüberküloz Tedavisinin Esasları. Bilgiç H, Karadağ M, Kılıçaslan Z, Özkara Ş. (Ed.), *Tüberküloz.* içinde (s.: 415-424). Türk Toraks Derneği. Aves Yayıncılık. İstanbul.
- Amin Z. (2006). Clinical Tuberculosis Problems and Management. *Acta Medica Indonesiana.* 38(2):109-116.
- Arpaz S, Keskin S, Sezgin N. (2001). Nazilli Verem Savaş Dispanseri DOTS Deneyimi Sonuçları. *Toraks Dergisi.* 2(1):40-151.
- Arpaz, S. (2010). Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT). Bilgiç H, Karadağ M, Kılıçaslan Z, Özkara Ş. (Ed.), *Tüberküloz.* içinde (s.: 455-463). Türk Toraks Derneği. Aves Yayıncılık. İstanbul.
- Barış Y.İ. (2010). Dünyada Tüberkülozun Tarihi. *Konuralp Tıp Dergisi.* 3(2):1-4.
- Barry P. (1966). *Psychosocial Nursing: Care of Physically Ill Patients and Their Families.* Philadelphia: Lippincott.
- Bil N. (2019). Multipl Skleroz Hastalarında Posttravmatik Büyümenin Psikososyal Uyum ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi. İstanbul.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. (2017). Nursing Interventions Classification (NIC). Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A. (Ed.). *Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC).* içinde (s.:190-191). Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 6.Baskı. İstanbul.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention, Division of Tuberculosis Elimination. Reported Tuberculosis in the United States, 1998. Published August 1999.
- Chaulk CP, Kazandjian VA (1998). Directly Observed Therapy For Treatment Completion Of Pulmonary Tuberculosis. *JAMA.* 279:943-948.
- Cömert Aksu M, Togay A, Yılmaz TD. (2017). Tüberküloz Olgularında Doğrudan Gözetimli Tedavi Uygulamalarına Retrospektif Bakış. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg.* 10(1): 45-53.
- Çağaltay Kayaoğlu S. (2018). Tüberküloz Hastalarında Düzenli İlaç Kullanma ile İlgili Engeller. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi.* 1(1):1-10.
- Çağaltay Kayaoğlu S, Esin MN. (2013). Tüberküloz Hastalığında Doğrudan Gözetimli Tedavi Uygulamaları: Sistemik İnceleme. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi.* 27(1):23-30.

- Çam O, Babacan Gümüş A, Yıldırım S. (2014). Fiziksel Hastalığa Verilen Psikososyal Yansımalar. Çam O, Engin E. (Ed.). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. içinde (s.:599-635). İstanbul Tıp Kitabevi. 1. Baskı. İstanbul.
- Çam O, Saka Ş, Babacan Gümüş A. (2009). Meme Kanseri Hastalarının Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 12(5): 73- 84.
- Çelik S. (2018). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOA) Psikososyal Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi. İstanbul.
- Çelik S, Kelleci M, Avcı D, Temel E. (2015). Tıp 1 Diyabetli Genç Yetişkinlerin Hastalığa Psikososyal Uyumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *F.N. Hem. Derg.* 23(2):105-115.
- Çevirme A. (2017). Dünyada ve Türkiye’de Tüberkülozun Önlenmesi ve Kontrolü ile İlgili Yasalar. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*. 3(1):1-6.
- Çil A, Olgun N. (2004). Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Tedaviyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Hemşirelik Forumu*. 7(3):42-46.
- Dhingra K, Khan S. (2010). A Sociological Study On Stigma Among Tb Patients in Delhi, Indian. *Journal of Tuberculosis*. 57(1): 12-8.
- Dick J, Schoeman JH, Mohammed A, Lombard C. (1996). Tuberculosis in the Community: 1. Evaluation of a volunteer health worker programme to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. *Tuber Lung Dis*. 77(3): 274-279.
- Durna Z. (2009). Tüberküloz. *İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi*. (s.:52-63). Cinius Yayınları. 2.Baskı. İstanbul.
- Dünya Sağlık Örgütü (2018). *Global Tuberculosis Report*. Geneva
- Erdem M, Taşçı N. (2003). Tüberküloz Hastalarında Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 51(2): 171-176.
- Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*. 16:214-224.
- Göçer Ş, Günay O, Ulutabanca RÖ, İncedal Sonkaya Z. (2017). Factors Affecting Psychosocial Adjustments to Illness of Active Tuberculosis Patients. *Medicine Science*. 6(4):700-705
- Herpertz S, Kramer-Paust R, Paust R, Schleppehoff BS. (2002). Association Between Psychosocial Stress and Psychosocial Support in Diabetic Patients. *International Congress Series*.1241:51–58.
- Herrero MB, Ramos S, Arrossi S. (2015). Determinants of Non Adherence to Tuberculosis Treatment in Argentina: Barriers Related to Access to Treatment Determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 18(2):287-298.
- Hsieh C, Lin L, Kuo B, Chiang C, Su W, Shih L. (2008). Exploring the Efficacy of a Case Management Model Using DOTS in the Adherence of Patients With Pulmonary Tuberculosis. *Journal of Clinical Nursing*.17(7):869-75.
- Hussain A, Hussain K, Bukhari NI, Hashmi FK. (2006). Study of Non-compliance and Its Reasons in Outdoor Patients With Mental Illness of a Public Hospital. *Pakistan Journal of Pharmacy*. 16(19):21–3.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC).(2009). *Community-Based Psychosocial Support Participant’s Book*. Danimarka.
- Kalender N, Sütçü Çiçek H. (2016). Eski Değil Eskimeyen Hastalık: Tüberküloz. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 3(2):58–67.

- Kamolratanakul P, Sawert H, Lertmaharit S, Kasetiaroen Y, Akksilp S, Tulaporn C, Punnachest K, Nasonghkhla S, Payanandana V. (1999). Randomised Controlled Trial of Directly Observed Treatment (DOT) for Patients with Pulmonary Tuberculosis Thailand. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 93(5):552-557.
- Kara B. (2009). Tüberküloz Kontrolünde Başlıca Sorunlardan Biri: Tedaviye Uyum. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 8(1) :75-82.
- Karataş T. (2014). Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek Ve Psikososyal Uyum. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Kılıçaslan Z. (2010). Tüberküloz Epidemiyolojisi ve Dünyada Tüberküloz. Bilgiç H, Karadağ M, Kılıçaslan Z, Özkara Ş. (Ed.), *Tüberküloz*. içinde (s.: 25-35). Türk Toraks Derneği. Aves Yayıncılık. İstanbul.
- Kıter G, Uçan ES. (2001). Tüberkülozdan Korunma. *Toraks Dergisi*. 2:85-90.
- Kocaman N. (2006). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Genel Hastanede Psikososyal Bakım. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2(47):97-107.
- Kocaman N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 71(2): 52-58.
- Kocaman Yıldırım N. (2016). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinde Terapötik Uygulamalar. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2(3):80-86.
- Köksal D. (2010). Anti-Tüberküloz İlaçlar. Bilgiç H, Karadağ M, Kılıçaslan Z, Özkara Ş. (Ed.), *Tüberküloz*. içinde (s.: 425-454). Türk Toraks Derneği. Aves Yayıncılık. İstanbul.
- Kutlu R. (2011). BCG Aşısı. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2(6):50-56.
- Küçük Şapçıoğlu E. (2012). Tüberküloz ile İlgili Stigma Ölçeği (TİS)'nin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. İzmir.
- Livneh H. (2001). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 44(3):151-160.
- Lwilla F, Schellenberg D, Masanja H. (2003). Evaluation of Efficacy of Community-based vs. Institutional-Based Direct Observed Shortcourse Treatment for the Control of Tuberculosis in Kilombero District, Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*. 8(3): 204-210.
- Menzies D, Dion MJ, Francis D, Parisien I, Rocher I, Mannix S, Schwartzman K.(2005). In Closely Monitored Patients, Adherence in the First Month Predicts Completion of Therapy for Latent Tuberculosis Infection. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 9(12):1343-1348.
- Mete EH. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 11(Ek3):3-18.
- Moodie AS. (1967). Mass Ambulatory Chemotherapy In The Treatment Of Tuberculosis In A Predominantly Urban Community. *The American Review Of Respiratory Disease*. 95:384-7.
- Moulding TS, Caymittes M. (2002). Managing Medication Compliance Tuberculosis Patients in Haiti With Medications Monitors. *Int J Tuber Lung Dis*. 6: 313-319.
- Nazlı Y. (2019). Meme Kanseri Tedavisi Alan Hastaların Psikososyal Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi. İstanbul.
- Nkambule BS, Lee-Hsieh J, Liu C, Cheng S. (2019).The Relationship Between Patients Perception of Nurse Caring Behaviors and Tuberculosis Stigma Among Patients with Drug-Resistant Tuberculosis in Swaziland. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 10:14-18.

- Olgun N, Eti Aslan F, Akıncı Çil A. (2014). Toraks ve Alt Solunum Sistemi Hastalıkları. Karadakovan A, Eti Aslan F. (Ed.).*Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. içinde (s.:341-386). Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara.
- Öyke N. (2008). Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumu. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Düzce.
- Özdemir Ü, Taşcı S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*.1(1):57-72.
- Özgüven HD, Tuncer ET. (1997). Uyum Bozukluğu. *Kriz Dergisi*. 5 (2):87-94.
- Özkara Ş, Arpaz S, Özkan S, Aktaş Z, Örsel O, Ecevit H. (2003). Tüberküloz Tedavisinde Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT). *Solunum Hastalıkları*. 14(2):150-7.
- Özkurt S, Kalkan Oğuzhanoglu N, Özdel O, Altın R, Balkankı H, Konya T, Akdağ B. (2000). Tüberkülozlu Olguların Tedaviye Ve Sosyal Yaşama Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 48(3):213-218.
- Öztürk FÖ. (2018). Damgalanma Kavramı ve Tüberküloz. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 13:136-148.
- Padmanabhan N, Poornima S. (2016). A Study to Assess the Stigma Related to Tuberculosis Among Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) Providers and Patients on DOTS Therapy Attending DOTS Centres of Mandya City, Karnataka, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 3(10):2817-2824
- Pfyffer GE. (2015). Mycobacterium: General Characteristics, Laboratory Detection, and Staining Procedures. *Clinical Microbiology Reviews*.11:536-69.
- Polat H, Ergüney S. (2012). Tüberküloz Hastalarının Yalnızlık ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(1): 40-47.
- Roy, C. (2011). Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. *Nursing Science Quarterly*. 24(4):312-320.
- Sbarbaro JA. (1988). All patients should receive directly observed therapy in tuberculosis. *Am Rev Respir Dis*.138:1075-6.
- Sbarbaro JA, Johnson S. (1968). Tuberculous Chemotherapy for Recalcitrant Outpatients Administered Directly Twice Weekly. *Am Rev Respir Dis*. 97:895-903.
- Seber E. (2010). Tüberkülozun Dünü. *Ankem Dergisi*. 24(Ek2):52-60.
- Şimşek H, Özmen D, Çetinkaya AÇ. (2016). Tüberküloz Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalamanın Değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 7: 156-171
- Tahaoğlu K, Kongar N, Elbek O, Tümer Ö, Kılıçaslan Z. (2012). *Türk Tabipleri Birliği Tüberküloz Raporu*. içinde (s.:7-12). Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 1. Baskı. Ankara.
- Taşkın F, Olgun N. (2010). Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*. (11):19-25.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye’de Verem Savaşı Raporu*. Kara F. (Ed.). Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi*. Kara F. (Ed.). içinde (s.:33-52). Başak Matbaacılık. 2. Baskı. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı. (2003). *Türkiye’de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı*. içinde (s.:23-64). Ankara.

- Thiruvalluvan E, Thomas B, Suresh C, Sellappan S, Muniyandi M, Watson B. (2017). The Psychosocial Challenges Facing Multi Drug Resistance Tuberculosis Patients: A Qualitative Study. *SAARC Journal of Tuberculosis, Lung Diseases & HIV/AIDS*. 14(1):14-21.
- Tunmore R. (1990). The Consultation Liaison Nurse. *Nursing*. 4(3): 31-34.
- Türten Kaymaz T, Akdemir N. (2016). Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 7(2):61-67.
- Ulubayram G, Batıgün AD. (2016). Tüberküloz Hastalarında Stres ve Stresle İlişkili Faktörler. *Nesne*. 4(7):109-129.
- Ünalın D, Baştürk M, Ceyhan O. (2008). Tüberkülozun Yaşam Olayları ile İlişkisi ve Hastalığın Algılanması. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 15(4):249-255.
- Walley JD, Khan MA, Newell JN, Khan MH. (2001). Effectiveness of the Direct Observation Component of DOTS for Tuberculosis: A Randomised Controlled Trial in Pakistan. *The Lancet*. 357(9257):664-669.
- Wandwola E, Kapalata N, Egwaga S. (2004). Effectiveness of Community-Based Directly Observed Treatment for Tuberculosis in an Urban Setting in Tanzania: a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 8(10): 1248-1254.
- Wankhede P, Meshram P. (2017). Assess the Factors Contributing to Non-compliance with the Treatment Regimen Among Pulmonary Tuberculosis Patients. *Paripex - Indian Journal of Research*. 6(9):29-31.
- Yılmaz A. (2015). Tüberkülozlu Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Yalnızlık ve Damgalamanın Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Manisa.
- Yiğit Açıkel G, Çınar Pakyüz S. (2015). Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Damgalamanın Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 23(2):136-45.
- Yin X, Yan S, Tong Y, Peng X, Yang T, Lu Z, Gong Y. (2018). Status of Tuberculosis-Related Stigma and Associated Factors: A Cross-Sectional Study in Central China. *Tropical Medicine and International Health*. 23(2):199-205.
- Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, Lombard CJ, Tatley M. (1998). Randomised Controlled Trial of Self-supervised and Directly Observed Treatment of Tuberculosis. *The Lancet*. 352(9137):1340-1343.

## **EKLER**

### **EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)**

**ÇALIŞMANIN ADI:** Ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi.

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

Tüberküloz birçok kronik hastalıkta olduğu gibi, yalnızca fiziksel değil aynı zamanda sosyal ve ruhsal/psikolojik sorunları da beraberinde getirir. Tedavi süresinin uzun olması, ilaç kullanımındaki zorluklar, hastaların sosyoekonomik düzeyleri, sağlık inançları ve damgalama tedaviye uyumu etkilemektedir. Bu çerçevede tüberküloz hastalığı olan bireylerin psikososyal sorunlar açısından değerlendirilmeleri gerekmektedir. Bu araştırma, ayaktan tedavi gören tüberküloz hastalarının psikososyal uyumunu değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken iki adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde size, hastalığınıza ve tedaviye ilişkin tanımlayıcı özellikleriniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Diğer form ise standardize ölçektir. Bu ölçek sizin hastalığa psikososyal uyumunuzu ölçmektedir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

## Soru ve problemler için başvurulacak kişi

Hemşire Gonca YAYLI

### Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise ) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		



## EK 2. TANIMLAYICI BULGULAR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu çalışma ayaktan tedavi gören tüberküloz hastalarının psikososyal uyumunu değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Verdiğiniz bilgiler tamamıyla gizli tutulacaktır. Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Gonca YAYLI

A) Hastaya Ait Tanımlayıcı Özellikler

**1- Cinsiyetiniz:**

Kadın  Erkek

**2- Yaşınız: ...**

**3- Eğitim Durumunuz:**

Okuryazar değil  İlkokul  Orta  Lise  Üniversite ve üstü

**4- Mesleğiniz/ Yaptığınız iş: ....**

**5- Sosyal güvenceniz:**

Var  Yok

**6- Medeni Durumunuz:**

Evli  Bekar  Dul

**7- Çocuk sayınız:.....**

**8- Kiminle Yaşıyorsunuz?**

Yalnız  Anne-Baba  Eşi-Çocukları  Diğer, belirtiniz.....

**9- Şu anki ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

**10- Sigara kullanır mısınız?**

Evet  Hayır

**11- Alkol/Madde kullanır mısınız?**

Hayır  Alkol  Madde  Alkol ve madde

**12- Ailenizde başka tüberküloz hastası var mı?**

Evet  Hayır var ise kim olduğu.....

**13- Ailenizin dışında tanıdığımız başka tüberküloz hastası olan var mı?**

Evet  Hayır var ise kim olduğu.....

**14- Hiç tüberküloz konusunda eğitim aldınız mı?**

Evet  Hayır

B) Hastalığa ve Tedaviye Ait Tanımlayıcı Özellikler

**15- Tüberküloz tanısı ilk ne zaman kondu?**

....

**16- Tüberküloz tedavisini ne kadar süredir alıyorsunuz?**

1 ay-2 ay  2 ay-4 ay  4 ay-6 ay  6 aydan fazla

**17- İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**18- Kontrollerinizi düzenli yaptırıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**19- İlaç temininde sorun yaşıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**20- Tüberkülozun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu düşünüyor musunuz?**

Evet  Hayır

**21- Tüberküloz olduğunuzu herkese söyleyebilir misiniz?**

a) Evet ( ) b) Hayır ( )

**22- Hastalık ile ilgili yakınmalarınız nelerdir?**

Öksürük  Balgam  Kanlı tükürme  Gece terlemesi  
 Ağrı  Halsizlik  Çabuk yorulma  İştahsızlık  
 Kilo kaybı  Ateş ( )  Diğer....

**23- İlaç kullanımıyla ilgili yaşadığımız zorluklar nelerdir?**

İlaç sayısı  İlaç formu (şekli, büyüklüğü vs.)  
 İlaç kullanım sıklığı  İlaç dozu  
 İlaç yan etkileri  Diğer....

### **EK 3. HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ**

#### **BÖLÜM-I: Sağlık Bakımına Oryantasyon**

##### **1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar:**

- Sağlığımı çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim,
- Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim,
- Genellikle sağlığımı ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor,
- Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

##### **2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyin.**

- Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum,
- Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum yada yorgun veya meşgul oluyorum,
- Hastalığının bakım ve korunması için yaptığım uygun bir çok şey var,
- Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

##### **3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?**

- Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar,
- Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var,
- Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil,
- Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

**4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüŐleriniz nedir? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?**

- Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her Şeyi yaptıklarını düŐünmüyorum,
- Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar,
- Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi,
- Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mkemmел.

**5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı Şeyler bekler ve farklı tutum ve davranıŐlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.**

- Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım,
- Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum,
- Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuŐacađıma eminim,
- Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu iÇin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

**6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.**

Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar,

Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor,

Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum,

Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detaylarıyla açıkladılar.

**7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.**

Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi,

Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor,

Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar,

Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

**8. Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.**

- Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum,
- Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil,
- Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var,
- Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

## **BÖLÜM II: Mesleki Çevre**

**1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?**

- Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
- Bazı ciddi sorunlar var.
- Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

**2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?**

- Kötü durumda,
- Pek iyi değil,
- Yeterli,
- Çok iyi.

**3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?**

- 3 gün ve daha az,
- Bir hafta,
- İki hafta,
- İki haftadan daha çok.

**4. Şu an iŐiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?**

- Şu an hiç önemli değil,  
 Oldukça az bir öneme sahip,  
 Eskiye göre biraz önemini yitirdi,  
 Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

**5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/iŐleriniz vb. ile ilgili amalarınızda bir değişiklik oldu mu?**

- Amalarım deĐiŐmez  
 Amalarım önemli ölçüde deĐiŐti  
 Amalarımda çok az bir deĐiŐme oldu  
 Amalarımı tamamen deĐiŐtirdim

**6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komŐularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlendi mi?**

- Sorunlarda büyük artış var  
 Sorunlarda orta dereceli bir artış var  
 Sorunlarda az ölçüde bir artış var  
 Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

**BÖLÜM III: Aile evresi**

**I. Hastalanmanızdan bu yana eŐiniz (evli değilseniz birlikte olduğunuz kiŐiyle) olan iliŐkelerinizi nasıl tanımlarsınız?**

- İyi  
 Fena değil  
 Kötü  
 Çok kötü

**2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb)?**

- Çok kötü
- Kötü
- Fena değil
- İyi

**3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?**

- Bir engelleme olmadı
- Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
- Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil
- Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

**4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?**

- Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı
- Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
- Ailem genelde yardımcı oldu yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- Bu konuda bir sorun yok

**5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?**

- İletişimde bir azalma yok
- Çok az ölçüde bir azalma oldu
- İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
- İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum



**6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?**

- Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum
- Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
- Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum
- Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

**7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?**

- Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok
- Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

**8. Sizin gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?**

- Önemli ölçüde maddi sıkıntım var
- Orta derecede maddi sıkıntılarım var
- Çok az maddi problemim var
- Para ile ilgili bir problemim yok

## **BÖLÜM IV: Seksüel İlişki**

**1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?**

- İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı
- Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
- Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı
- Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu

**2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?**

- Hastalığımдан bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum
- Cinsel istekte belirgin bir azalma var
- Cinsel istekte hafif bir azalma var
- Cinsel istekte hiçbir azalma yok

**3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?**

- Cinsel aktivitede bir azalma yok
- Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var
- Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var
- Cinsel aktivite tamamen durdu

**4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?**

- Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
- Cinsel tatminde bir değişiklik yok

**5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?**

- Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var
- Önemli cinsel problemlerim var
- Cinsellikten tamamen koctum

**6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duyu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?**

- Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- Bu konuda yoğun farklılıklar var
- Bazı farklılıklar var
- Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

## **BÖLÜM V:Geniş Aile İlişkileri**

**1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre) ?**

- Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- Görüşmeler biraz azaldı
- Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- Hastalık süresince hiç görüşmedik

**2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeydedir?**

- Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
- Öncekine oranla olan ilgi ve isteğim çok azaldı
- İlgim bir parça azaldı
- İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

**3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikri yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?**

- Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
- Yeterince yardımcı oluyorlar
- Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım edemiyorlar

**4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?**

- Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu
- Bağlılığım önemli ölçüde azaldı
- Bağlılığım biraz azaldı
- Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilemedi

**5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranınız nasıl?**

- İyi
- Fena değil
- Kötü
- Çok kötü

## **BÖLÜM VI: Sosyal Çevre**

**1. Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?**

- İlgim tıpkı eskisi gibi
- Eskisine göre biraz daha az
- Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

**2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?**

- Katılımım çok az ya da hiç yok
- Katılımım önemli ölçüde azaldı
- Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

**3. Hastalığınızda öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb) ilgi duyuyor musunuz?**

- İlgim tıpkı eskisi gibi
- Eskisine göre biraz daha az
- Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

**4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?**

- Katılımım çok az ya da su anda hiçbir katılımım yok
- Katılımım önemli ölçüde azaldı
- Katılımım biraz azaldı
- Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

**5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?**

- İlgim tıpkı eskisi gibi
- Eskisine göre biraz daha azaldı
- Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

**6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?**

- Katılımım çok az ya da yok
- Katılımım önemli ölçüde azaldı
- Katılımım biraz azaldı
- Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

## **BÖLÜM VII: Psikolojik Baskı**

**1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?**

- Olmadı
- Çok az
- Oldukça fazla
- Aşırı derecede

**2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?**

- Aşırı derecede
- Oldukça fazla
- Çok az
- Olmadı

**3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?**

- Olmadı
- Çok az oldu
- Oldukça fazla
- Aşırı derecede

**4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?**

- Aşırı derecede
- Oldukça fazla
- Çok az
- Olmadı

**5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?**

- Olmadı
- Çok az oldu
- Oldukça fazla
- Aşırı derecede

**6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?**

- Aşırı derecede
- Oldukça fazla
- Çok az
- Olmadı

**7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?**

- Olmadı
- Çok az oldu
- Oldukça fazla
- Aşırı derecede

## EK 4. ETİK KURUL İZİNİ



Altunizade Mahallesi Haluk Türksöy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL  
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI


SAYI: 61351342-/2019-15

24/01/2019

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Elçin BABAOĞLU  
(Gonca YAYLI)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 24/01/2019 tarihinde yapılan 01 No.lu toplantısında "Ayaktan Tüberküloz Tedavisi Alan Hastaların Psikososyal Uyumlarının Değerlendirilmesi" adlı araştırma projenizin kurum izni getirme koşulu ile şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

00.FP.078 Belirten No: 01E.03.2017



## EK 5. KURUM İZİNİ



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİREMI  
11/03/2019 12:47 - 16867222 - 604.01.01 - E.1637  
00089035314

Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Gonca YAYLI'nın Tez Çalışması

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Altunizade mah. Haluk Türksoy sk. No: 14 34662 Üsküdar/İstanbul)

İlgi : 20/02/2019 tarihli ve 71211201-633 sayılı yazınız.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Gonca YAYLI'nın "Ayaktan Tüberküloz Tedavisi Alan Hastaların Psikososyal Uyumlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Mukaddes MİRAL  
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü  
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi  
Eğitim Birimi  
Birim Sorumlusu

e-İmzalıdır.  
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN  
Müdür a.  
Başkan

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI  
ASLI İLE AYNI DİR  
11.03.2019

## EK 6. ÖLÇEK İZİNİ

**Gonca Yaylı** <goncayayli94@gmail.com>

9 May 2019 21:59 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: maygun ▾

Sayın Mahmure AYGÜN

Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim."Ayaktan Tüberküloz Tedavisi Alan Hastaların Psikososyal Uyumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı bir tez hazırlamaktayım. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği"ni çalışmamda kullanmak için izninizi rica ediyorum. Desteğiniz için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla,

Gonca YAYLI

**Mahmure AYGÜN** <maygun@biruni.edu.tr>

10 May 2019 12:42 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Gonca Yaylı,

1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeğini çalışmanızda kullanmanızı onaylıyor ve başarılar diliyorum. Ölçek ile ilgili bilgiler ekli dosyadadır.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün

Gonca Yaylı <goncayayli94@gmail.com>, 9 May 2019 Per, 21:59 tarihinde şunu yazdı:

...

## **EK 7. ÖZGEÇMİŞ**

**Adı Soyadı** : Gonca YAYLI  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : Bursa/17.06.1994  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**E-Posta** : goncayayli@gmail.com

### **Eğitim Durumu :**

**Lise** : 2007- 2010 Bursa Çınar Lisesi

**Lisans** : 2011-2015 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü

### **İş Tecrübesi:**

- Hemşiresi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2018-...) Tüberküloz Servis Hemşiresi
- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2015-2018) Düzey 2 Solunumsal Yoğun Bakım Hemşiresi