



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜBERKÜLOZLU HASTALARDA ANKSİYETE,  
DEPRESYON, YALNIZLIK VE DAMGALAMANIN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

AYLA YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ

MANİSA

2015



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜBERKÜLOZLU HASTALARDA ANKSİYETE,  
DEPRESYON, YALNIZLIK VE DAMGALAMANIN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

AYLA YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Yrd. Doç.Dr. Özden DEDELİ ÇAYDAM  
Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ  
Doç.Dr. Serir AKTUĞU ÖZKAN

(Tez Danışmanı)  
(Jüri Üyesi)  
(Jüri Üyesi)

**(Tez kitabına konulacak olan )**  
**YÜKSEK LİSANS TEZ SINAVI TUTANAĞI**

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **Ayla YILMAZ**'ın Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı "**Tüberkülozlu Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Yalnızlık ve Damgalamanın Değerlendirilmesi**" başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" kararı verilmiştir. 02.12.2015

Jüri Üyesi:  
Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ (Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ  
Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Serir AKTUĞU ÖZKAN  
İzmir Dr. Suat Serten Göğüs Hastalıkları ve Göğüs  
Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İmza


.....

.....

.....

Not: Bu sınav Tutanağı 2 adet olarak Anabilim Dalı üst yazısı ile sınavı izleyen 3 gün içerisinde Enstitü'ye iletilir. Ayrıca; Altta belirtilen Enstitü tarafından onaylanan tutanak, 2 adet olarak hazırlanacak Tez kitaplarına konulur.

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun <sup>24/12/2015</sup> ..... tarih ve <sup>30/6</sup> ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
**Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ**  
Enstitü Müdürü

T.C  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	10091766
Yazar Adı / Soyadı	AYLA YILMAZ
Uyruğu / T.C.Kimlik No	TÜRKİYE / 28139543342
Telefon	5069472608
E-Posta	ayla_2001@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	TÜBERKÜLOZLU HASTALARDA ANKSİYETE, DEPRESYON, YALNIZLIK VE DAMGALAMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ
Tezin Tercümesi	ASSESSMENT OF ANXIETY, DEPRESSION, LONELINESS AND STIGMATISATION IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Bölüm	Hemşirelik Bölümü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2015
Sayfa	87
Tez Danışmanları	YRD. DOÇ. DR. ÖZDEN DEDELİ ÇAYDAM 13489661716
Dizin Terimleri	Mikobakterium tüberkülozis= ; Sosyal yalnızlık=Social loneliness
Önerilen Dizin Terimleri	
Kısıtlama	Yok

Yukarıda bilgileri kayıtlı olan tezinin, bilimsel araştırma hizmetine sunulması amacı ile Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında arşivlenmesine ve internet üzerinden tam metin erişime açılmasına izin veriyorum.

05.12.2015

İmza:.....

## **BEYAN**

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

**Ayla YILMAZ**

## **TEŞEKKÜR**

*Fikir ve önerileri ile tezimi başından sonuna kadar yönlendiren  
danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ'ye,*

*Bilgi ve deneyimleri ile tezime yaptığı katkılardan dolayı  
sayın hocam Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e*

*Tez verilerimin istatistiksel analizlerinde yol gösteren  
değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA'ya*

*Araştırmayı yapabilmem için bana gerekli ortamı sağlayan, ilgi ve desteğini  
esirgemeyen sayın Doç. Dr. Serir AKTUĞU ÖZKAN'a*

*Araştırma verilerimin toplanmasında destek olan  
tüberküloz servisi çalışanlarına ve poliklinik hekimlerine,*

*Çalışmama katılan tüm hastalar ve ailelerine*

*Yüksek lisansa girişimden itibaren her aşamada yanımda olan ve beni maddi,  
manevi her konuda destekleyen eşim Dr. Celalettin YILMAZ'a*

*Ayrıca bugüne kadar hep yanımda olan, sabır ve emekleriyle bugünlere gelmemi  
sağlayan ve destekleyen aileme en içten duygularıyla*

**TEŞEKKÜR EDERİM...**

Ayla YILMAZ

Manisa/2015

# İÇİNDEKİLER

<b>I. BEYAN</b>	<b>i</b>
<b>II. TEŞEKKÜR</b>	<b>ii</b>
<b>III. İÇİNDEKİLER</b>	<b>iii</b>
<b>IV. KISALTMALAR</b>	<b>vi</b>
<b>V. TABLOLAR LİSTESİ</b>	<b>vii</b>
<b>1.ÖZET</b>	<b>1</b>
<b>2. SUMMARY</b>	<b>2</b>
<b>3.GİRİŞ</b>	<b>3</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	<b>6</b>
4.1. Tüberkülozun Tanımı ve Tarihçesi	6
4.2. Tüberkülozun Epidemiyolojisi	7
4.3. Dünyada Tüberküloz Prevalansı	7
4.4. Türkiye’de Tüberküloz Prevalansı	8
4.5. Tüberkülozun Bulaşma Yolları	9
4.6. Tüberküloz Patogenezi	10
4.7. Olgu tanımları	11
4.7.1.Yerleşim Yerine Göre Sınıflanması	11
4.7.2.Önceki Tedavi Öyküsüne Göre Sınıflandırılması	11
4.7.3.Yayma Sonucuna Göre Sınıflandırılması	12
4.8. Tüberkülozda Tanı	12
4.8.1. Öykü	12
4.8.2. Fizik muayene	13
4.8.3. Radyoloji	13
4.8.4. Tüberkülün Deri Testi	13
4.8.5. Bakteriyoloji	14

4.9. Akciğer Tüberkülozunun Kliniği	14
4.9.1. Primer tüberküloz	14
4.9.2. Postprimer tüberküloz	14
4.10. Tüberkülozda Tedavi	15
4.10.1. İlaça Direçli Tüberküloz	16
4.10.2. Doğrudan Gözetimli Tedavi	16
4.11. Tüberkülozdan Korunma	17
4.12. Stigma	18
4.12.1. Tüberküloz ve Stigma	20
4.13. Yalnızlık	22
4.13.1. Yalnızlığın Sınıflandırılması	22
4.13.2. Tüberküloz ve Yalnızlık	23
4.14. Depresyon	24
4.14.1. Tüberküloz ve Depresyon	25
4.15. Anksiyete	25
4.15.1. Tüberküloz ve Anksiyete	26
4.16. Tüberkülozlu Hastanın Hemşirelik Bakımı	27
4.17. Araştırmanın Önemi	37
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>39</b>
5.1. Araştırmanın Amacı	39
5.2. Araştırmanın Soruları	39
5.3. Araştırmanın Tipi	39
5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
5.7. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri	40
5.8. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	40
5.8.1. Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği	40
5.8.2. UCLA Yalnızlık Ölçeği (University California of Los Angeles-Loneliness Scale)	41
5.8.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	41
5.9. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	42
5.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	42



5.11. Araştırmanın Etik Yönu	42
<b>6. BULGULAR</b>	<b>43</b>
6.1. Tüberkülozlu Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	43
6.2. Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar	47
6.3. Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar	49
<b>7. TARTIşMA</b>	<b>53</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>57</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>58</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>71</b>
Ek 1. Sosyodemografik bilgiler	71
Ek 2. Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği	73
Ek 3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	76
Ek 4. UCLA Yalnızlık Ölçeği	80
Ek 5. Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği'nin Yazar İzni	82
Ek 6. Etik Kurul İzni	83
Ek 7. İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kurumu İzni	84
<b>11. ÖZGEÇMİş</b>	<b>86</b>

## KISALTMALAR

<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>ARB</b>	Aside Rezistan Basil
<b>BCG</b>	Bacille Calmette-Guerin
<b>ÇiD-TB</b>	Çoklu İlaça Dirençli Tüberküloz
<b>DGT</b>	Doğrudan Gözetimli Tedavi
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EMB</b>	Ethambutol
<b>HAD</b>	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
<b>HAD-A</b>	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete
<b>HAD-D</b>	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
<b>INH</b>	İzoniazidin
<b>PRZ</b>	Pirazinamid
<b>SM</b>	Streptomisin
<b>Tbc</b>	Tüberküloz
<b>TDT</b>	Tüberkülin Deri Testi
<b>THSÖ</b>	Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği
<b>UCLA</b>	University California of Los Angeles- Loneliness Scale Yalnızlık Ölçeği

## TABLÖLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Tüberkülozlu Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri	44
<b>Tablo 2.</b> Sağlık/hastalık Durumları İle İlgili Özellikler	46
<b>Tablo 3.</b> Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları	47
<b>Tablo 4.</b> Tüberkülozlu Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	48
<b>Tablo 5.</b> Tüberkülozlu Hastaların Hastane Anksiyete depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	48
<b>Tablo 6.</b> Tüberkülozlu Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler	49
<b>Tablo 7.</b> Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arası İlişkiler	50
<b>Tablo 8.</b> Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler	51

**Başlık: Tüberkülozlu Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Yalnızlık ve Damgalamanın Değerlendirilmesi**

**Öğrencinin adı:** Ayla YILMAZ

**Danışman:** Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı

## **1.ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, akciğer tüberkülozlu hastalarda anksiyete, depresyon, yalnızlık ve damgalamanın değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma İzmir merkezdeki bir devlet hastanesinin tüberküloz polikliniği ve servislerinde ayaktan ya da yatarak tedavi ve bakım hizmeti alan 208 hasta ile yürütüldü. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından sosyodemografik bilgileri içeren soru formu ve Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) ve UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama  $\pm$  standart sapma (Ort $\pm$ SS), yüzde dağılımları ve korelasyon analizleri kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 45,5  $\pm$ 14,8 (31-60) yıl olup büyük çoğunluğu evli (%62) ve erkekti (%63). Hastaların %26'sının anksiyete, %60,5'nin depresyon yönünden riskli olduğu, yaklaşık %80,2'inde orta ve yüksek düzeyde yalnızlık hissettikleri belirlenmiştir. Hastaların % 47,6'sının damgalanma ölçeğinin bütününde ortalamanın üstünde puan aldığı bulundu.

**Sonuç:** Araştırma sonucunda, hastaların anksiyete yönünden düşük risk, depresyon yönünden yüksek riskli oldukları, orta ve yüksek düzeyde yalnızlık algıladıkları ve orta düzeyde damgalanma deneyimledikleri bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, damgalama, anksiyete, depresyon, yalnızlık

**Title: Assessment of Anxiety, Depression, Loneliness and Stigmatization in Patients with Tuberculosis**

**Student name:** Ayla YILMAZ

**Supervisor:** Ozden DEDELI, Assistant Professor

**Department:** Nursing Department

## **2. SUMMARY**

**Purpose:** The purpose of this study was to assess anxiety, depression, loneliness and stigmatization in patients with pulmoner tuberculosis.

**Materials and Methods:** This descriptive and cross sectional study was conducted with 208 patients with tuberculosis (TB) at the inpatient and outpatient tuberculosis clinic of comunity hospital in Izmir. The data were collected by a demographic questionnaire and Tuberculosis Patients Stigma Scale (TPSS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and UCLA Loneliness Scale. Mean±Standart Deviation, correlation were used in statistical analysis.

**Results:** The average age of subjects of the study was  $45.5 \pm 14.8$  (31-60) years, and the majority were married (62%) and male (63%). It was found that 26% of the patients were at risk of anxiety, 60.5% of them were at risk of depression, approximately 80.2% of them were identified as they feel moderate or high levels of loneliness. At the TNWP, it was found that 47.6% of patients' points they got at whole scale were over the average.

**Conclusion:** As a result, it was found that the patients with TB were on low risk of anxiety and high risk of depression, and felt moderate and high levels of loneliness and experienced moderate level of stigmatization.

**Keywords:** Tuberculosis, stigmatisation, anxiety, depression, loneliness

### 3.GİRİŞ

Tüberküloz, insanlık tarihinin bilinen en eski hastalıklarından biri olup bu hastalığa genellikle beyaz veba, tüketim hastalığı, ölümün kaptanı gibi isimler verilmiştir. Tüberküloz, tedavisi yıllardır bilinen bir hastalık olmasına karşın tüm dünyada hala en yaygın bulaşıcı hastalıklardan birisi olarak önemli bir toplum sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. Hastalık tüm dünyayı etkilemekle birlikte olguların %85'i Afrika (%30) ve Asya'da (%55) ortaya çıkmaktadır. Hindistan ve Çin'deki tüberküloz (TB) hastaları tüm hastaların %35'ini oluşturmaktadır (Türk Tabipler Birliği Tüberküloz Raporu 2012). Dünyadaki tüm ölümlerin %7'sinden ve gelişmekte olan ülkelerdeki önlenebilir yetişkin ölümlerinin %26'sından tüberkülozun sorumlu olduğu belirtilmektedir (Aydın-Bektaş ve Akdemir 2005). Ülkemizde 2006 yılında uygulanmaya başlanan Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi'ne hazırlık olarak 2005 yılında dispanserlere kayıtlı her bir hastanın verisi bireysel olarak toplanmaya ve analiz edilerek raporlanmaya başlanmıştır. Türkiye'nin tüberküloz insidans hızı, yıllara göre azalmakta olup 2002 yılında yüz binde 40 iken 2008 yılında yüz binde 30 dur. Türkiye'de 2009 yılı için toplam 17 402 hasta kayıtlara girmiştir (Türkiye'de Verem Savaşı 2010 Raporu).

Tüberkülozun morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalık olması, sosyokültürel özelliklerin yetersizliği ile yeniden salgın yapma potansiyelinin bulunması, hasta birey ve ailesi için sosyoekonomik yönden kayıplara yol açması ve vaka sayısının hızla artması sorunun çözümünü güçleştirmektedir. Bunun yanı sıra hastalığın ekonomik ve sosyal kayıplara da neden olması sorunun boyutlarını arttırmaktadır (Aydın-Bektaş ve Akdemir 2005). Bu bağlamda tüberküloz toplumsal ve sosyal bir hastalıktır. Bu iki kavram, tüberküloz hastalığını kolay ifade edilemeyen, tanılandığında bireyin sosyal olarak geri çekilmesine ya da dışlanmasına neden olabilmektedir. Tüberküloz hastalarının büyük bir kısmının toplum tarafından dışlanma korkusu nedeniyle tedavilerini yarıda kestikleri belirtilmektedir (Aslan 2007). Ayrıca tüberküloz, tedavisinin uzun sürmesi, hastaların psikolojik olarak etkilenmesi, bulaşıcı olduğu için toplum tarafından korkulması ve bu hastalara yönelik ayrımcılık, damgalama, sosyal izolasyon uygulanmasına nedeniyle de önem kazanmaktadır (Sert 2010). Tüberküloz hastalarının, aile üyeleri, arkadaşları ve

tanıdıkları tarafından dışlandıkları ve damgalanmaya maruz kaldıkları, yalnızlık, terk edilmişlik hissi, depresyon ve anksiyete, kısıtlılıklarına bağlı olarak da gelecek hakkında belirsizlik ve kaygı yaşadıkları yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (Özkurt ve ark. 2000; Tocque ve ark. 2001). Tüberkülozda ortaya çıkabilecek damgalama ve yalnızlık duygusunun belirlenmesi için hastaların sözel ve davranışsal ipuçlarının iyi değerlendirilmesi gereklidir. Bu nedenle hemşirelerin etkin dinleme, gözlem, empati ve analiz yapabilme becerilerini kullanmaları ve bakım verdikleri hastalara bütüncül yaklaşımda bulunmaları gerekmektedir. Bireyin duygularını ifade etmesine olanak sağlanmalıdır. Bu nedenle, tüberkülozlu hastalarda hemşirelik bakımı ve hemşirelik eğitimi, tüberkülozlu bireylerin damgalama, anksiyete, depresyon ve yalnızlıkla baş edebilmeleri açısından önemlidir.

Damgalama, leke, onur kırıcı durum ve etiketleme anlamlarına gelen “stigma” özellikle AIDS, lepra, epilepsi, şizofreni ve tüberküloz gibi bazı hasta gruplarına karşı toplumun tepki vermesiyle kendini göstermektedir. Damgalama tüberkülozlu bireylerin; toplumdaki dışlanmasına, benlik saygılarının azalmasına, iş bulma imkanlarının engellenmesine, evliliklerinin bozulmasına, toplumsal statü ve destek kaynaklarının kaybına ve yalnızlığa neden olabilmektedir. Yapılan bir araştırmada tüberküloz hastalarının %21,6’sının hastalığını herhangi biriyle paylaşmadığını ifade etmişlerdir. Hastalıklarını bir başkasıyla paylaşmayan hastalar en sık %57,1 ile dışlanmaktan korktuğunu belirtmiştir (Aslan ve ark. 2004). Tüberküloz hastalarının karantina, damgalanma ve uzun bir tedaviyi gerektiren kronik olarak hasta olmaktan kaynaklanan yalnızlık ve diğer ruhsal bozukluklar yaşadığı gösterilmiştir (Hansel ve ark. 2004; Vega ve ark. 2004).

Damgalanma ve yalnızlık en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olabilmektedir. Tüberküloz konusunda toplumda var olan önyargı ve damgalama bu hastalığın bildirimini engellemekte ve toplumsal korku nedeniyle sağlam bireye bulaşmayı da arttırmaktadır. Hasta bireylerin en yakını olan aileler de bu önyargı ve damgalamayı yaşamakta ve hasta bireye yaşatmaktadır. Sonuç olarak hastalar yalnızlık, terk edilmişlik hissi, depresyon ve anksiyete, kısıtlılıklarına bağlı olarak da gelecek hakkında belirsizlik ve kaygı yaşayabilmektedirler. Tüberkülozda damgalanma ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek anksiyete, depresyon ve yalnızlık duygusunun belirlenmesi için hastaların sözel ve davranışsal ipuçlarının iyi değerlendirilmesi gereklidir. Hemşirelerin etkin dinleme, gözlem, empati ve analiz

yapabilme becerilerini kullanmaları ve bakım verdikleri hastalara bütüncül yaklaşımda bulunmaları gerekmektedir. Bireyin duygularını ifade etmesine olanak sağlanmalıdır (Aydın-Bektaş ve Akdemir 2005; Aslan 2007).

Tüberkülozlu hastaların yaşadıkları damgalanma deneyimleri, anksiyete, depresyon ve yalnızlık duyguları iyileşme sürecini negatif yönde etkileyebilmektedir. Ülkemizde Tüberkülozlu hastalarda stigma ve stigmanın neden olabileceği, anksiyete, depresyon ve yalnızlığı değerlendirmeye yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle, hastaların sağlık kuruluşlarından tedavi ve bakım hizmeti aldıkları süre içerisinde yaşadıkları olumsuz deneyimlerin fark edilmesine ve baş etmesine yardımcı olacak girişimlerin belirlenmesine yönelik çalışmalara gereksinim vardır.

Bu çalışmada amaç, akciğer tüberkülozlu hastalarda anksiyete, depresyon, yalnızlık ve damgalanmanın değerlendirmektir.



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Tüberkülozun Tanımı ve Tarihçesi

Tüberküloz, “Myobacterium tuberculosis complex” adı verilen bir grup mikobakteri tarafından ortaya çıkan, oldukça uzun geçmişi olan ve tüm dünyada toplum yaşamını tehdit eden, bulaşıcı, inflamatuvar, granümatöz, nekrotizan, akut ya da kronik enfeksiyonel hastalıktır. Hastalığın oluşumunda en çok M. Tuberculosis sorumlu olup M. Bovis, M. Africanum da neden olabilmektedir. Bildirimi zorunlu olan bu hastalık en çok akciğerlerde görülmektedir (Luckman ve Sorenson 1990; Yenel ve ark. 1990; Crofton ve ark. 2002; Braunwald ve ark. 2004; Doğanay ve ark. 2008; Kılıçaslan 2011).

Tüberkülozun, M.Ö. 8000 yıllarında ilk yerleşik toplulukların oluşmasıyla ve sığırların evcilleştirilmesiyle birlikte ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (Balcı 1991; Birol ve ark. 1991). Tüberküloz (TB), insanlık tarihinin bilinen en eski hastalıklarından birisi olup, bu binlerce yıllık süre içinde hastalığın insidansında artışlar ve azalışlar görülmüştür (Kılıçaslan 2007).

Tüberküloz hastalığına tarih boyunca, insanı eriterek öldürdüğü için “Tüketim Hastalığı” hastaları soldurarak yok ettiği için “Beyaz Ölüm” veya “Beyaz Veba” ve asırlar boyu birçok kişinin yaşamını sonlandırdığı içinde “Ölümün Kaptanı” gibi isimler verilmiştir. Türk toplumunda ise “ince Hastalık” olarak isimlendirilmiştir (Özyardımcı 2008).

Tüm dünyada yıllar boyunca Tüberküloz hastalıklarının mortalitesinde artış olmuştur. Bu artışın nedeni, TB kontrol sistemlerinin bozuk olması, TB kontrol programlarının iyi yönetilememesi sonucu ilaca direnç göstermesi, yoksulluk, göçler ve nüfus artışıdır. 1950-1970’li yıllar arasında etkili ilaç tedavisinin uygulanması, yaşam ve beslenme koşullarının düzelmesiyle tüberküloz mortalitesinde çok belirgin bir düşme görülmeye başlanmıştır. 1980’li yıllardan sonra tekrar artmaya başlamıştır. Bunun nedeni ise; HIV virüslü kişilerin sayısında artışın olmasıdır (WHO/HTM/TB/2007; Kılıçaslan 2010).

24 Mart 1882’de Robert Koch’un tüberküloz basilini bulmasıyla Tüberküloz için yeni bir çağır açılmıştır. Bu keşif sayesinde tüberkülozu önleme çalışmalarına ilk defa olanak sağlamıştır. Bu buluş ile R. Koch 1905 Nobel Tıp Ödülü’nü almıştır. Bu sürecin tüberküloz tedavisinde önemli bir yeri bulunmaktadır (Barış 2010).

#### **4.2. Tüberkülozun Epidemiyolojisi**

Dünya ülkelerinin tümünde görülmekte olan Tüberküloz, gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmektedir. Tedavisi yıllardır bilinmesine rağmen tüm dünyada hala en sık görülen bulaşıcı hastalıklardan biri olup toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Karadakovan ve ark. 2014; Kılıçaslan 2011). Küresel Tüberküloz Raporuna (2010 yılı) göre Tüberküloz insidansı 9,4 milyon, prevalansı 14 milyon ve mortalite 1,7 milyon olarak bildirilmektedir.

#### **4.3. Dünyada Tüberküloz Prevalansı**

Dünya nüfusunun yaklaşık 1/3 ünün Tüberküloz basili ile karşılaşmış olduğu düşünülmektedir. Her yıl yaklaşık 8 milyon yeni vaka bildirilmekte ve bu vakaların yaklaşık 3 milyonu da ölmektedir (Raviglione 2007). Yirminci yüzyılın başlarında; sosyoekonomik düzeyin gelişmiş ülkelerde artmasıyla ve özellikle modern ilaçların artmasıyla birlikte tüberküloz hastalığı azalmaya başlamıştır. 1980’li yıllarda ve sonrasında HIV virüsünün artması ile Tüberküloz insidansında artış olmaya başlamıştır. Bu artışın nedenleri arasında HIV virüsünün artmasının yanı sıra TB basilinin görüldüğü ülkelerden göçlerin artması, uluslar arası seyahatlerin yapılmasıyla basilin taşınması ve TB kontrolüne dikkat edilmemesi de yer almaktadır (Broekmans ve ark. 2002; WHO/HTM/TB/2009; Bilgiç ve ark. 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980’li yıllardan sonraki tüberküloz prevelansındaki artışlara dur demek için 1994 yılında yeni yaklaşımlar geliştirmiştir. 1994 yılında Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi (DGTS) ya da İngilizce literatürde DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) adını verdiği yeni programını yayınlamıştır. 2005 yılında ise; 2002 yılındaki genişletilmiş DGTS programını geliştirerek “The Stop TB Strategy” adlı yeni kontrol programını çıkarmıştır (WHO/HTM/STB/2006).

DSÖ verilerine göre hastalık olgularının Afrika'da %30 Asya'da %55 ve % 15'i ise diğer dünya ülkelerinde görülmektedir. Hindistan ve Çin'de tüm tüberküloz olgularının % 35 i görülmektedir. Ayrıca TB olgularının yaklaşık %85 ini oluşturan 22 ülkeler; Hindistan, Çin, Güney Afrika, Endonezya, Pakistan, Tayland, Kenya, Tanzania, Brezilya, Afganistan, Nijerya, Vietnam, Bangladeş, Etiyopya, Filipinler, Rusya Federasyonu, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Uganda, Myanmar, Kamboçya, Mozambik ve Zimbabwedir (Kılıçaslan 2010; Doğanay ve ark. 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılı tüberküloz raporu kayıtlarına göre 2013 yılında 9 milyon kişi yeni tanı almıştır. Yılda yaklaşık 1,3 milyon kişi bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Hayatını kaybeden yaklaşık 1,3 milyon kişinin 510,000'i kadındır. Tüberküloz vakalarının %75'inden fazlası Güney Doğu Asya, Batı pasifik ve Afrika bölgelerinde yer almaktadır. Tüberküloza yakalanma ve tüberkülozdan ölme oranlarının en yüksek olduğu bölge Afrika'dır (WHO/HTM/TB/2014.08).

#### **4.4. Türkiye'de Tüberküloz Prevalansı**

Türkiye'de Tüberküloz hastalarının verilerine, Verem Savaşı Dispanserlerindeki kayıtlarla ulaşılabilmektedir. Verem Savaşı Daire Başkanlığı Verem Savaşı dispanserlerindeki verileri toplayıp değerlendirdikten sonra rapor şeklinde yayınlamaktadır. TB'nin epidemiyolojik özellikleri nedeniyle, hastalıkla mücadelenin daha sağlıklı olması için, epidemiyolojik verilerin düzenli olarak raporlanması oldukça önemlidir. Bu amaçla DSÖ tarafından 1997 yılından itibaren yıllık olarak küresel TB raporu yayınlanmaya başlamış, buna paralel olarak da ülkemizde 2007 yılından itibaren her yıl "Türkiye'de Verem Savaşı Raporu" yayımlanmaya başlamıştır. Türkiye'de 2009 yılında toplam 17 402 hasta kayıtlara geçmiştir. Hastaların %60,4'ü erkek (10 519 kişi) %39,6'sı (6 883 kişi) kadındır. Toplamdaki prevalans ise yüz binde 24 olarak hesaplanmıştır. 2009 yılında kayıtlara geçen 17 402 hastanın 15.943'ü yeni vaka, 1 459'u da daha önceden tedavi görmüş hastalardır.

"Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tüberküloz Kontrolü 2009 Raporu" verilerine göre Türkiye'nin tüberküloz insidans hızı, yıllara göre azalma göstermiş olup 2002 yılında yüz binde 40 hesaplanmış iken 2008 yılında yüz binde 30 olarak

hesaplanmıştır. Türkiye'deki tüberküloz nokta prevalansı 1990 yılında yüz binde 53 iken, 2005 yılında bu rakam yüz binde 26'ya düşmüştür. DSÖ'nün 2009 küresel TB raporuna göre Türkiye, DSÖ tarafından ortaya konan %70 olgu bulma ve %85 başarılı tedavi etme hedefini geçmiş ve bu hedefe ulaşan 36 ülke arasına girmiştir. (Bozkurt ve ark. 2009; WHO/HTM/TB/2009.411). 2013 Yılında Verem Savaşı Dispanserlerine kayıtlı toplam Tüberküloz vaka sayısı 13 409, yeni vaka sayısı ise 12 352'dir. Bu hastaların %58,8'i erkek, % 41,2'si kadındır. Hastaların yaklaşık % 65'inde akciğer tüberkülozu varken, % 35'inde akciğer dışındaki organlar (Lenf bezleri, plevra, kemik, böbrek, beyin vb.) tutulmuştur.

Ülkemizde cezaevlerinde yapılan taramalarda TB sıklığı toplumdaki orana göre 4-5 kat fazla bulunmuştur. Ülkemizde HIV enfeksiyonunun tüberkülozla mücadelede bir sorun oluşturacak düzeylerde olmadığı bilinmektedir. Taramalarda HIV pozitifliği oranları çok düşüktür (Türk Tabipler Birliği Tüberküloz Raporu 2012).

DSÖ ve Verem Savaşı Daire Başkanlığı verilerine göre yıllara göre Tüberküloz 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 insidansında ki düşüklük bu mücadelenin başarılı olduğunu göstermektedir.

#### **4.5. Tüberkülozun Bulaşma Yolları**

*Mycobacterium tuberculosis*, akciğer veya larenks tüberkülozlu hastaların öksürük, konuşma, şarkı söyleme gibi aktiviteleri sırasında havaya dağılan sekresyonların sıvı kısmının süratle buharlaşarak küçük solid bir maddeye dönüşmesi ve "damlacık çekirdeği" adını alan bu partiküllerin, sağlıklı kişilerce solunum yolu ile alınması sonucu bulaşır (Öğretensoy 2010).

Öksürmekle ve beş dakika konuşma ile yaklaşık 3000 basil havaya dağılırken, hapşırma ile çok daha fazla damlacık çekirdeği havaya yayılabilir ve uzun süre havada asılı kalabilmektedir. Tek bir damlacık çekirdeği bile enfeksiyon oluşturabilmektedir. Ancak uzun süreli ve tekrarlayan temas bulaşmada daha önemlidir. Gastrointestinal sistem ve deri yoluyla bulaş olabilse de en sık bulaşma yolu solunum sistemidir (Fitzgerald ve Haas 2005).

Tüberkülozda bulaşıcılığı etkileyen faktörler aşağıda belirtilmiştir. Bunlar;

1. Kaynağa ait özellikler: Akciğer tüberkülozunda, balgamda aside dirençli basil (ARB) pozitifliğinde, tedavi olmayan ya da iki haftadan kısa süredir tedavi gören hastalarda bulaştırıcılık fazladır. Çocuk tüberkülozunda ve ekstrapulmoner tüberkülozda bulaştırıcılık nadirdir. Ayrıca hastanın öksürürken ağzını kapatması, maske kullanması bulaşmayı azaltır.
2. Konakçıya (temaslıya) ait özellikler: konakçı kişinin daha önce tüberküloz geçirip geçirmediği, 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... ) bulaşıcılığı etkilemektedir.
3. Çevresel faktörler: Mikroorganizmanın havadaki konsantrasyonu, ortamın nem durumu, ortamın kalabalık olması, ortamın havalandırılması ve ultraviyole ışınlarının varlığı bulaşmayı etkilemektedir (Taşkın ve Olgun 2007; Karadakovan ve Aslan 2014).

#### **4.6. Tüberküloz Patogenezi**

*Mycobacterium tuberculosis*, kaynak kişiden havaya yayılan içinde canlı basil bulunan damlacık çekirdeklerinin, duyarlı kişilerce inhale edilmesi sonucu bulaşmaktadır. İn hale edilen basillerin birçoğu üst hava yollarında tutularak mukosilyer aktivite ile dışarı atılır, bir kısmı alveollere ulaşır. Basillerin yerleştiği yerde kapiller dilatasyon ve eksüdasyon ile nötrofil lökosit infiltrasyonu gelişir ve 24 saat sonrasında alveolar makrofajlar bu alana göç eder. Basilleri lokalize etmek için makrofajlar tarafından fagosite edilirler. Makrofajlar fagosite ettikleri basilleri tamamen yok edebilir veya basilleri yok edemez ama inhibe edebilir veya basiller makrofaj içinde çoğalabilir. Eğer az sayıda, virülansı düşük basil ile karşılaşma söz konusu ise makrofajlar basilleri tümüyle yok edebilir ve bu durumda infeksiyon gelişmez. Makrofajlar tarafından fagosite edilemeyen basiller, hücre içinde logaritmik olarak hızla çoğalmaya başlar, çoğalan basiller makrofajı parçalayarak hücre dışına çıkar, ortamdaki diğer makrofajlar tarafından fagosite edilir, onların içinde de çoğalmaya başlar ve aynı olaylar tekrarlar. Basiller bu dönemde sadece hücre içinde çoğalabilme yeteneğine sahiptir. Bu olayların devam etmesiyle ortamdaki basil sayısı hızla artar, kemotaktik faktörlerin de etkisiyle makrofajlar,

monositler bu bölgede toplanır. İzleyen gün ve haftalarda epitelioid histiyositlere dönüşür ve Langerhans dev hücrelerini oluşturur. Bunların oluştuğu odak lenfositler tarafından çevrelenir ve böylece “tüberkül” veya “granülom” olarak tanımlanan ilk TB lezyonu oluşur. Tüberkülün içinde nekrotik kazeöz odak gelişir ve bu kazeöz odak içine yerleşen TB basili çoğunlukla ölür, canlı kalanlar ise çoğalamaz ve hastanın ömrü boyunca hastalık yapmadan sessiz kalabilirler. Hücrel immün yanıtta bozulma olursa basil kazeöz nekrozun merkezinden hızla uzaklaşıp etrafındaki aktive olmamış makrofajlar içinde çoğalmaya başlar ve gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişerek basil içeren makrofajları öldürürler. Hastaların hem hücrel immün yanıt hem de gecikmiş tip aşırı duyarlılıkları yetersiz kalırsa oluşan kazeöz nekroz eriyerek (likefaksiyon) bronş duvarını hasara uğratar ve kavite gelişimine yol açar. Kavite içerisinde daha kolay çoğalan basiller hava yollarına yayılıp, hastanın balgamıyla çevreye bulaş gerçekleşir (Iseman 2002; Maatens 2002; Özkara ve ark. 2003; Frieden ve ark. 2003).

#### **4.7. Olgu Tanımları**

##### **4.7.1. Yerleşim yerine göre sınıflanması**

Akciğer tüberkülozu: Akciğer parankiminde, larinks veya trakea-bronş yolunda tutulum olmasıdır. Tüm tüberküloz olgularının %85’inde hastalık akciğerlerde gelişmektedir.

Akciğer dışı tüberkülozu: Akciğer dışındaki organlarda tutulum olmasıdır. Lenf bezi tüberkülozu, plevra tüberkülozu, tüberküloz menenjit, sindirim sistemi tüberkülozu, genitoüriner sistem tüberkülozu, miliyer tüberküloz ile kemik ve eklem tüberkülozu sık görülen akciğer dışı tüberkülozlardır.

Akciğer ve akciğer dışı tüberkülozu: Akciğer ve akciğer dışı Tbc’nin birlikte görüldüğü olgulardır. Bu gurup DSÖ’ye akciğer tüberkülozu diye bildirilmektedir.

##### **4.7.2. Önceki tedavi öyküsüne göre sınıflandırılması**

Yeni olgu: Daha önce hiç tüberküloz tedavisi görmemiş ya da bir aydan kısa süreli tedavi almış tüberküloz olgusudur.

Nüks olgu: Daha önce tüberküloz tanısı konularak tedavisini başarı ile tamamlamış olan hastalarda yeniden balgam basil pozitifliği saptanırsa, tekrar tüberküloz tanısı alan bu olgular nüks kabul edilir.

Tedaviyi terkten dönen olgu: Tedaviye iki ay veya daha fazla bir süre ara verdikten sonra yeniden balgamda basil pozitifliği saptanarak kendine akciğer tüberkülozu tanısı konulan olgulardır.

Tedavi başarısızlığından gelen olgu: Yeni tanı konulmuş ve tedavinin başlangıcından beş ay ya da daha sonra alınan balgam örneklerinde yayma ya da kültür ile basil gösterilen olgulardır.

Kronik olgu: Nüks, tedaviyi terk ya da tedavi başarısızlığı nedeniyle uygulanan yeniden tedavi rejiminin sonunda hala basil pozitif olan olgulardır (Tümer 2006; Gümüşlü ve ark. 2007; Bozkurt 2010; Akdağ 2011).

#### **4.7.3. Yayma sonucuna göre sınıflandırılması**

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

Yayma Negatif Akciğer Tüberkülozu: İki hafta ara ile balgam örnekleri alınan ve her seferinde yayma negatif olan, fakat radyolojik olarak uyumlu, kültürde üreme olan hastalardır (Özkara ve ark. 2003).

#### **4.8. Tüberkülozda Tanı**

Tüberkülozun kesin tanısı bakteriyolojik olarak konulmaktadır (sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı Raporu) Hastanın değerlendirilmesinde; hastanın öyküsü, fizik bulgular, akciğer grafisi, Tüberkülün deri testinden yararlanılır. Kesin tanı bakteriyolojik ya da histolojik incelemeler sonucunda konulmaktadır.

##### **4.8.1. Öykü**

Öksürük: Başlangıçta kuru ve kesik kesik olan, üç haftadan uzun süren ve nonspesifik antibiyoterapiye yanıt vermeyen her öksürükte Tüberküloz olgusundan şüphelenilmelidir.

Göğüs ağrısı, sırt ağrısı, yan ağrısı: plevra tutulumu söz konusu olduğundan solunumla değişen ağrı görülebilir.

Nefes darlığı: lezyonların yaygın olduğu durumlarda ya da plevra sıvısının fazla olduğu durumlarda görülebilir.

Ses kısıklığı: Larinks tutulumu olduğunda ses kısıklığı görülebilmektedir.

Balgam ve hemoptizi: Balgam önce müköz, sonraları müko-pürülan ve pürülan şekilde görülmektedir. Bazen özellikle gençlerde balgam kanlı olarak görülebilir.

Genel bulgular: Halsizlik, iştahsızlık, çabuk yorulma, kilo kaybı, ateş, gece terlemesi gibi genel bulgular görülebilir. Genel olarak ateş, intermitandır; sabahları yoktur, öğleden sonra ürperme duygusu ile yükselir, gece terleme ile düşer (Özkara ve ark. 2003; Zeind ve ark. 2000).

#### **4.8.2. Fizik muayene**

Akciğer tüberkülozunda genellikle belirgin bir fizik bulgu görülmemektedir. Hastalık ilerleyene kadar minimal ek sesler duyulur. Seyrek olarak lokalize raller ve öksürük sonrası raller görülebilir. Ayrıca plevra sıvısı ya da plevra kalınlaşması, lenf bezi büyümesi, uzun sürmüş hastalıkta çomak parmakta görülebilir (Özkara ve ark. 2003; Iseman 2002).

#### **4.8.3. Radyoloji**

Tüberküloz teşhisinde ve sonraki takiplerinde, fiziki bulgular ve laboratuvar tahlilleri kadar akciğer grafisinin de yeri büyüktür. Radyolojik incelemede çoğunlukla akciğer grafisinde belirgin bulgular görülür. Genellikle üst loblarda infiltrasyonlar, kaviteler ve fibrozis görülebilir. En çok üst lobların apikal, posterior ve alt lobların superior segmentleri tutulur. Radyolojik incelemelerde ortaya çıkan bulgular olsa da akciğer grafisi tek başına tanı koymada yeterli değildir (Özkara ve ark. 2003; Palomino et al. 2007; Kılıçaslan 2010; Gülbay ve ark. 2011).

#### **4.8.4. Tüberkülün deri testi**

Tüberkülün deri testi, organizmanın tüberküloz basili ile karşılaşmış ve karşılaşmadığını ve basilin protein komponentlerine karşı bir alerjinin oluşup oluşmadığını gösteren bir testtir. Testin pozitif olması hastalık hakkında bilgi vermez, yalnızca kişinin basille enfekte olduğunu gösterir. Hastalık tanısında dolaylı olarak yardımcı olabilir (Özkara ve ark 2003; Koçakoğlu 2007).



Tüberkulin deri testinin uygulanmasında; test ön kol iç yüzeyine uygulandıktan 48-72 saat sonra endürasyon çapı ölçülür. Ülkemizde Tüberkulin Deri Testi reaksiyonunu değerlendirme kriterlerine bakıldığında Bacille Calmette-Guerin (BCG)'sizlerde 0- 5 mm negatif, 6-9 mm şüpheli kabul edilip test tekrarlanır, 10 mm ve üzeri pozitif kabul edilir. BCG'lilerde ise 0-5 mm negatif, 6-9 mm aşuya bağlı pozitif, 15 mm ve üzeriyse pozitif olarak değerlendirilir (Tümer 1999; Özkara ve ark. 2003).

#### **4.8.5. Bakteriyoloji**

Tüberkülozda kesin tanı bakteriyolojik incelemelerle konulmaktadır. Tüberkülozdan şüphelenilen hastalardan üç ayrı günde sabah aç karnına balgam örneği alınmalıdır. Balgam çıkaramayan hastalardan; balgam indüksiyonu yapılmalıdır, açlık mide suyu ve bronkoskopik lavaj sıvısı da bu amaçla kullanılabilir (Özkara ve ark. 2003; Özlü ve ark. 2010).

### **4.9. Akciğer Tüberkülozunun Kliniği**

#### **4.9.1. Primer tüberküloz**

Tüberküloz basiliyle ilk karşılaşmadan sonra gelişen tüberkülozdur. Çocuk tüberkülozu olarak ta bilinmektedir. Primer tüberküloz genellikle çocuklarda görülmekle birlikte malnutrisyonu ve HIV enfeksiyonu olan erişkinlerde de ortaya çıkabilir. Primer tüberküloz akciğerin orta ve alt alanlarını tutar. Geleneksel olarak, "primer" tüberküloz ilk enfeksiyondan sonra beş yıla kadar görülen bütün klinik bulgular için kullanılır. Olguların çoğunluğunda lezyon kendiliğinden iyileşir, fakat daha sonra küçük kalsifiye nodül olarak kendini gösterebilir. Primer tüberküloz çok sessiz seyredebileceği gibi ateş, öksürük, gece terlemesi, kilo kaybı ve balgam gibi belirtilerle de kendini gösterebilir (Erişkin ve Çocukta Tüberküloz Sempozyumu 1999; Raviglione ve O'Brien 2004; Olgun ve ark. 2010).

#### **4.9.2. Postprimer tüberküloz**

Sekonder, reaktivasyon ya da erişkin tip TB olarak da adlandırılan postprimer TB enfeksiyon geçirmiş, yaşamın ileri evresinde, basilin yeniden çoğalmaya başlaması veya yeni basille karşılaşma sonucu ortaya çıkar. Genellikle akciğerin üst loblarının

apikal posterior segmentlerinde görülür. Hastalarda halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık, kilo kaybı, ateş, gece terlemesi ve 3 haftadan uzun süren başlangıçta kuru sonra mukopürülan veya kan içeren balgam eşliğinde olan öksürük, balgam çıkarma, hemoptizi, dispne, göğüs ağrısı, yan ağrısı ve sırt ağrısı gibi hem genel hem de pulmoner semptomlar görülebilir (Crofton et al. 2002; Feja ve Saiman 2005).

#### **4.10. Tüberkülozda Tedavi**

Tüberküloz tedavisinde en önemli tedavi yöntemi ilaç tedavisidir. Dinlenme, beslenme ve iklim gibi tedavi yöntemleri çok etkin değildir. Günümüzde tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında; 1944 yılında bulunan streptomisin (SM), 1953 yılında pirazinamid (PRZ) ve izoniazidin (INH), 1954 yılında ethambutol (EMB) ve 1970 yılında da bulunan rifampisin (RIF) tür ilaçlar yer alır. Bu ilaçların kombine halde kullanılmasıyla hem tedavide başarı sağlanmış hem de tedavi süresi kısalmış olmaktadır.

Tedavinin amacı hastanın hayatını en az etkileyecek şekilde hastayı sağlığına kavuşturmak, en kısa sürede balgam kültürlerini negatifleştirmek, sonraki komplikasyonlarla akciğerlerde yaygın harabiyet gelişmesini önlemek, ilaç direnci gelişimi, komplikasyon ve nüksleri önlemek, toplumu enfeksiyondan korumak ve ağır hastalarda ölüm oranını azaltmaktır.

Etkin bir tedavi başlangıç ve idame fazından oluşmaktadır. Başlangıç fazında amaç basilleri hızla öldürmek bulaştırmacılığı azaltmak ve ilaç direnci gelişimini önlemek, idame fazında ise yarı dormant basilleri yok ederek sterilizasyonu sağlamaktır. Başlangıç fazında INH, RIF, PRZ, SM veya EMB olmak üzere dört ilaç 2 ay süreyle kullanılırken, idame fazında da 4 ay süreyle INH ve RIF kullanılmaktadır (Huebner ve ark. 1993; Campbell and Bah-Sow 2006; Kılıçaslan 2010). Tüberküloz tedavisinin temel ilkeleri;

En etkili, en güvenli ve en kısa süreli tedavi seçilmelidir.

Tedavi kombine olmalı ve en az 6 ay süreli olmalıdır.

Kombine ilaç kullanılmalıdır (basillerin duyarlı olduğu ilaçlar).

İlaçlar yeterli dozda ve düzenli olarak kullanılmalıdır.

İlaçlara karşı primer ve sekonder direnç araştırılmalı ve basilin duyarlı olduğu ilaçlar kullanılmalıdır (Umut ve Yıldırım 2001; Özkan 2010).

#### **4.10.1. İlaça dirençli tüberküloz**

Hastada en azından INH ve RIF direnci varsa bu olguya çoklu ilaç direnci (ÇİD), denilmektedir. Tüberküloz ilaçlarına kaşı gelişen direnç primer ve sekonder ilaç direnci olarak sınıflandırılır. Daha önce tüberküloz ilacı kullanmamış ya da bir aydan daha kısa süre kullanmış olan hastalarda görülen direnç primer direnç, daha önce tüberküloz tedavisi almış olan hastada görülen direnç ise sekonder direnç olarak isimlendirilir. (Kochi ve ark. 1993; Acican ve Kaya 1998; Frieden et al. 2003; Özkara ve ark. 2003; Fishman 2005).

Çok ilaca dirençli tüberkülozu oluşumunda; tedaviye uyumsuzluk, önceden tedavi alanlarda reaktivasyon nedeniyle yeni tüberküloz tedavisine başlama, AIDS basta olmak üzere hücrel immünitenin baskılanması ve yanlış tedavi uygulamaları gibi etkenler yer almaktadır (Ormerod 2003).

Çok ilaca dirençli tüberküloz hastaların tedavisinde etionamid, sikloserin, thiasetazon, kapreomisin, kanamisin, ve paraaminosalisilik asit (PAS) gibi ikinci seçenek ilaçlar yer almaktadır. Bu tedavide başarılı olabilmek için hastaya en uygun tedavi kombinasyonunu belirlenmeli, tedavi süresince tetkikleri düzenli olarak yapılmalı ve hasta ile ailesini eğitmek gerekmektedir (Özkara ve ark. 2003; Tahaoğlu 2007).

#### **4.10.2. Doğrudan gözetimli tedavi**

Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) tüberküloz hastasının, tüm tedavisi süresince ilaçlarının her dozunu denetlenen bir görevli ya da sorumlu bir kişinin gözetiminde içmesi ve bu durumun kaydedilmesi esasına dayanan bir tedavi şeklidir. Böylece tüberküloz hastalarının saptanmasında artış, hem de tedavi başarı oranı artmış olur (Özkara ve ark. 2007; Karadakovan ve Eti-Aslan 2014).

Başarılı bir tedavi; hastaların yeterli dozda, 6-8 ay sürekli ve düzenli tedavi programını gerektirmektedir. Bu uzun süren ve çok sayıda ilaç almayı gerektiren tedavi sürecinde hastalar tedaviye uyumda sıkıntı yaşamaktadırlar. Ayrıca tüberküloz hastaları, tedaviye başladıktan sonra yakınmaların ortadan kalkması ve kendilerini daha iyi hissetmeleri nedeniyle tedaviye devam etmeyi bırakmaktadır. İlaçların yeterli süre ve dozda kullanılmaması sonucunda da, ilaçlara direnç gelişebilmekte böylece tedaviler çok daha zor ve pahalı hale gelmektedir. Tedavinin etkili olmaması, enfeksiyonun yayılmaya devam etmesine ve yeni olgu sayısının artmasına

yol açmaktadır. Etkili tedavi uygulanamayan bireylerde ise, tedavisi mümkün olmasına rağmen, ölümlerle sonuçlanabilmektedir (Güven ve Kızılcın 2000; Karadakovan ve Eti Aslan 2014).

DGT hem yataklı tedavi kurumlarında hem de ayaktan tedavi edilen hastalarda uygulanmaktadır. DGT’de her hastaya özel bir tedavi planlaması yapılır; hastanın yaşadığı yer, çalışma durumu, sosyal durumu ve benzeri özellikleri dikkate alınarak hasta ile birlikte ilaç içme yeri ve saati planlanır (Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı 2011).

Yataklı tedavi kurumlarında DGT uygulaması, hemşire ve hekim tarafından uygulanırken, ayaktan tedavide DGT uygulamasında hasta dispansere ulaşabiliyorsa, ilaçlarını alması için her gün dispansere gitmesi önerilir ve dispanserde ilaçlar, hekim, hemşire, sağlık memuru tarafından uygulanır. Hastanın dispansere ulaşımı sağlanamıyorsa dispanser çalışanının hastanın evi ya da iş yeri gibi belirlenen bir yere giderek ilaçları vermesi sağlanır. Bu imkânlar sağlanamıyorsa hastanın bulunduğu çevreye yakın olan aile sağlığı merkezlerinde sağlık görevlisinin gözetimi altında ilaçlarını alması önerilmektedir. Hastanın DGT uygulanırken hasta mutlaka ayda bir kez dispansere gelerek, düzenli kontrollerini yaptırması gerekmektedir (İsman 2002; Özkara ve ark. 2003; Olgun ve ark. 2010).

#### **4.11. Tüberkülozdan Korunma**

Tüberkülozdan korunma toplum sağlığını çok yakından ilgilendiren önemli bir konudur. Tüberkülozdan korunmak için dört temel yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler: Aktif tüberkülozların saptanıp tedavi edilmesi, BCG ile aşılama, bulaşmanın engellenmesi ve koruyucu tedavidir.

Aktif tüberkülozların saptanıp tedavi edilmesi; Aktif tüberkülozlu hastalar en kısa süre içinde belirlenip tedavi sürecine alınmalıdırlar. İlaç tedavisinin ikinci haftasından itibaren hastaların öksürük şikayetleri giderek azalmakta ve bulaştırıcılığı ortadan kalkmaktadır. Bu sayede çevresindeki bireylere bulaşması engellenmiş olmaktadır.

BCG aşısı ile aşılama; Bacille Calmette-Guerin (BCG) aşısı, tüberküloz basilinin bütün yapısal özelliklerini taşıyan, ancak hastalık oluşturma yeteneği yok edilmiş bir Mycobacterium Bovis suşundan yapılmış virülansı düşük ve canlı bir aşıdır. BCG uygulanmasındaki amaç, primer enfeksiyonu önlemek, enfeksiyonun vücuda

dağılmasını ve ağır hastalığın gelişimini engellemektir (Kıter ve Uçan 2001; Kutlu 2011).

Bulaşmanın engellenmesi; Tüberküloz hastalarına ve topluma bulaşmanın hava aracılığıyla ve solunum yoluyla olduğu konusunda eğitim verilmelidir. Bu nedenle hastaların öksürük ya da aksırma esnasında mendille ağızlarını kapatmaları gerektiği anlatılmalıdır. Hastaların balgam kapları tek kullanımlık olmalıdır. Hastanelerde izolasyon odalarının negatif basınçlı olması ve odalara, TB hastalarının bulunduğu koridor ve bölümlere UV lambaların takılması sağlanmalıdır. Bronkoskopi ve balgam indüksiyonu gibi işlemler nebulizatör tedaviler sırasında sağlık personeli maske kullanmalıdır (Long 2000; Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı 2003).

Koruyucu Tedavi (Kemoprofilaksi); Tüberküloz tanısı konan her olgunun ailesi ve yakın çevresinde teması olan kişilere başlanan ilaç tedavisidir. Kemoprofilaksi sırasında genellikle "İzoniiazid" kullanılmaktadır (Özkara ve ark. 2003).

#### **4.12. Stigma**

Damga (Stigma), delik, delmek, yara, iz anlamına gelse de, günümüzde daha çok "kara leke" anlamında kullanılmaktadır. Damgalama (stigmatization) ise, kişinin içinde yaşadığı toplumun "normal" saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıfda bulunulmasıdır. Damgalanan kişiye damgalanma nedeniyle, gerçeğe dayanmaksızın, adını kötüye çıkaran utanç verici bir özellik yüklenmektedir (Soygür ve Özalp 2005; Taşkın 2007).

Damga, "derin bir utanç veren, kişiyi değersiz kılan ve saygınlığı azaltan bir durumdur". Damgalama (stigmatization) ise, kişinin içinde yaşadığı toplumun "normal" saydığı ölçütlerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıf da bulunulmasıdır (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003). Aynı kapsamda "etiketlemek (labeling)" de damgalamak ile zaman zaman aynı anlamda kullanılmaktadır. Damgalama, etiketleme önyargıların yarattığı ayrımcılığı beraberinde getirir. Ayrımcılık, toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini damga nedeniyle bazı haklardan yoksun bırakılmasıdır (Üçok 2003). Damgalamanın temelinde olumsuz inançlar ve bunun

sonucu olan önyargı yer almaktadır. Kısacası damgalamanın hayat bulduğu zemin önyargıdır (Çam ve Bilge 2007).

Ön yargı; bir kişi, nesne veya konu hakkında araştırma yapılmaksızın hızlı bir biçimde bir yargıya varılmasıdır. Ön yargılar sonucu oluşan damgalama (etiketleme veya stigmatizasyon); bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır almasına, onları toplumdan dışlamasına neden olmaktadır. İlk olarak Antik Yunan'da köleler ve suçluların belirlenmesi amacıyla vücutlarını bıçakla kesme veya sıcak metalle dağlamayla oluşturulan derin ve hiçbir zaman çıkmayan izlere damga (stigma) adı verilmesiyle, damgalanma (stigmatizasyon) kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Modern çağda ilk olarak Erving Goffman 1961 ve 1963 yıllarında yazdığı yazılarıyla 'bireye daha az değer verme davranışı' kavramı ile sosyolojik olarak damgalanma ve hastalık ilişkisinden bahsetmiştir (Goffman 1961; Goffman 1963).

İnsanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan ve ilk damgalanan hastalıklardan olan cüzam, tanrının insana verdiği bir "kötülük" olarak nitelendirilmiştir. 1300'lü yıllarda kara ölüm olarak da bilinen veba, tanrının insanlara günahkâr davranışları yüzünden gönderilen bir ceza olarak görülmüş, tanrının öfkesini yatıştırmak için toplumun normlarına aykırı yaşayan grupları günah keçisi ilan etmişlerdir. 15. Yüzyılda tüm Avrupa kıtasını kasıp kavuran frengi, Orta Doğu'ya sıçramış, hastalığa yakalananlar tarih boyunca lanetlenmişlerdir. 18. Yüzyılda adı konan tüberküloz, tamamen aşağı sınıfın bir hastalığı olarak bilinmiştir. 1700'lü yıllarda tütün kullanımının bir takım sağlık sorunlarına yol açtığı ortaya konmuş, 1900'lü yıllardan itibaren dünya kanser adı verilen bir hastalıkla savaşmak zorunda kalmıştır. O dönemlerde kanser hastalarına karşı önyargılı davranışlarda bulunulmuş, son 20 yıla kadar kanser hastalarına karşı ayrımcı yaklaşımlar devam etmiştir. 1980'lerde ortaya çıkan ve önceleri homoseksüel hastalığı olarak bilinen AIDS hakkında "Allah'ın günahkârlara verdiği bir cezası" yorumları yapılmıştır. Kısacası kanser, tüberküloz, lepra, sifilis, epilepsi ve AIDS damgalanan hastalıklardan olmasının yanında, olumsuz ön yargılardan nasibini alan hastalıkların başında ise ruhsal bozukluklar yer almaktadır. Çünkü damga diğer hastalıklardan farklı olarak, ruhsal bozuklukların tümünü kapsamaktadır (Barış 2002; Üçok 2003; Gary 2005; Özdemir 2005).

Damgalanma hissedilen damgalanma ve var olan damgalanma olarak iki ayrı şekil de incelenebilir. Kişideki bir özellik ya da hastalık toplum ve kurumlar vasıtasıyla bir ayrımcılık gözetilerek damgalanmayı oluşturursa bu durum kişide

suçluluk ve utanma duygusunu başlatır. Suçluluk ve utanma duygusu yaşayan kişi içine kapanır ve hastalığını veya kendinde bulunan özelliğini gizlemeye çalışır. Böylece kendi kendine bir izolasyon uygulayarak kendi hissettiği damgalanmayı yaşamaya başlar. Bu döngü böyle devam eder.

Birey birçok özelliğinden dolayı damgalama yaşayabilmektedir. Bu damgalama kişinin doğuştan getirdiği özelliklerinden dolayı (deri rengi, cinsel tercih vb), sosyoekonomik statüsünden ve fizyolojik ya da psikolojik sağlık sorunlarından (AIDS, TB, obezite, ruhsal hastalıklar vb.) kaynaklanabilir. (Fiske 1998; Link ve Phelon 2001; Yang ve ark. 2007; Johnson ve ark. 2011).

#### **4.12.1. Tüberküloz ve Stigma**

Tüberküloz toplumsal ve sosyal bir hastalık olmasının yanında “en çok görülen, en çok sakat bırakan, en çok işgücü kaybına neden olan ve en çok öldüren ” hastalıklar arasında yer alır. Tüberküloz damgalanmalar nedeniyle kolaylıkla ifade edilemeyen bir hastalık olup, kişiyi toplum ilişkilerinden geri plana itmektedir. Tüberkülozun damgalayıcı olarak tanımlanan en belirgin iki özelliği hastaların “kişiyi kirleten bir hastalık” ve “kişinin hastalığından dolayı toplumdan izole edildiği” dir (Mak ve ark. 2006).

Tüberkülozda damgalanmanın nedenleri arasında; TB’un bulaşıcı bir hastalık olması, nasıl bulaştığının ve hastalığın seyrinin tam olarak bilinmemesi, hastalığın seyri bilinse bile damgalanma ve izolasyona neden olması, özellikle sağlık çalışanlarının damgalaması, HIV/TB birlikteliği nedeniyle özellikle HIV insidansı yüksek bölgelerde HIV’i çağrıştırması, düşük sosyal statüyü göstermesi, açlık, yoksulluk algısı yaratması, kişinin kendisini dışlayıp yabancılaştırma yoluna giderek bilinçli veya bilinçsiz olarak kendini cezalandırması yer almaktadır (Courtwright ve Turner 2010). Yapılan çalışmalarda Tüberkülozda damgalanmanın en sık görüldüğü kesim; kadınlar, kırsal kesimde yaşayanlar, eğitim seviyesi düşük olanlar ve göçmenler olarak belirlenmiştir (Eastwood ve Hill 2004).

Tüberkülozlu hastalar stigma nedeniyle tanı ve tedavi olanaklarından da yeterince yararlanamamaktadır. Stigma yaşayan TB’li bireyler; TB tanısında gecikme, TB taramasından kaçınma ve tedavide uyumsuzluklar yaşayabilmektedir. Tüberkülozda hastalığın tanınması ve biran önce tedaviye başlanması önemlidir. Tüberküloz hastalığı olanlar toplumda kendilerinden ve toplumdan kaynaklı nedenlere bağlı

olarak izole edilmektedirler. Tüberküloz hastası olan erkek ve kadınların evlenmeleri bile tüberküloz hastalığı olmayanlara göre daha zordur. Tüberküloz hastalarının büyük bir kısmının toplum tarafından dışlanma korkusu nedeniyle tedavilerini yarıda kestikleri yapılan araştırmaların sonucunda ortaya konulmaktadır (Courtwright ve Turner 2010).

Damgalanma toplumların ekonomik, coğrafi ve siyasi yapılarıyla ilişkili olup, bölgelere göre ve topluluklara göre çok fazla değişiklik gösterebilmektedir. Tüberkülozlu bireylerde yaş, öğrenim durumu, cinsiyet, sağlık güvencesine sahip olma durumu, medeni durum gibi faktörlerle damgalanmayla karşılaşmakta ve bu nedenle sağlık hizmetine erişim de olumsuzluklar yaşamaktadır. Yapılan çalışmalarda tüberkülozlu kadınlar için hasta olmaları önemli bir boşanma nedeni olarak saptanmıştır. Damgalanma nedeniyle tüberküloz hastaları tanı-tedavi aşamasında yaşadığı sıkıntıların yanında sosyal açıdan da sıkıntılar yaşamaktadır. Dışlanmaktan korktuğu için bazı hastalar hastalığını başka bireylerle paylaşmamaktadır. Tüberküloza bağlı olarak hastalar aile bireylerinden ayrı kalabilmekte ve yalnızlık duygusuna kapılabilmektedir. Hastalığı nedeniyle bireyler çalışmadığı için maddi sıkıntı yaşayabilmektedir (Aslan 2007).

Aslan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ‘Hastalığınızı başka biriyle paylaştınız mı?’ sorusuna, hastaların %21,6’sı kendi hastalıklarını başka biriyle paylaşmadığı ve nedeninin de %57,1’sinde ‘dışlanmaktan korkmak’ olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada sosyal yaşam durumunun incelenmesinde hastaların %27,9’u çalışmama ve maddi sıkıntı içinde olmaktan, %9,3’ü ailesinden ayrı kalmaktan, %9,3’ü yalnız olmaktan, %9,3’ü hastanede yatmaktan, dolayı TB’un yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (Aslan ve ark. 2004).

Ankara’da yapılan bir yüksek lisans tezinde 129 TB hastasının %53,4’de damgalanma düzeyleri yüksek olduğu; serbest meslek sahibi hastaların stigma puanları ev hanımı, memur, işçi hastaların aldıkları stigma puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu, çalışmaya katılan hastaların %45’inin, dışlanma ve damgalanma korkusu nedeniyle tüberküloz hastası olduğunu çevresindeki kişilerden gizlediği belirlenmiştir. Hastaların sadece %10,3’ü TB’un yaşamlarına önemli bir sorun getirmediğini açıklamışlardır.

TB’lu 262 hasta ile yapılan bir araştırmada hastaların %37,4’ü tüberküloz hastası olduktan sonra iş yaşamındaki ilişkilerinin, %19,8’i tüberküloz hastası olduktan



sonra komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinin bozulduğunu belirtmiştir. %43,9'u tüberküloz hastası olduktan sonra gelir durumunun azaldığını, %4,2'si ise hiç iyileşemeyeceklerini düşündüklerini ifade etmiştir (Taşkın 2010). Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise damgalanmanın tedavinin bitiminden sonra bile devam ettiği ve kaygıya neden olduğu vurgulanmıştır. Bu durumun arkadaş ziyareti gibi sosyal aktiviteleri kısıtladığına da dikkat çekilmiştir (Rajeswari 2005).

#### **4.13. Yalnızlık**

Yalnızlık, tanımlanması güç, karmaşık ve sıkıntı verici bir yaşantıdır. Peplau ve Perlman'a göre yalnızlık, "Bireyin var olan sosyal ilişkisi ve arzuladığı sosyal ilişki arasındaki tutarsızlıklar sonucunda oluşan ve hoş olmayan öznel bir psikolojik durumdur" (Peplau ve Perlman 1982). Başka bir tanıma göre yalnızlık, içsel dünyadaki ilişkisel gerçekliğe ilişkin temel sistemde bir bozulmanın olduğunu işaret eden, farklı bir öz farkındalık biçimi oluşturan, toptan ve çoğu zaman akut bir duyguyu barındıran bir yaşantıdır (Sadler ve Johnson 1980).

Zamanın doğuşuyla söz hakkı bulan yalnızlık evrensel bir fenomendir (Rokach 1989). Diğer bir ifade ile yalnızlık evrensel, güçlü ve oldukça yaygın bir duygusal yaşantıdır (Doğan, Çetin ve Sungur 2009). Yalnız kişiler, sahip oldukları özellikler açısından çevresindeki insanlardan farklılaşmalar gösterir. Yalnız kişiler olaylar karşısında tepkisiz kalarak, dalgın dalgın bir noktaya bakabilirler. Psikolojik bir çöküntü içinde oldukları için her şeyden uzak dururlar ve kendilerini soyutlarlar (Danış 2009).

Yalnız insanlar sosyal temastan kaçınan, içine kapanık insanlardır. Yalnız insanlar dışlanmışlık, değersizlik, sevilmeme, reddedilmişlik, sinirlilik, düşük öz saygı gibi negatif özelliklere sahiptirler. Bu negatif özellikler ile çevrelerinden uzaklaşarak çevrelerindeki bireyler tarafından olumsuz değerlendirildikleri düşüncesine kapılırlar (Schmitt ve Lawrence 1985; Yaşar 2007 ).

##### **4.13.1. Yalnızlığın sınıflandırılması**

Yalnızlığın sosyal ve duygusal izolasyon olmak üzere iki ayrı boyutu söz konusudur. Sosyal izolasyon, bireyin toplumda kabul edilen bir yerinin olmaması, duygusal izolasyon ise bireyin yaşamında sevgi objesinin bulunmaması biçiminde kavramlaştırılabilir. Sosyal izolasyon boyutu, bireyin toplumda tanınan sosyal rol

eksikliği, duygusal izolasyon boyutu ise sosyal ve duygusal ilişki eksikliğini içerir. Yalnızlık literatürde birçok çalışmada irdelenmiştir. İzole olmuş birçok birey kendisini yalnız hissetmemesine rağmen, toplumla iç içe yaşayan birçok bireyin kendisini yalnız hissettiği gösterilmiştir. Bu bağlamda, izolasyon ve yalnızlık kavramları birbiriyle örtüşmemektedir (Mullins ve ark. 1989). Yalnızlık sınıflamalarında çok çeşitlilik görülmektedir. Weiss, yalnızlığı sosyal ilişkiler içerisinde ele almış ve iki gruba ayırmıştır. Yalnızlığı duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık olarak adlandırmıştır. Duygusal yalnızlık; bağlanma figürünün olmaması ile karakterize iken sosyal yalnızlık, sosyal ağın olmaması ile karakterize olan yalnızlık sınıflandırılmasında yer almaktadır. Duygusal yalnızlık aileye, arkadaşlara ve ilişkilere yetersiz bağlanma ya da yetersiz bağlanmadan kaynaklı yaşanan sorunlar sonucu yaşanmaktadır. Sosyal yalnızlık ise akran, arkadaş, iş arkadaşı, komşu gibi ilişkiler ağındaki ve arkadaş sayısındaki yetersizlikten dolayı ortaya çıkmaktadır. Duygusal yalnızlıkta kişi, diğer kişilerden tamamen ayrı olduğu ve etrafında konuşacak kimsenin olmadığı hissine kapılmaktadır (Weiss 1973).

#### **4.13.2. Tüberküloz ve yalnızlık**

Tüberküloz tanısı alma, hastalarda sosyal aktivitelerin kısıtlanmasına, aile ve toplum içinde beklenen rollerin yerine getirilememesine, hastane yatışları ile kendi doğal ortamlarından uzaklaşarak kendilerini diğer bireylerden farklı algılamalarına ve yalnızlık yaşamalarına neden olabilmektedir. Aile üyeleri, arkadaşları ve diğer sosyal çevresindeki bireyler tarafından dışlandıkları hissi, yalnızlık, terk edilmişlik hissi, kısıtlılıkları ve tedavinin belirsizliğine bağlı olarak da gelecek hakkında belirsizlik, depresyon ve anksiyete, damgalanma yaşamalarına neden olabilmektedir. Yalnızlık ve damgalanma duygusu beraberinde tedaviye uyumsuzluk, aile düzeninde bozulmalar gibi birçok olumsuzlukları beraberinde getirmektedir. TB'lu bireylerde ortaya çıkabilecek yalnızlık duygusunun belirlenmesi için hastaların sözel ve davranışsal ipuçlarının iyi değerlendirilmesi gereklidir. Bu nedenle hemşirelerin etkin dinleme, gözlem, empati ve analiz yapabilme becerilerini kullanmaları ve bakım verdikleri hastalara bütüncül yaklaşımda bulunmaları gerekmektedir. Tüberkülozlu bireylerin yalnızlık duygularıyla baş edebilmeleri için öncelikle bu duyguların sağlık personeli

tarafından belirlenmesi gerekmektedir. Bireyin duygularını ifade etmesine olanak sağlanmalıdır (Sert 2010; Kılıçkaya 2013).

#### **4.14. Depresyon**

Depresyon derin üzüntülü bir duygu durumu içinde bireyin düşünce, konuşma ve hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtilerin yaşandığı bir sendromdur (Savrun 1999; Öztürk ve Uluşahin 2008).

Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanma ve sınıflandırmaları eski çağlara kadar uzanmaktadır. Tıp literatüründe depresyonu ilk Antik Yunan hekimi olan Hippokrat tanımlamıştır. Hipprokrat, bu sendromun belirtileri ve etiyolojisi ile ilgili açıklamalarda bulunmuştur. Hipokrat, vücutta insanın duyguları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf olmak üzere) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri sürerek melankoli olarak ("Melan" siyah, "koli" ise safra karşılığı) adlandırmıştır (Balcıoğlu 1999; Yeşilbaş 2008).

Depresyon yineleyen bir hastalıktır ve kronikleşme olasılığı yüksektir. Depresyonun ortaya çıkmasından biyolojik ve genetik etkenler, cinsiyet, kültür, yaş, stres, medeni durum, sosyoekonomik düzey, kişilik özellikleri, fiziksel hastalıklar, çalışma durumu, gebelik ve lohusalık süreci, bazı ilaçlar, cinsel kimlik tehdidi, alkol ve madde kullanımı, gelişimsel dönemler (menapoz, antropoz gibi), yaşam olayları gibi birçok faktör etkilidir (Kerr ve Kerr 2001; Kayahan ve ark. 2003; Bernstein 2006).

Depresyon yaşayan bireyde; depresif duygu durumu, hiçbir şeyden zevk alamama, suçluluk, değersizlik düşünceleri, ağlama, iştahta azalma veya artma, kilo kaybı, uykusuzluk yada aşırı uyku uyuma gibi uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, konsantrasyon güçlüğüne bağlı iş yaşamında gerileme, sosyal izolasyon, cinsel isteksizlik, beden imgesinde değişim, ölüm düşünceleri gibi belirtiler görülmektedir (Kerr ve Kerr 2001; Culpepper ve ark. 2006).

#### **4.14.1. Tüberküloz ve depresyon**

Tüberküloz, tedavisi uzun süre devam eden bir hastalık olduğu için sosyoekonomik ve ruhsal sorunlara neden olmaktadır (Erci ve ark. 2000). Bu ruhsal sorunların başında depresyon gelmektedir. Ancak bir başka hastalık tarafından maskelendiği için, genellikle gözden kaçmaktadır. Depresyonla birlikte tüberküloz hastalarında anksiyete sık olarak görülmektedir. Depresyona eşlik eden anksiyetenin varlığı depresyonun karmaşık hale gelmesine ve tedavinin zorlaşmasına neden olmaktadır (Üskül ve ark. 2006).

Depresyon duygularının varlığı tüberküloz tedavisi görmekte olan hastaların tedavilerini geciktirmelerine neden olmaktadır. Depresyonun neden olduğu tedavide ki gecikmeler dirençli olgulara yol açmaktadır (Arıkan ve ark. 2000). Erbaycu ve ark (2004) yaptıkları çalışmalarında tüberküloz hastalarının %23'ünün depresyon, alkolizm veya düzensiz yaşamının hastalığın takip ve tedavisini aksatma nedeni olarak ifade ettiklerini bulmuşlardır. Kayseri'de yapılan aktif TB hastaları ile TB geçirmiş hastalarında yapılan depresyon araştırmasında her iki grupta da kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek depresyon oranları saptanmıştır (Ünal ve ark. 2007).

#### **4.15. Anksiyete**

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan bir bunalmışlık duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (Sadock ve Sadock 2007). Anksiyete sözcüğü, darlık ve sıkışma anlamına gelen indogermanik “angh” kökünden türetilmiştir. Anlamı değişik dillerde benzerlik göstermektedir. “Anchein” (boğulmak, sıkılmak ), “angor” ( boğulmak, nefes düzensizliği ), “angustia” (disstres) gibi adlandırılmaktadır (Işık 1996).

Anksiyete her insan tarafından zaman zaman yaşanan bir duygudur. Anksiyete, yaşamın sürdürülmesi, uyum davranışının gelişiminin sağlamak için yaşanmaktadır. Bu duygu yardımıyla bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyaranlardan sakınma, onlarla başa çıkma, onlara karşı koyma, gerektiğinde onlardan kaçma gibi davranışlar gösterilebilir. İnsan yaşamının sürdürülebilmesi için tüm uyum sağlayıcı (adaptif) özellikleri nedeniyle var olması gerekli bir duygudur. Ancak bir yere kadar sağlıklı

olan bu duygunun yaşanması bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlar (Işık 1996).

Anksiyetenin tarihi milattan önceki yıllara kadar uzanmaktadır. 18. Yüzyıllarda anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtileri ayrı ayrı ele alınırken zaman içinde fiziksel ve ruhsal belirtilerin aynı bozukluğun parçaları olduğu anlaşılmıştır. Freud bu belirtileri bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nun tanımlamıştır ve organik kökenli olduğunu savunmuştur. Krapelin ise “korcu nevrozu” olarak ifade etmiş ve anksiyetenin fizik, otonomik ve davranışsal görünümünden bahsetmiştir (Ay 2011).

Anksiyete durumları hastalar tarafından, aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısı olarak algılanabildiği gibi, saçma korkular, rahatsız edici saplantılar, ölüm ve çıldırma korkusu, bedenini yabancı olarak algılama, bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi psikolojik semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümleme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme gibi bedensel belirtiler ile kendini gösterebilmektedir. Belirtiler aniden başlayabildiği gibi giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda başlayabilir. Kişi kendisinde oluşan belirtileri genellikle gerçeğe uygun bir şekilde yorumlayabilir (Sürmeli 1997).

#### **4.15.1. Tüberküloz ve anksiyete**

Tüberküloz kronik bir hastalık olmasının yanında uzun süreli ve zor bir tedaviyi gerektirmesi, fiziki yetmezlik, damgalanma, anksiyete, iş kaybı, ailedeki rol kaybı, tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinden dolayı depresyon gibi birçok ruhsal bozukluğun gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Üskül ve ark. 2006). Tüberkülozlu bireyler aile üyeleri tarafından, arkadaşları tarafından ve sosyal çevresindeki bireyler tarafından damgalanarak dışlanmaktadır. Sosyal izolasyonun yanı sıra iş kaybı, gelecek endişesi, vs. duygular yaşayan tüberkülozlu bireyler anksiyete yaşamaktadır.

#### 4.16. Tüberkülozlu Hastanın Hemşirelik Bakımı

Tüberkülozlu hastanın tam tedavi olabilmesi, etkin ve sürekli hemşirelik bakımını gerektirir. Hemşirenin bu alandaki sorumluluğu hastanın hastalığına ve ilaç tedavisine uyumunu sağlamakla başlar. Tüberkülozun kontrol altında tutulmasında hemşirenin; eğitim (hasta ve ailesini hastalık, bulaşmanın önlenmesi, hastalığın tedavisi, ilaçların düzenli kullanılması), danışmanlık, koruyuculuk, evde bakım gibi önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Hemşire olarak sorumluluklarımızı yerine getirmek için öncelikle hastanın kapsamlı öyküsü alınır ve fiziksel değerlendirilmesi yapılır. Solunum fonksiyonları değerlendirilirken; kilo kaybı, ateş, gece terlemesi, iştahsızlık, yorgunluk, öksürük, hemoptizi, yan ağrısı ve balgam çıkarma gibi klinik belirtiler araştırılır. Hastanın sigara, alkol gibi vücut direncini düşüren alışkanlıkları değerlendirilir. Hastada gastrointestinal bozukluklar var mı araştırılır. Akciğer seslerinde azalma, bronşial solunum, krepitan raller, nefadenopati ve ağrı değerlendirilir. Hastanın yaşadığı ortam, mesleği, eğitim durumu, hastalığı hakkında bilgisi olup olmadığı konusunda veri toplanır. Toplanan bu verilere göre hastanın ihtiyacı olduğu konuda hemşirelik girişimleri planlanır. Bu bölümde TB'lu hastalarda NANDA-TAKSONOMİ II: ALANLAR, SINIFLAR VE TANILAR bağlamında bir hemşirelik bakım planı yer almaktadır (Biol ve ark 1991; Biol 2002; Akdemir ve Biol 2004; Erkal ve ark 2007; Durna ve ark 2009).

##### **ALAN 1: Sağlığı Sürdürme**

##### **Sınıf 1. Sağlığın Yönetimi**

##### **Hemşirelik Tanısı: Tedavi Rejimini Yönetmede Etkisizlik**

**Neden:** Çoklu ilaç tedavisi ve ilaç yan etkileri ile ilgili bilgi eksikliği

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Hastanın ilaç tedavisine uyumunun arttırılması

##### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Gastrointestinal sistem üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek için hastaya TB ilaçlarını almadan önce az miktarda bir şey yiyebileceği söylenir,
- INH alımı süresince hastaya tiamin ve histamin içeren gıdalardan uzak durmanın önemi vurgulanır (örn: ton balığı, kırmızı şarap, soya sosu, maya),
- Tiamin ve histamin içeren gıdalar ile INH'ın birlikte alımı durumunda ortaya

çıkabilecek yan etkiler konusunda hasta bilgilendirilir (baş ağrısı, yüzde kızarıklık, hipotansiyon, sersemlik, palpasyon, diyaferez),

- İlaç etkileşimleri ile ilgili hasta bilgilendirilir (örn: rifampisin beta blokerler, oral antikoagülanlar (Coumadin), digoxin, kortikosteroidler, hipoglisemik ajanlar, teofilin ve verapamil grubu ilaçların etkinliğini azaltır),

-Hasta tüberküloz ilaçlarının nörolojik (işitme kaybı, nörit), karaciğer (karaciğer fonksiyon testleri ↑) ve üriner sistem yan etkileri (serum BUN ↑, kreatinin ↑) konusunda eğitilir,

-Belirli aralıklarla balgam kültürü yapılır, akciğer grafisi çekilir,

-Alkol kullanılmamasının önemi açıklanır,

-Karaciğer fonksiyon testleri, BUN ve kreatinin düzeylerine bakılır,

-Çoklu İlaç Tedavisi ve Doğrudan Gözetimli Tedavi stratejilerinin önemi açıklanır,

## **ALAN 11: Güvenlik/Korunma**

### **Sınıf 1. Enfeksiyon**

#### **Hemşirelik Tanısı: Enfeksiyon Riski**

**Neden:** Damlacık yolu ile basilin yayılması, enfeksiyonun bulaşması konusunda bilgi eksikliği

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Basilin çevreye yayılması ve bulaşmasının önlenmesi

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

-Enfeksiyon ajanının bulaşma yolu ile ilgili hasta ve ailesine bilgi verilir,

-Balgam kültürü sonucu negatif oluncaya kadar solunum izolasyonu uygulanır,

-Öksürürken ağzın mendil ile kapatması gerektiği konusunda hasta duyarlı hale getirilir,

-Solunum izolasyonu süresince hasta odasına giriş çıkışlar sınırlandırılarak, oda kapısının kapalı tutulması sağlanır,

-Hastanın maske kullanması sağlanır,

-Balgam ile kontamine olmuş mendil vb. eşyaların uygun şekilde imhası edilmesi sağlanır,

-Hasta ile temas eden çevredeki birey ve aile üyelerinin kontrolü veya aşılması sağlanır,

-Antitüberküloz ilaçların düzenli olarak kullanılması sağlanır,

-Risk altında olan bireyler gerekirse koruyucu izolasyona (INH) alınır,

-İzolasyon süresince tetkik ve girişimler için hastanın transferi sırasında hastanın

maske takması sağlanır,

-Hasta odası sık sık havalandırılır,

-Mümkün ise HEPA (High-Energy-Particulate Air) filtreler kullanılarak hasta odasının havalandırılması sağlanır,

-Tüberkülozlu hastalar üzerinde bronkoskopi, trakiyal aspirasyonu yapan sağlık çalışanlarının belli aralıkları ile tüberkülin testi yaptırmaları sağlanır.

## **ALAN 11: Güvenlik/Korunma**

### **Sınıf 2. Fiziksel Yaralanma**

#### **Hemşirelik Tanısı: Oral Mukoz Membranda Bozulma**

**Neden:** Pürülan sekresyon atılımı, oksijen tedavisine bağlı oral mukoz membranda kuruma, ağız solunumu yapması, yetersiz oral alım

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Oral mukoz membran bütünlüğünün sürdürülmesi

#### **Hemşirelik Girişimleri**

-Oral mukoz membranlar, dil ve dişler bütünlük, renk, görünüm ve nemliliği değerlendirilir,

-Oral mukoz membranı tahriş etmeyecek solüsyon veya gargaralar ile (alkol-limon içermeyen) ağız bakımı verilir,

-Fungal enfeksiyon gelişmiş ise NaHC03 ile ağız bakımı verilir, topikal anestetikler kullanılır,

-Hastanın oral alımını desteklemek ve iştahını arttırmak için yemekler öncesi ağız bakımı verilir,

-Diyette ağız mukozasını tahriş edecek gıdalara yer verilemez (acı, baharatlı veya çok şekerli yiyecekler, limon vb. asitli meyveler, kola vb. asitli içecekler, sert, çiğnemesi zor besinler),

-Oral hijyen ve bütünlüğün sürdürülmesi için hastaya alkol ve sigara içmemesinin önemi açıklanır,

-Oksijen tedavisi alan hastaların oral mukozası daha sık aralıklar ile gözlenir.



## **ALAN 2: Beslenme**

### **Sınıf 1. Yemek**

#### **Hemşirelik Tanısı: Beslenmede Dengesizlik: Vücut Gereksiniminden Az (Yetersiz Beslenme)**

**Neden:** Kronik hastalık, yorgunluk, aşırı sekresyon çıkarımı nedeniyle oral hijyenin bozulması, dispne

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Beslenme yetersizliği belirti bulguları değerlendirilir (kilo kaybı, anoreksi, malnütrisyon, kan albumin değeri vb.),
- Beslenmenin önemi açıklanır,
- Az az ve sık sık beslenme teşvik edilir ve günlük tüketilen besinler kontrol edilir,
- Diyetisyen ile işbirliği içinde diyet (protein, karbonhidrat, vitamin ve minerallerden zengin) düzenlenir,
- Hastanın ihtiyacına göre sıvı alımı düzenlenir,
- Günlük aldığı çıkardığı takibi yapılır,
- Beslenmeyi kolaylaştırmak için fawler/semifawler pozisyonunda beslenmesi sağlanır,
- Yemek öncesi dinlenmesi sağlanır,
- Hastaya yemek yiyebileceği hoş ve rahat bir ortam hazırlanır,
- Yemekler iştah açıcı şekilde düzenlenir,
- Sevdiği tolere edebileceği yemekleri yemesi için gerekli düzenlemeleri yapılır,
- Yemek öncesi ve sonrası ağız bakımı verilir,
- Yemeklerden önce ağrılı ve hoş olmayan işlemlerden kaçınılır.

## **ALAN 4: Aktivite/Dinlenme**

### **Sınıf 4. Kardiyovasküler/Pulmoner Tepki**

#### **Hemşirelik Tanısı: Etkisiz Solunum Örüntüsü**

**Neden:** Sekresyon miktarının artması, etkisiz öksürük

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Etkili hava yolu açıklığının sağlanması, etkili öksürme ve sekresyon çıkarımının sağlanması, dispne ve hırıltılı solunumun giderilmesi

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Solunum hızı, ritmi, derinliği kontrol edilir,
- Hastaya semi fowler pozisyonu verilir,
- Sekresyon atılımını kolaylaştırmak için günde 2 lt sıvı alımı sağlanır,
- Ağız bakımı verilir,
- Derin solunum egzersizleri ve öksürme egzersizleri öğretilir,
- Doktor istemine göre O2 ve bronkodilatör uygulaması yapılır,
- Kan gazı izlemleri yapılır.

#### **ALAN 4: Aktivite/Dinlenme**

##### **Sınıf 4. Kardiyovasküler/Pulmoner Tepki**

##### **Hemşirelik Tanısı: Aktivite İntoleransı**

**Neden:** Yetersiz beslenme, dispne, yorgunluk, hastalık süreci.

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Yorgunluk, dispne, siyanoz, takipne, hipotansiyon, taşikardi olmadan hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi

##### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Hasta sakin, rahat bir ortamda yatak istirahatına alınır,
- Aktivite planlaması hasta ile birlikte öncelikler doğrultusunda hasta ile işbirliği içinde planlanır,
- Hastanın günlük programına göre dinlenme periyodları düzenlenir,
- Aktivite sırasında olası travmaları önlemek için gerekli önlemler alınır,
- Aktivite tolerasyonu değerlendirilir (yaşam bulguları, mesafe, süre vb.),
- Aktivite intoleransı bulguları izlenir (baş dönmesi, efor dispnesi, palpasyon, kan basıncı değişimleri, nabız, halsizlik, yorgunluk),
- Diyetisyen ile işbirliği içinde günlük kalori, protein ve vitamin gereksinimini karşılayan bir diyet planı yapılır.

#### **ALAN 5: Bilişsel/Algısal**

##### **Sınıf 4. Bilişsel**

##### **Hemşirelik Tanısı: Bilgi Eksikliği**

**Neden:** Çoklu ve karmaşık ilaç tedavisi

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Hastanın hastalık, ilaç tedavisi, korunma ile ilgili bilgi eksikliğini gidermek.

##### **Hemşirelik Girişimleri:**

-Hasta ve ailesi hastalık ve ilaç tedavisi ile ilgili bilgilendirilir (hastalık, bulaşma yolları, ilaç tedavisi, ilaç yan etkileri, korunma),  
-İlaç isimleri, etkileri, yan etkileri, kullanım süresi, “Çoklu ilaç Tedavisi”nin önemi, ilaçların nereden, nasıl ve hangi aralıklar ile temin edeceği açıklanır,  
-Balgam ile kontamine atıkların imha edilme yöntemleri ile ilgili bilgi verilir,  
-İlaç yan etkileri hakkında hastaya eğitim verilir: \*İzoniyazid (INH); periferik nörit, karaciğer enzimleri, hepatit, hipersensitivite \*Rifampisin (Rifadin); hepatit, purpura, bulantı, kusma \*Rifapentin (Priftin); hepatotoksisite, trombositopeni \*Pirazinamid; hiperürisemi, hepatotoksisite, ürtiker, artralji, gastrointestinal sorunlar \*Etambutol; optik nörit, ürtiker,  
-Periferik nöropatiyi (INH yan etkisi) önlemek için hastalar Vitamin B (Piridoksin) alımı önerilir.

## **ALAN 6: Kendini Algılama**

### **Sınıf 1. Benlik Kavramı**

#### **Hemşirelik Tanısı: Yalnızlık Riski**

**Neden:** Basili başkalarına bulaştırma korkusu, solunum izolasyonu, hastalık ile ilgili sosyal stigma.

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Bireyin sosyal çevresi ile sağlıklı bir şekilde kişiler arası ilişkilerini sürdürmesi

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

Hastaya izolasyonun önemi, süresi, gerekliliği ve şekli açıklanır,

-Hasta ailesi ve arkadaşlarını bulaştırıcılık geçene kadar destekleyici bir tutumla hastaya yaklaşımları konusunda cesaretlendirilir,

- İzolasyon süresince telefon vb. yöntemler ile hastaların çevresindeki kişiler ile iletişimini sürdürmesi desteklenir,

- Hasta izolasyona dair hissettiği duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir,

-Bakım verme süreci dışında da hastaya zaman ayrılır ve konuşulur,

-Hasta yargılayıcı olmayan, kabullenici destekleyici bir yaklaşım ile dinlenir,

-Yakınları ve arkadaşları ile birlikte sürprizler düzenlenir (sevdiği resimler, videolar, kitaplar, çiçekler getirmeleri),

-Bulaşma korkusuyla alınan gereksiz önlemlerden kaçınılır.

**ALAN 11:Güvenlik/Korunma**

**Sınıf 6. Termoregülasyon**

**Hemşirelik Tanısı: Hipertermi**

**Neden:** Enfeksiyon ve inflamasyon

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Normal vücut sıcaklığının sürdürülmesi

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Kalp ve solunum hızı, kan basıncı, sıvı dengesi, derinin durumu, mental durum gibi fiziksel göstergeleri izlenir,
- Sürekli ateş takibi yapılır,
- Uygun oda ısısı sağlanır,
- Hastanın uygun kalınlıkta giysi giymesi sağlanır,
- Yeterli diyet ve sıvı alımını sağlanır,
- Gerektiğinde uygun ilaç tedavisini uygulanır,
- Isı artışında fiziksel durum değişikliklerini izlenip kaydedilir,
- Isı artışında soğuk uygulama, ılık duş gibi yöntemlerle ateşi düşürülür.

**ALAN 9: Başetme/Stres Toleransı**

**Sınıf 2. Başetme Tepkileri**

**Hemşirelik Tanısı: Anksiyete**

**Neden:** Semptomlar, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi eksikliği, sağlık durumunda değişiklik, hastalığa bağlı ölüm korkusu

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Anksiyete ve korkularını azaltmaya yönelik baş etme yöntemlerini uygulayabilmesi

**Hemşirelik Girişimleri:**

- İlgili risk faktörleri kontrol altına alınır,
- Tüm tedavi yöntemleri açıklanır,
- Mental aktivitesi izlenir,
- Geçmişteki baş etme yöntemlerini değerlendirilir, uygun yöntemin kullanılması sağlanır (müzik dinletme, egzersiz vb), gevşeme yöntemleri uygulanır, güven ortamı sağlanır,
- Gerektiğinde uygun sedatifler uygulanır.

**ALAN 12:Konfor/Rahatlık****Sınıf 1. Fiziksel Konfor****Hemşirelik Tanısı: Kronik Ağrı**

**Neden:** Ateş, akciğerin inflamasyonu, sürekli öksürük

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Hastanın ağrının azaldığını ve rahatladığını ifade etmesi

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Ağrının yeri şiddeti ve ne zaman başladığı belirlenir,
- Ağrıya karşı duyuşal tepkileri değerlendirilir ve izlenir,
- Yaşam bulgularını izlenir,
- Ağrıyı azaltan ve artıran faktörler belirlenir günlük yaşam aktivitelerinin ağrıyı artırdığı ya da azalttığına yönelik açıklayıcı bilgi verilir,
- Ağrıya neden olan uyarılar elimine edilir,
- Anksiyete ve korkularını gidermek için bilgi verilir,
- Gereksiz hareketlerden kaçınılır, musküler gerginliği azaltılır, uygun rahatlatıcı masaj yapılır,
- Hasta öksürürken ya da derin soluk alma sırasında elle ya da yastıkla göğsün desteklemesi gerektiğini öğretilir,
- Ağrı kontrolü ile ilgili açıklayıcı bilgi verilir hastanın ihtiyacına göre order edildiği şekilde analjezik ya da antipretikleri uygulanır,
- Ağrı kontrol ilaçları hastanın uyku ve istirahatını bölmeyecek şekilde planlanır.

**ALAN 3: Eliminasyon****Sınıf 4. Solunum Sistemi****Hemşirelik Tanısı: Gaz Değişiminde Bozulma**

**Neden:** Akciğerde inflmatuar değişiklikler, akciğerlerde ventilasyon difüzyon oranının bozulması

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Hava yolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Solunumun hız ve tipi değerlendirilir,
- Akciğer seslerini dinlenir,
- Kalp hızı ve ritmini izlenir,
- Vücut ısısı izlenir, ateş titreme durumunda hastaya yardımcı olunur ve rahatlığını

sağlanır (Ilık banyo, oda ısısının düzenlenmesi, yatak çarşaflarının değiştirilmesi),

- Akciğer filmi izlenir,
- Mental durumu değerlendirilir,
- Yatak istirahati sağlanır,
- Anksiyete seviyesi değerlendirilir, endişe ve hissettiklerini sözel dile getirmesinde desteklenir,
- Pulse oksimetre ile oksijen konsantrasyonunu izlenir,
- Uygun yolla maske veya kanül ile oksijen tedavisi uygulanır.

## **ALAN 2:Beslenme**

### **Sınıf 5. Hidrasyon**

#### **Hemşirelik Tanısı: Sıvı Volüm Eksikliği Riski**

**Neden:** Ateş, terleme, hiperventilasyon, oral alımın azalması.

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Yaş, cinsiyet ve vücut ağırlığına göre sıvı dengesinin sağlanması ve sürdürülmesi

#### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Isı artışı, yüksek ateş, taşikardi, ortostatik hipotansiyon gibi yaşam bulguları değişikliklerini değerlendirilir,
- Müköz membranların nemliliğini ve deri turgorunu değerlendirilir,
- Bulantı –kusma takip edilir ve kayıt edilir,
- İdrarın özelliklerini-rengi izlenir ve kayıt edilir,
- Aldığı çıkardığı takibi yapmak, gizli kayıpların farkında olmak, kilo takibi yapılır,
- Hastanın sınırları dahilinde günde en az 3000 ml sıvı alımı sağlanır,
- Gerektiğinde antipretik, analjezik gibi ilaç tedavilerini uygulanır,
- Gerektiğinde destekleyici İV sıvı verilir.

## **ALAN 6: Kendini Algılama**

### **Sınıf 3. Beden İmgesi**

#### **Hemşirelik Tanısı: Beden İmgesinde Değişim**

**Neden:** Balgam yapısı ve miktarının değişimi, yorgunluk, karmaşık tedavi, kaşeksi, rol ve görevlerini yerine getirememe

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Bireyin sosyal yaşamının sağlıklı bir şekilde devam etmesi

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Amaç saptamada ve karar vermede hasta katılıma cesaretlendirilir,
- Kişisel güçlerini tanınmasına yardımcı olunur,
- Hastanın ihtiyaçlarını anlamada ve nasıl yardım edebilecekleri konusunda hastaya yardımcı olunur,
- Beden imgesi konusundaki ilgisini sözlü ifade etmesi için cesaretlendirilir.

**ALAN 4: Aktivite/Dinlenme**

**Sınıf 1. Uyku/Dinlenme**

**Hemşirelik Tanısı: Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık**

**Neden:** Dispne, öksürük, ateş, dış uyaranlar

**Amaç/Beklenen Sonuç:** Hastanın yeterli ve düzenli uyuduğunu ifade etmesi

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Olanaklar elverdiğince sessiz, karanlık, relaksasyona uygun ortam sağlanır,
- Odanın yeterli havalandırılması ve alışkanlıklarına uygun uyku programı sağlanır,
- Bakım aktivitelerini hastanın uykusunu bölmeyecek şekilde planlanır,
- Uyumaya yardımcı uygulamalar konusunda hastaya eğitim verilir,
- Kafein gibi uyaranlardan kaçınması sağlanır,
- Belli saatlerde yatma alışkanlığını sürdürmesi sağlanır,
- Relaksasyon teknikleri öğretilir.

#### 4.17. Araştırmanın Önemi

Tüberküloz, insanlık tarihinin bilinen en eski hastalıklarından biri olup, dünya ülkelerinde mortalite ve morbiditesinin yüksek olmasından dolayı önemli bir sağlık sorunudur. Ayrıca tüberküloz tedavisinin uzun sürmesi, hastaları ekonomik, sosyal, psikolojik yönden etkilemesi, bulaşıcı ve ölümcül olduğu için toplum tarafından korkulması, hastalara yönelik damgalama, ayrımcılık ve sosyal izolasyon uygulanmasına neden olmaktadır. Tüberkülozun neden olduğu damgalama hastanın tedaviye başlamasına, devam etmesine engel olmakta, hastaların tanılarını gizlemelerine, toplumdaki uzaklaşmalarına, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon ve yalnızlık duyguları yaşamalarına neden olabilmektedir. Dolayısıyla Tüberkülozlu hastalar hastalığın fizyolojik problemleri ile uğraşırken birde sosyal problemlerle baş etmek durumundadır.

Tüberküloz'a karşı önyargı ve damgalama tüm dünyada bakımı, tedaviyi ve hastalıktan korunmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Hastanın tedaviye başvurmasını ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte olup, infekte bireylerin toplum dışında kalmalarına neden olabilmektedir. Tüberküloz konusunda toplumda var olan önyargı ve damgalama bu hastalığın bildirimini engellemekte ve toplumsal korku nedeniyle sağlam bireye bulaşmayı da arttırmaktadır. Hasta bireylerin en yakını olan aileler de bu önyargı ve damgalamayı yaşamakta ve hasta bireye yaşatmaktadır. Sonuç olarak hastalar yalnızlık, terk edilmişlik hissi, depresyon ve anksiyete, kısıtlılıklarına bağlı olarak da gelecek hakkında belirsizlik ve kaygı yaşayabilmektedirler.

Tüberkülozlu hastaların yaşadıkları damgalanma deneyimleri, anksiyete, depresyon ve yalnızlık duyguları iyileşme sürecini negatif yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, hastaların sağlık kuruluşlarından tedavi ve bakım hizmeti aldıkları süre içerisinde yaşadıkları olumsuz deneyimlerin fark edilmesine ve baş etmesine yardımcı olacak girişimlerin belirlenmesine yönelik çalışmalara gereksinim vardır. Tüberküloz servis ve polikliniklerinde tedavi ve bakım hizmeti alan hastaların damgalanma ilgili yaşadıkları olumsuz deneyimler ve bunlara neden olan faktörlerin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında,



hasta sonuçlarını olumlu yönde geliştirmek için etkili hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında kanıt oluşturabilir. Bu çalışmada, tüberkülozlu hastaların damgalamayla ilgili deneyimlerinin tanımlanması, damgalanmanın neden olabileceği anksiyete, depresyon ve yalnızlık duygusunun değerlendirilmesi ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelere, bakımında uygulayabilecekleri öneriler sunulması amaçlanmaktadır. Çalışmadan elde edilecek sonuçlar, tüberkülozlu bireylerin yaşadıkları damgalanmaya yönelik bütüncül hemşirelik bakımı verilebilmesi ve uygun baş etme yöntemlerinde desteklenmesi için hemşirelere kanıta dayalı bilimsel veriler sağlayabilir.



## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada amaç, akciğer tüberkülozlu hastalarda anksiyete, depresyon, yalnızlık ve damgalamanın değerlendirilmesidir.

### **5.2. Araştırmanın Soruları**

Tüberkülozlu hastaların anksiyete düzeyi nasıldır?

Tüberkülozlu hastaların depresyon düzeyi nasıldır?

Tüberkülozlu hastalar kendilerini yalnız olarak algılıyorlar mı?

Tüberkülozlu hastalar damgalandıklarını düşünüyorlar mı?

### **5.3. Araştırmanın Tipi**

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

### **5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Ekim 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında İzmir İli Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütüldü.

### **5.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini; İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tüberküloz polikliniği ve servislerinde ayaktan ya da yatarak tedavi ve bakım hizmeti alan hastalar oluşturdu. Bu kuruma bir yılda başvuran toplam TB'lu hasta sayısının ortalama olarak 500 olduğu belirlendi (N=500). Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2012 verilerine göre ülkemizde akciğer tüberkülozu prevalansının %64 olduğu bildirilmektedir. Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olması ve istatistiksel analizin yapılabilmesine yetecek büyüklükte bir örneklem büyüklüğüne karar vermek için %64 sıklık, %5 sapma, %95 güven düzeyinde örnekleme alınacak hasta sayısı hesaplandı (n=208). Araştırmanın örneklemini; olasılıksız örnekleme yönetimi ile seçilen ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun 208 hasta oluşturdu. Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- 18 ile 65 yaş arası,
- Ölçeklerdeki ifadeleri anlama yetisine sahip,
- Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı her hangi bir bedensel ve zihinsel engeli olmayan,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta bireylerdir.

### **5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın yalnızca, İzmir İli Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tüberküloz polikliniği ve servislerinde ayaktan ya da yatarak tedavi ve bakım hizmeti alan hastalardan; ölçeklerdeki ifadeleri anlama yetisine sahip, 18-65 yaş arası, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı her hangi bir bedensel ve zihinsel engeli olmayan, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalarla yürütülmüş olması nedeniyle bulgular toplumdaki tüm TB'lu hastalara genellenemez.

### **5.7. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri**

Bağımsız Değişkenler: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarıdır.

Bağımlı Değişkenler: Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden alınan puan ortalamalarıdır.

### **5.8. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayanarak hazırlanan 17 sorudan oluşan sosyodemografik bilgiler, Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) ve UCLA Yalnızlık Ölçeği'ni içeren soru formu kullanılarak toplanmıştır (Ek-1).

**5.8.1. Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği:** Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ) Tüberkülozlu hastaların damgalanma düzeyini ölçmeye yönelik olarak Sert ve Olgun (2010) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 33 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeğinin

“hissedilen stigma” (1. alt boyut), “kendini algılama ” (2. alt boyut), “aile/arkadaş ilişkileri ” (3. alt boyut), “içselleştirilmiş stigma ” (4. alt boyut) olmak üzere dört alt boyutu vardır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 132, en düşük puan 33’tür. THSÖ’den alınan puanlar arttıkça hastaların damgalanma düzeyleri de artmaktadır. Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için yazar izni elektronik posta ile alınmıştır (Ek-2). Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,91’dir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,74’tür.

**5.8.2. UCLA Yalnızlık Ölçeği (University California of Los Angeles-Loneliness Scale):** Russel ve ark (1980) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirliği Demir (1989) tarafından çalışılmıştır. UCLA yalnızlık ölçeği 10’u düz, 10’u ters yönde kodlanmış 20 maddelik likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80’dir. Ölçekten alınan puan aralığı 50-64 yüksek düzey, 35-49 orta düzey, 20–34 düşük düzey yalnızlığı göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,94’dür. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89’dır.

**5.8.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) Zigmond ve Snaith (1983) tarafından bedensel hastalığı olanlar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranların anksiyete ve depresyon yönünden riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte olup yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirliği (Aydemir 1997) tarafından çalışılmıştır. Her iki alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. Anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için kesme puanı 7/8’dir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92’dır.

### **5.9. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi**

Araştırma verileri, çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tüberküloz polikliniği ve servislerinde araştırmacı tarafından, gündüz mesai saatleri içerisinde, araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun hastalarla yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Bir hasta ile görüşme ortalama 20 dakika sürdü.

### **5.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Araştırma verileri bilgisayarda Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik programına girildikten sonra, tanımlayıcı istatistiksel analizleri ve korelasyon analizleri yapıldı. Anlamlılık  $\alpha=0.05$  güven aralığında  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

### **5.11. Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmaya başlamadan önce Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul'dan (Ek-3) ve İzmir İli Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden (Ek-4) ilgili izinler alındı. Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

## **6. BULGULAR**

### **6.1. Tüberkülozlu Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri**

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $45,5 \pm 14,8$  (31-60) yıl olup büyük çoğunluğu evli (%62) ve erkekti (%63). Ayrıca hastaların yaşadıkları yer incelendiğinde; %51,9'u ilde yaşıyorken, %36'sı ilçede yaşamaktaydı. Araştırmaya katılan tüberkülozlu hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterildi.



**Tablo 1. Tüberkülozlu Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri (n=208)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
49 yaş ve altı	105	50,5
49 üzeri	103	49,5
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	77	37,0
Erkek	131	63,0
<b>Medeni durum</b>		
Evli	129	62,0
Bekar	63	30,3
Dul	16	7,7
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar	36	17,3
İlkokul	86	41,3
Ortaokul	33	15,9
Lise	38	18,3
Lisans	14	6,7
lisansüstü	1	0,5
<b>Meslek</b>		
Memur	13	6,2
Ev hanımı	48	23,1
Serbest	24	11,5
İşçi	33	15,9
Emekli	48	23,1
İşsiz	35	16,8
Öğrenci	7	3,4

---

<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	119	57,2
Gelir gidere denk	2	1,0
Gelir giderden fazla	87	41,8
<b>Sosyal güvencesi</b>		
Var	172	82,7
Yok	36	17,3

---

Araştırmaya katılan hastaların %80,8'i yeni vaka olup %57,69'u tedaviye devam etmekteydi. Bu hastalardan %63'ü hastaneye yatarak tedavi görmüştü. Araştırmaya katılan hastaların %73,1'inde başka bir kronik hastalık yoktu ve %50,5'i TB olduğunu çevresindeki bireylere söyleyebilmişti. Hastaların hastalığı kabullenme durumuna baktığımızda %81,8'i hastalığını kabullenmiş olup %86,5'ü tedavi sürecinde tedaviyi bilerek aksatmamıştı. Araştırmaya katılan tüberkülozlu hastaların sağlık/hastalık durumları ile ilgili özellikleri Tablo 2'de gösterildi.



**Tablo 2. Sağlık/hastalık Durumları İle İlgili Özellikler ( n=208)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hastalık süresi</b>		
Tedavi gören hastalar	120	57,6
Son beş yıl içinde tedavi görmüş	59	28,3
Tedavi görelili beş yıldan fazla olanlar	29	13,9
<b>Hastalıktan dolayı hastaneye yatış durumu</b>		
Evet	131	63,0
Hayır	77	37,0
<b>Tüberküloz durumu</b>		
Yeni vaka	168	80,8
Nüks	34	16,3
MDR	6	2,9
<b>Süreğen başka bir hastalığın olma durumu</b>		
Hastalık yok	152	73,1
Hastalık var	56	26,9
<b>Ailede tüberküloz hastası olma durumu</b>		
Evet	49	23,6
Hayır	159	76,4
<b>Tbc olduğunu söyleyebilme durumu</b>		
Evet	105	50,5
Hayır	103	49,5
<b>Hastalığı kabullenme/kabullenmeme durumu</b>		
Kabullenme	169	81,8
Kabullenmeme	39	18,8
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Evet	65	31,2
Hayır	78	37,5
Bıraktım	65	31,2
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Evet	25	12,0
Hayır	147	70,7

Bıraktım	36	17,3
<b>Tedaviyi bilerek aksatma durumu</b>		
Evet	28	13,4
Hayır	18	86,5

MDR=Çok ilaca dirençli tüberküloz

## 6.2. Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar

Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları Tablo 3'te belirtildi.

**Tablo 3. Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (n=208)**

THSÖ	Ort ± SS	Min-Maks. Puan
<b>Hissedilen Damgalama</b>	37,69 ± 5,12	27-50
<b>Boyutu</b>		
<b>Kendini Algılama</b>	18,37 ± 2,85	10-26
<b>Boyutu</b>		
<b>Aile/Arkadaş İlişkileri</b>	17,83 ± 2,94	9-24
<b>Boyutu</b>		
<b>İçselleştirilmiş</b>	21,00 ± 4,29	9-28
<b>Damgalama Boyutu</b>		
<b>THSÖ Genel puanı</b>	94,90 ± 10,67	62-122

Ortalama±Standart Sapma=Ort±SS

Hastaların damgalanma puan ortalamalarına alt boyutlarına göre bakıldığında; “Hissedilen Stigma” boyutundan aldıkları ortalama puan 37,69, “Kendini Algılama” boyutundan aldıkları ortalama puan 18,37, “Aile/Arkadaş İlişkileri” boyutundan aldıkları ortalama puan 17,83, “İçselleştirilmiş Stigma” alt boyutundan aldıkları

ortalama puan ise 21,00 olduğu bulundu. Hastaların % 47,6'sının damgalanma ölçeğinin bütününde ortalamanın üstünde puan aldığı, %52,40'nın ise genel ortalamanın altında puan aldığı bulundu.

Tüberkülozlu hastaların UCLA yalnızlık ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4'te belirtildi.

**Tablo 4. Tüberkülozlu Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (n=208)**

UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan ve Dereceleri	Sayı	%	Ort ± SS
Düşük Düzey Yalnızlık (20-34 Puan)	41	19,7	
Orta Düzey Yalnızlık (35-49 Puan)	102	49,0	
Yüksek Düzey Yalnızlık (50 ve Üstü)	65	31,2	
<b>Toplam</b>	<b>208</b>	<b>100</b>	<b>44,36 ± 10,29</b>

Ortalama±Standart Sapma=Ort±SS

Hastaların UCLA yalnızlık ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; %19,7'sinin düşük düzeyde, %49,0'ının orta düzeyde yalnızlık hissettiği ve %31,2' sinin yüksek düzeyde yalnızlık hissettiği görüldü. Genel olarak tüberkülozlu hastaların yaklaşık %80,2'inde (n=167) orta ve yüksek düzeyde yalnızlık hissettikleri tespit edildi.

Hastaların hastane anksiyete depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 5'te verildi.

**Tablo 5. Tüberkülozlu Bireylerin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (n=208)**

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	Ort±SS	Risk Yok		Risk Var	
		Sayı	%	Sayı	%
<b>HAD-A</b>	7,80±4,14	154	74	54	26
<b>HAD-D</b>	8,24±4,30	82	39,5	126	60,5

Ortalama±Standart Sapma=Ort±SS

Hastaların hastane anksiyete depresyon ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında HAD-A alt ölçek puan ortalamasının  $7,80 \pm 4,14$  (0-17), HAD-D alt ölçek puan ortalamasının ise  $8,24 \pm 4,30$  (0-21) olduğu tespit edildi. HAD-D'den 126 hasta (%60,5) eşik üstünde puan alırken, HAD-A'dan 54 hasta (%26) eşik üstünde puan aldıkları bulundu. Hastaların yarısından fazlası depresyon ölçeğinin puan ortalamasının üzerinde aldı. Ayrıca hastaların yarısından daha azı anksiyete puan ortalamalarının üstünde bir puan aldığı görüldü.

### **6.3. Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler**

Tüberkülozlu hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler Tablo 6'da belirtildi.

**Tablo 6. Tüberkülozlu Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler (n=208)**

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	UCLA Yalnızlık Ölçeği	
	r	p
HAD-A	0,64	0,00*
HAD-D	0,74	0,00*

\*p<0,01

Tüberkülozlu Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki ( $p<0,01$ ) bulundu.

Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden Aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler Tablo 7’de gösterildi.

**Tablo 7. Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’nden Aldıkları Puanlar Arası İlişkiler (n=208)**

Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği			
	HAD-A		HAD-D	
	r	p	r	p
Hissedilen Damgalama Boyutu	-0,10	0,11	-0,12	0,06
Kendini Algılama Boyutu	0,46	0,00**	0,51	0,00**
Aile/Arkadaş İlişkileri Boyutu	-0,16	0,03*	-0,13	0,04*
İçselleştirilmiş Damgalama Boyutu	0,22	0,00**	0,26	0,00**
THSÖ Genel puanı	0,14	0,03*	0,16	0,01*

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Hastaların, Tüberkülozlu hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği’nden aldıkları puan ile HAD-A ve HAD-D Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki (p<0,05) bulundu. Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları puanlar ile HAD-A ve HAD-D Ölçeği’nden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler aşağıda belirtildi:

Hissedilen stigma puanı ile HAD-A ve HAD-D Ölçeği'nden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmedi ( $p>0,05$ ).

Kendini algılama puanı ile HAD-A ve HAD-D Ölçeği'nden alınan puanlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $p<0,01$ ).

Aile/Arkadaş ilişkileri puanı ile HAD-A ve HAD-D Ölçeği'nden alınan puanlar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ).

İçselleştirilmiş damgalama puanı HAD-A ve HAD-D Ölçeği'nden alınan puanlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ( $p<0,01$ ).

Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ile UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler Tablo 8'de belirtildi.

**Tablo 8. Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ile UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkiler (n=208)**

Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği	UCLA Yalnızlık Ölçeği	
	r	p
Hissedilen stigma	-0,16	0,01**
Kendini algılama	0,38	0,00**
Aile/Arkadaş İlişkileri	-0,20	0,00**
İçselleştirilmiş stigma	0,19	0,00**
Ölçek Toplamı	0,03	0,63

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

Tüberkülozlu Hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği ile UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p=0,65$ ). Tüberkülozlu hastaların Tüberkülozlu Hastalarda Stigma

Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar ile UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiler aşığıda belirtildi:

Hissedilen stigma puanı ile UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden alınan puan arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi ( $p=0,01$ ).

Kendini algılama puanı ile UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden alınan puan arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $p=0,00$ ).

Aile/Arkadaş ilişkileri puanı ile UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden alınan puan arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p=0,00$ ).

İçselleştirilmiş damgalama puanı ile UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden alınan puanlar arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ( $p=0,00$ ).



## 7. TARTIŞMA

Tüberküloz, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün de tanımladığı gibi büyük bir küresel sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (Elbek 2015). Tüberkülozda risk faktörlerinin tanımlanması hastalığın önlenmesi ve tedavisi için önemlidir. Literatürde tüberküloz gelişimi için tanımlanan önemli risk faktörleri erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey ve sigara içilmesi olarak tanımlanmıştır (Sünbül 1996; Elbek 2015). Çalışmamıza katılan hastaların sosyodemografik durumları değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun erkek, gelir düzeyinin düşük, sigara kullanımı olan ya da bırakmış hastalardan oluştuğu bulundu. Ülkemizde yapılan çalışmalarla da karşılaştırıldığında hastalarımızın özelliklerinin literatür ile benzer olduğu söylenebilir (Ünal ve ark 2007; Taşkın ve Olgun 2010; Akpınar ve Kayhan 2013).

Tüberküloz bireylerin fiziksel ve fonksiyonel işlevselliğini bozmakla birlikte (Hansel ve ark. 2004), aile üyeleri, arkadaşları ve tanıdıkları tarafından dışlandıkları ve damgalanmaya maruz kaldıkları, yalnızlık, terk edilmişlik hissi, depresyon ve kısıtlılıklarına bağlı olarak da gelecek hakkında belirsizlik ve korku yaşadıkları yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (Özkurt ve ark. 2000; Tocque ve ark. 2001). Akciğer tüberkülozlu hastalarda anksiyete, depresyon, yalnızlık ve damgalanmayı değerlendirdiğimiz çalışmamızda, hastaların %74'ünün anksiyete yönünden düşük risk, %60,5'inin depresyon yönünden yüksek risk altında oldukları, orta ve yüksek düzeyde yalnızlık algıladıkları ve orta düzeyde damgalanma deneyimledikleri bulundu. Literatürde anksiyete, depresyon, yalnızlık ve damgalanmayı bir arada değerlendiren bir araştırmaya rastlanmadı. Bu nedenle bulgularımız tüberküloz hastalarında bu kavramları ayrı değerlendiren literatür sonuçları ile tartışıldı.

Ülkemizde bir Verem Savaş Dispanseri'ne başvuran aktif tüberkülozlu 48 hasta ile yürütülen çalışmada hastaların %20,8'inde anksiyete, %50,0'sinde depresyon saptanmıştır (Bulut-Çelik ve ark. 2012). Bir başka çalışmada ise (n=33) tüberkülozlu hastaların %15'inde depresyon olduğu bildirilmiştir (Akpınar ve Kayhan 2013). Bir Verem Savaş Dispanseri'ne kayıtlı 125 aktif tüberkülozlu hastalarda anksiyete sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %38,4'ünde minör anksiyete, %28,8'inde major anksiyete saptanmıştır (Can ve ark. 2012). Bir Verem Savaş Dispanseri'ne kayıtlı 38 hasta ile yürütülen bir başka çalışmada ise



hastalarda orta düzeyde depresyon tespit edilmiştir (Polat ve Ergüney 2012). Husain ve ark (2008) çalışmasında (n=108) hastaların %46,3'ünde depresyon, %47,2'sinde ise anksiyete olduğu, Aisha (2010) çalışmasında ise hastaların %72'sinde orta ve yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon olduğu bildirilmiştir. Literatürle karşılaştığında araştırma grubumuzun anksiyete ve depresyon düzeylerinin bazı çalışma sonuçlarından yüksek bazı araştırma sonuçlarından düşük olduğu görüldü. Bu durum örneklem büyüklüğümüzün benzer çalışmalarla karşılaştığında daha büyük olmasıyla açıklanabilir. Öte yandan kronik hastalığı olan bireylerin çoğu zaman kaygı, öfke, mutsuzluk gibi yoğun duygularını bastırdıklarını bildirmiştir (Okanlı ve ark. 2008). Tüberküloz kronik bir hastalık olmasının yanında uzun süreli ve zor bir tedaviyi gerektirmesi, fiziki yetmezlik, damgalanma-dışlanma, iş kaybı, ailedeki rol kaybı, anti tüberküloz ilaçların yan etkilerinden dolayı depresyon gibi birçok ruhsal bozukluğun gelişmesine de zemin hazırladığı vurgulanmaktadır (Çevik ve ark. 1996; Alkan ve Sezgin 1998; Tezcan 2000; Vega ve ark. 2004; Ünal ve ark. 2007; Ünal ve ark. 2008). Aktif tüberküloz hastaları ile tüberküloz geçirmiş hastalarında yapılan depresyon araştırmasında her iki grupta da kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek depresyon oranları saptanmıştır (Ünal ve ark. 2007).

Araştırmamızda hastaların yalnızlık düzeylerinin orta ve yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Literatürde tüberküloz gibi kronik hastalığı olanların daha fazla yalnızlık yaşadıkları bildirilmiştir (Velioğlu ve ark. 1991; Hansel ve ark. 2004; Aslan 2007; Polat ve Ergüney 2012). Hastaların yalnızlık düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin de arttığı bulundu. Bu bulgu Polat ve Ergüney (2012) çalışması ile paralellik göstermektedir. Yalnızlık ve depresyon ilişkisini değerlendiren bir başka çalışmada yalnızlık düzeyi arttıkça depresyonun da arttığı vurgulanmaktadır (Erozkan 2011).

Tüberkülozun toplumsal ve sosyal hastalık olması hastalığın kolaylıkla ifade edilememesine; tanılanan bireyi toplum ilişkilerinden geri plana iten bir sürece doğru yönlendirebilmektedir. Bu bağlamda da tüberküloz damgalanma uygulanan hastalıklardan biridir (Aslan 2007). Hong Kong' da yapılan bir çalışmada (n=3011) HIV-AIDS'ten sonra tüberkülozun en fazla damgalanan hastalık olduğu bildirilmiştir (Mak ve ark. 2006). Literatürde tüberkülozda damgalanma sıklığı %27-80 arasında olduğu bildirilmektedir (Ali ve ark. 2003; Qureshi ve ark. 2008; Ottmani ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (n=129) tüberkülozlu hastaların %53,4'ünde

(Öztürk 2013) bir başka çalışmada ise (n=407) hastaların %52,3'ünde (Sert 2010), Açıkl-Yiğit ve Çınar-Pakyüz (2015) araştırmasında ise hastaların %74,4'ünün damgalanma düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Hao ve ark (2008) çalışmasında katılımcıların üçte birinden fazlası tüberküloz ile ağır damgalanmayı ilişkilendirdikleri gösterilmiştir. Literatürün aksine araştırmamıza katılan hastaların %47,6'sında damgalanma düzeyinin düşük olduğu bulundu. Bu durum damgalanmanın coğrafik bölgelere göre ve topluluklara göre çok fazla değişiklik göstermesi ile açıklanabilir. Aslan ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada hastaların %21,6'sının hastalıklarını başka biriyle paylaşmadığı bunun nedeni olarak da %51,1'i dışlanmaktan korktuğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada, hastaların sosyal yaşam durumları değerlendirildiğinde %9,3'ü ailesinden ayrı kalmaktan ve %9,3'ü yalnız olmaktan dolayı tüberkülozun yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Kelly (1999) çalışmasında hastaların tüberküloz tanısı kesinleştikten sonra ailelerinden ve arkadaşlarından uzaklaştıkları ve kendilerini izole ettikleri bildirilmiştir. Bir başka çalışmada da hastaların sosyal ilişkilerinin kesileceği endişesi taşıdıkları vurgulanmıştır (Zhang ve ark. 2007). Çalışmamızda damgalanma ile yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu durum hastalarımızın büyük çoğunluğunun hastalıklarını kabullenmeleri ve bir başkasına söyleyebilmeleri ile açıklanabilir. Buna ilave olarak yalnızlık arttıkça Hissedilen Stigma düzeyinin azaldığı bulundu. Hastalar yalnızlıklarını damgalanma nedeniyle değil hastanede olma, izolasyon önlemleri ve bulaş riski nedeniyle alınan sosyal önlemlere bağlı olarak açıklamışlardı. Ancak yalnızlık arttıkça İçselleştirilmiş Stigma düzeyi de artmaktaydı. Hastaların damgalanma ve İçselleştirilmiş Stigma düzeyleri arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyleri de artmaktaydı. Hastaneye yatış ve izolasyon önlemleri dışında damgalanma ve İçselleştirilmiş Stigmanın anksiyete ve depresyonun önemli bir kaynağı olmaya devam ettiği söylenebilir. Hissedilen Stigma düzeyinin anksiyete ve depresyon düzeyini etkilemediği görüldü. Bu durum hastaların kendilerini damgalanmış hissetmediklerini düşünerek kaygı, yalnızlık, öfke, mutsuzluk, depresyon gibi olumsuz duyguları bastırmak için kullandıkları bir baş etme yöntemi olarak düşünülebilir. Kronik fiziksel hastalığı olan bireylerin hastalıklarının getirdiği kaygı, anksiyete, huzursuzluk, hayal kırıklıkları ve güçlüklerle baş etmek için çeşitli psikolojik ve davranışsal savunmalar geliştirdikleri bu savunma yollarının çeşitli davranış değişiklikleri, inkar ve sakınma gibi psikolojik

değişiklikler şeklinde olabildiği belirtilmektedir (Ünal ve ark. 2008). Bazı çalışmalarda anksiyete ve depresyon gelişimi hastaların toplum tarafından karşılaştıkları önyargı ve damgalanmayı içselleştirmeleri ve bu nedenle de kendisine ve çevresine ilişkin olumsuz duygusal tepkiler oluşması ile açıklanmaktadır. Damgalanma ile başa çıkmaya çalışan hastaların hastalıklarını gizlemeye çalışmaları ve sosyal olarak geri çekilmeleri sonucu yaşadıkları kaygının arttığı ve bu nedenle kendilerine ilişkin yetkinlik duygularını kaybederek depresif belirtiler yaşadıkları vurgulanmaktadır (Corrigan ve ark. 2010). Depresyonun bireyin öz saygıyı ve yeterlilik duygularını azaltarak, kendini olumsuz algılamasına neden olduğu bu nedenle de depresif belirtileri olan hastaların yaşadıkları damgalanmayı içselleştirmeye yatkın hale geldikleri de belirtilmektedir (Corrigan ve ark. 2011). Bir çalışmada damgalanmanın, hastalarda sosyal içe kapanma, düşük özsaygı, düşük kendilik değeri, dışlanmışlık hissi, depresyon gibi olumsuz etkiler yarattığı bildirilmiştir (Yıldırım ve ark. 2012). Bir çalışmada hastaların %4,2'si bu hastalıktan iyileşemeyeceklerini (Taşkın ve Olgun 2010) bir başka çalışmada da hastaların %26'sı bu hastalığa yakalanmayı kendilerine yakıştıramadıkları için utanç duyduklarını belirtmişlerdir (Arıkan ve ark. 2000). Araştırmamızda da Kendini Algılama alt boyutu ile yalnızlık, anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Bu durum hastaların kendileri ile ilgili olumsuz algıları arttıkça yalnızlık, anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı söylenebilir.

Tüberkülozlu hasta bireyin varlığı ailenin işlevselliğini değiştirmekte ve tüm aile üyelerini etkilemektedir. Bir çalışmada hastaların %17,9'u tüberküloz olduktan sonra aile içi ilişkilerinin ve aile düzeninin bozulduğu, %19,8'inin komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinin azaldığı belirtilmiştir (Taşkın ve Olgun 2010). Arıkan ve ark (2000) çalışmasında hastaların %26'sının tanısını birinci derece yakınları dışında kimseye söylemedikleri gösterilmiştir. Aktif tüberkülozlu hastalarla yürütülen bir çalışmada ise hastaların %5,7'sinde aile içi ilişkilerde bozulma olduğu tespit edilmiştir (Ünal ve ark. 2008). Literatürde tüberküloz hastalarının %52'sinin evde yaşayanların olumsuz duygu ve davranışları nedeniyle tedavi sonrası eve gönderilemedikleri belirlenmiştir (Helman 2001). Çalışmamızda aile ve arkadaşlık ilişkileri arttıkça yalnızlık, anksiyete ve depresyonun azaldığı bulundu. Bu bağlamda, aile üyeleri ve arkadaş desteğinin, yalnızlık algısını, anksiyete ve depresyon düzeyini de azalttığı, hastaları manevi ve ruhsal olarak olumlu etkilediği söylenebilir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Akciğer tüberkülozlu hastalarda anksiyete, depresyon, yalnızlık ve damgalamayı değerlendirdiğimiz çalışmamızda, hastaların anksiyete yönünden düşük risk, depresyon yönünden yüksek riskli oldukları, orta ve yüksek düzeyde yalnızlık algıladıkları ve orta düzeyde damgalanma deneyimledikleri bulundu. Kendilerini daha olumlu algılayan, aile ve arkadaşlık ilişkileri fazla olan hastaların daha düşük düzeyde anksiyete, depresyon ve yalnızlık hissettiği gösterildi.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Hastaların özgüvenlerini sağlayacak ve kendileri ile ilgili olumlu algılarını arttıracak danışmanlık hizmeti sağlanması,
- Damgalanma, yalnızlık, anksiyete, depresyonun ve neden olan faktörlerin değerlendirilmesi,
- Bulaşmayı önleyici evrensel korunma önlemleri sağlanarak hastaların aile ve arkadaşları ile zaman geçirmelerine olanak sağlanması önerilmektedir.

## 9. KAYNAKLAR

Acican T, Kaya A. Tüberkülozda direnç gelişme mekanizmaları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1998; 46(1):12-7.

Açıkel-Yiğit G, Çınar-Pakyüz S. Akciğer tüberkülozlu hastalarda damgalanmanın değerlendirilmesi. FN Hem Derg 2015;2:136-45.

Aisha AS. Co-morbid anxiety and depression among pulmonary tuberculosis patients. J Coll Physicians Surg Pak. 2010; 20(10):703-4.

Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset 2004;357-365.

Akpınar A, Kayhan S. Astım ve tüberküloz hastalarının sosyodemografik özelliklerinin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması. S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi 2013;20(3):80-4.

Ali SS, et al. Tuberculosis: do we know enough? A study of patients and their families in an out-patient hospital setting in Karachi, Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7:1052-8.

Alkan S, Sezgin A. Yetişkin hastalarda yalnızlık. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(1): 43-52.

Arıkan Z, Kuruoğlu AÇ, Beler N ve ark. Tüberküloz olgularında hastalığın algılanması ve kişilik özellikleri. Kriz Dergisi 2000;8(2):39-45.

Aslan D, Altıntaş H, Emri S, Cesuroğlu T, Kotan O, Koyuncu S et al. Self-Evaluations of tuberculosis patients about their illnesses at Ankara Atatürk Sanatorium Training and Research Hospital, Turkey. Respiratory Medicine. 2004; 98: 626-631.

Aslan D. Halk sağlığı bakış açısıyla sosyal açıdan damgalayıcı bir hastalık: Tüberküloz. Klinik Gelişim Dergisi 2007; 20(1): 86-90.

Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi.2007;8:280-87.

Aydın-Bektaş H, Akdemir N. Akciğer tüberkülozu olan hastaların hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri. Toraks Dergisi 2005;6(3):235-42.

Balcı K. Göğüs Hastalıkları Kitabı. 2.Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul; 1991, s:133-184.

Balcıoğlu İ. Depresyon etyopatogenezi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiatrik Aciller Sempozyumu. 1999; s:19-28.

Barış Yİ. Dünyada tüberkülozun tarihçesi. Toraks Dergisi. 2002; (3): 338-340.

Barış Yİ. Dünyada tüberkülozun tarihi. Konuralp Tıp Dergisi. 2010; 3(2): 1-4.

Bernstein KS. Clinical assessment and management of depression. Medsurg Nurs 2006; 15:333-41.

Bilgiç H, Gümüş S. Tüberküloz epidemiyolojisi. İçinde: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. Solunum sistemi ve hastalıkları. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2010, s: 991-1000.

Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç hastalıkları hemşireliği. 3. Baskı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara;1991, s:155-164.

Birol L. Hemşirelik süreci. 5. Baskı. Etki Yayınevi, İzmir; 2002.

Bozkurt H, Türkkani MH, Musaonbaşıoğlu S, Güllü Ü, Baykal F, Hasanoğlu HC, Özkara Ş. Türkiye’de Verem Savaşı 2009 Raporu. Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Ankara; 2009.

Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL et al. Harrison’ s Principles of Internal Medicine. Eds: Sağlıkker Y, Harrison, İç Hastalıkları Prensipleri. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, 2004; Cilt 1.

Broekmans JF, Rieder HL, Migliori GB et al. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Eur Respir J 2002;19:765-75.

Bulut Çelik S, Can H, Aras Kılınç E, Önde M, Çelepkolu T, Altuntaş M. Aktif tüberküloz hastalarında anksiyete ve depresyon birlikteliği. Smyrna Tıp Dergisi 2012;2(1):34-40.

Campbell IA, Bah-Sow O. Pulmonary tuberculosis: diagnosis and treatment. BMJ. 2006;332:1194-97.

Can H, Bulut Çelik S, Önde M, Barışık V, Ömer Z. Aktif tüberküloz hastalarında anksiyete. Smyrna Tıp Dergisi 2012;2(1):22-27.

Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programs. Management Sciences for Health. WHO/HTM/TB/ 2004, 344. August 2004.

Corrigan PW, Larson JE, Kuwabara SA. Social psychology of stigma for mental illness: public stigma and self-stigma. In: Maddux, J.E., Tangley, J.P. (Eds.), Social Psychological Foundations of Clinical Psychology, Guilford Press, New York, 2010.

Corrigan PW, Rafacz J, Rusch N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. Psychiatry Research 2011;189:339-343.

Courtwright A, Turner A. Tuberculosis and stigmatization: Pathways and interventions. Public Health Reports. 2010; 125:34-42.

Crofton SC, Horne N, Miller F. Klinik Tüberküloz. Çevirenler: Koçyiğit E, Dağlı E. 2.Baskı, Yüce Yayınları A.Ş., İstanbul; 2002.

Culpepper L, Judd CR, Moller MD, Nemeroff CB, et al. Clinicians on the front line: active management of depression and anxiety in primary care. 2006; JAAPA 4-22.

Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 215- 223.

Çevik A, İzmir M, Kuzugüdenlioğlu D, Oğuz TF, Özden A, Yalnız Ö. Akciğer hastalığının psikosomatik yönleri. Çevik A, editör. Psikosomatik Bozukluklar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1996. s. 31-46.

Danış MZ. Türkiye’de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2009; 20(1):67-83.

Demir A. UCLA Yalnızlık Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 1989;7(23): 14-8.

Doğan, T, Çetin B ve Sungur MZ. İş yaşamında yalnızlık ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009;10, 271- 77.

Doğanay M, Söylenir G, Topçu Willke A. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2008, s:832-849.

Durna Z, Akın S, Özdilli K. İç hastalıkları hemşireliği uygulama rehberi. Cinius Yayınları, İstanbul; 2009, s:52-62.

Eastwood SV, Hill PC. A. Gender- focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia. West Africa. Int J Tuberc Lung Dis 2004; 8:70-5.

Elbek O. Tüberküloz kontrolünde etik sorunlar. Türk Toraks Dergisi 2015;16(2):73-85.

Erci B, Kılıç D, Şenyayla E. Tüberküloz hastalarında yaşam kalitesinin umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi. I. Uluslararası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Program ve Özet Kitabı. 29 Ekim-2 Kasım. Antalya; 2000, s: 93-94.

Erişkin ve Çocukta Tüberküloz Sempozyumu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul; 30 Nisan 1999, s: 15-20.

Erkal İlhan S, Ançel G, Albayrak A, Hemşirelik Bakım Planları. Alter Yayıncılık, Ankara; 2007, s: 171-179.

Erozkan A. The attachment styles bases of loneliness and depression. International Journal of Psychology and Counselling 2011; 3(9):186-193.

Feja K, Saiman L. Tuberculosis in children. Clin Chest Med. 2005; 26, 295-312.



Fishman JA. Akciğerlerin infeksiyon hastalıkları. Göğüs Hastalıkları El Kitabı. Çeviren: Erkan L, Fındık S, Uzun O, Atıcı AG, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2005, s:763-771.

Fiske, ST. Stereotyping, prejudice, and discrimination. In, D.T. Gilbert & S.T. Fiske (Eds). The Handbook of Social Psychology, Boston, MA: McGraw Hill; 1998, pp: 357– 411.

Fitzgerald D, Haas DW. Mycobacterium tuberculosis, In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (ed). Principles and Practice of Infectious Diseases. Sixth Edition. Elsevier USA; 2005, s:2852-2886.

Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, Watt CJ, Dye C. Tuberculosis. The Lancet 2003; 362:887-899.

Gary FA. Stigma: barrier to mental health care among ethnic minorities Issues In Mental Health Nursing 2005; 26(10): 979-999.

Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planing, Finansing. WHO Report, Geneva. World Health Organization(WHO/HTM/TB/2007.376).

Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planing, Finansing. WHO Report, Geneva. World Health Organization(WHO/HTM/TB/2009.411).

Goffman E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and their inmates. NY: Anchor Books; 1961;1.

Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs:Prentice- Hall; 1963.

Gülbay B, Erekol F, Önen Z, Tarakçı N, Gürkan Ö, Acıcan T. Aktif akciğer tüberküloz tanısında; semptomlar, semptom süresi ve akciğer grafisinin yeri. Türk Toraks Dergisi 2011; 12(2). 57-61.

Gümüşlü F, Özkara Ş, Özkan S, Baykal F, Güllü Ü. Türkiye’de Verem Savaşı 2007 Raporu. Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, Ankara; 2007.

Günen H, Kızılcın Ö. Akciğer Tüberkülozunda doğrudan gözetimli tedavi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2010; 7(1): 82-86.

Hansel NN, Wu AW, Chang B, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. *Quality of Life Research*, 2004; (13): 639-652.

Hao NP, Chuc NTK, Thorson A. Knowledge, attitudes and practices about tuberculosis and choice of communication channels in rural community in Vietnam. *Health Policy*, 2008;90(1):8-12.

Helman CG. *Medical Anthropology and Global Health In: Culture, Health and Illness*. Fourth Edition, London; 2001, s: 250.

Huebner RE, Schein MF, Bass JB. The tuberculin skin test. *Clin Infect Dis*. 1993; 17: 968-975.

Husain OM, Dearman SP, Chaudhry IB, Rizvi N and Waheed W. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2008; 4(4):1-5.

Işık E. *Nevrozlar*. Kent matbaa, Ankara; 1996, s:31-2.

Iseman MD. *Klinisyenler için tüberküloz klavuzu*, Çeviren: Özkara Ş. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2002.

Jacobs FR. Multiple-drug resistant tuberculosis. *CID*.1993;17:442-46.

Johnson SE, Richeson AJ & Finkel EJ. Middle class and marginal Socioeconomic status, stigma, and self-regulation at an elite university. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011; 100(5): 838-852.

Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2014.

Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4:208-19.

Kelly P. Isolation and stigma: Predictors of prejudice against people with tuberculosis. *Journal of Community Health Nursing*. 1999; 16(4):233-41.

Kerr LK, Kerr LD. Screening tools for depression in primary care: the effects of culture, gender, and somatic symptoms on the detection of depression. *West J Med.* 2001; 175:349-52.

Kılıçaslan Z. Tüberküloz epidemiyolojisi ve dünyada tüberküloz, İçinde: Kılıçaslan Z, Özkara Ş, eds. Tüberküloz. Türk Toraks Derneği. Aves Yayıncılık, İstanbul; 2010, s: 25-34.

Kılıçaslan Z. Dünyada ve Türkiye’de tüberküloz. *Ankem Dergisi* 2007; 21(2):76-80.

Kılıçaslan Z. Temel akciğer sağlığı ve hastalıkları. Eds: Arseven O. Türk Toraks Derneği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2011, s:177-187.

Kılıçkaya C. KOAH’lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle baş etme üzerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Asi Karakaş).

Kıtır G, Uçan ES. Tüberkülozdan korunma. *Toraks Dergisi* 2001; 2(1):85-90.

Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Stigmatizasyon. *Yeni Sempozyum.* 2003; 4:190-192.

Kochi A, Vareldzis B, Styblo K. Multidrug-resistant tuberculosis and its control. *Res. Microbiol.* 1943;144:104–110.

Koçakoğlu Ş, Şimşek Z, Ceylan E. 2001-2006 yılları arasında Şanlıurfa Merkez Verem Savaş Dispanserinde takip edilen tüberküloz olgularının epidemiyolojik özellikleri. *Toraks Dergisi* 2009;10(1):9-14.

Kutlu R. BCG aşısı. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics.* 2011; 2(6):50-6.

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology.* 2001; 27, 363-385.

Long R (ed). Canadian tuberculosis standards. Canadian Lung Association, 5th Edition; 2000.

Luckman J, Sorenson K. *Medical Surgical Nursing A Physiologic Approach.* Second Edition. Saunders Company. Philadelphia; 1990, s:1293-1305.

Mak WW, Mo PK, Cheung RY, Woo J, Cheung FM, Lee D. Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong. Soc. Sci. Med. 2006; 63(7):1912-22.

Mullins CL, Woodland A, Putnam J. Emotional and social isolation among elderly Canadian Seasonal Migrants in Florida: An Emprirical Analysis of a Conceptual Typology. Journal of Gerontological Social Work. 1989;14(3-4): 111-30.

Okanlı A, Erdem N, Karabulutlu Yılmaz E. Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörler. Anadolu Psikiyatri Derg. 2008; 9:156-61.

Olgun N, Eti Aslan F, Çil A. Toraks ve alt solunum sistemi hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. F. Nobel Kitabevi, Adana; 2010, s:413-416.

Oran-Tuna N, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2008; (5)1: 1-16.

Ormerod LP. Clinical features and management of tuberculosis. Ed: Gibson GJ, Geddes DM, Costabel U, Sterk PJ, Corrin B. Respiratory medicine 3rd Edition. Saunders Company. 2003; 944-965.

Ottmani S et al. Knowledge, attitudes and beliefs about tuberculosis in urban Morocco. East Mediterr Health J. 2008;14:298-304.

Öğretensoy M. Tüberkülozda bulaşma. İçinde Özkara Ş, Kılıçaslan Z, eds. Tüberküloz. Aves yayıncılık, İstanbul; 2010, 11; 248-251.

Özdemir H. Salgın hastalıklardan ölümler 1914-1918. Türk Tarih Kurumu Yayınları, Ankara; 2005.

Özkara S, Aktas Z, Özkan S, Ecvit H. Türkiye’de tüberkülozun kontrolü için başvuru kitabı, Ankara; 2003.

Özkurt S, Oğuzhanoglu KN, Özdel O, Altın R, Balkanlı H, Konya T ve ark. Tüberkülozlu olguların tedaviye ve sosyal yaşama uyumlarının değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks 2000; 48(3): 213-218.

Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. Solunum Sistemi ve Hastalıkları Temel Başvuru Kitabı. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2010, Cilt1, s:1011-1013.

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği. Ankara; 2008.

Öztürk FÖ. Ankara ilindeki VSD tedavi alan tüberkülozlu hastaların damgalanma durumu. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013 Ankara.

Özyardımcı N. Tüberkülozun tarihçesi ve epidemiyolojisi, İçinde: Akciğer ve Akciğer Dışı Organ Tüberkülozu. Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa; 2008.

Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness, In Ed. L.A New York: Wiley; 1982, 206-223.

Polat H, Ergüney S. Tüberküloz hastalarının yalnızlık ve depresyon durumlarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(1):40- 47.

Qureshi SA, et al. Patient and health system delays: health-care seeking behaviour among pulmonary tuberculosis patients in Pakistan. J Pak Med Assoc. 2008;58:318-21.

Raviglione MC. The new stop TB strategy and global plan to stop TB 2006-2015. Buletin of the WHO. 2007; 85(5): 327.

Raviglione MC, O'Brien R J. Tüberküloz. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri (edit: Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson). Çevirenler; Kocaba A, Kuleci S. 15. baskı. 1. Cilt., Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara; 2004, s:1024- 1036.

Rajeswari R, ve ark. Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: a field report from south India. Soc Sci Med 2005; 60(8):1845-1853.

Rokach A. Antecedents of loneliness: A factorial analysis. Journal of Psychology 1989; 123 (4), 369-384.

Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980;(39): 472-480.

Sadler WA, Johnson TB. From loneliness to Anomia. *The Anatomy of Loneliness*. In J Hartog, JR Audy and YA Cohen (Eds.). New York: International Universities Press; 1980, p: 34-64.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Çevirenler; Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara; 2007, s: 2442-2453.

Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü için Başvuru Kitabı. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı Yayını, Ankara; 2003.

Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı. Türkiye'de Verem Savaşı 2010 Raporu. Eds: Bozkurt H. Başak Matbaacılık, Ankara; 2010.

Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Verem Savaşı, Fersat Ofset, Ankara; 2011.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2012. Dünyada ve Türkiye'de tüberkülozun durumu nedir? <http://thsk.saglik.gov.tr/tuberkuloz-verem-hastaligi/986-d%C3%BCnyada-ve-t%C3%BCrkiye%E2%80%99de-t%C3%BCberk%C3%BClozun-durumu-nedir.html> (08.08.2014).

Savrun BM. Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul; 1999, s: 11-17.

Schmitt JP, Lawrence AK. Gender differences in and personality correlates of loneliness in different relationship. *Journal of Personality Assessment*. 1985; 49: 485-495.

Sert H. Tüberkülozlu hastalarda stigmanın değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010 İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N. Olgun).

Soygür H, Özalp DE. Şizofreni ve damgalanma sorunu. Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Dergisi 2005; (1)12: 74-80.

Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. İçinde; Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 1997, s: 449-526.

Sünbül M. Tüberküloz infeksiyonunda risk faktörleri ve bulaştırıcılık. OMÜ Dergisi 1996; 13(4):305-12.

Tahaoğlu K. Çok ilaca dirençli tüberkülozun tanı ve tedavisinde klinik yaklaşım. Ankem Dergisi 2007; 21(2):89-94.

Taşkın EO. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. Ed: Taşkın EO. 1. Basım. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir; 2007, s: 4-7, 17-40, 73-114.

Taşkın F, Olgun N. Akciğer tüberkülozlu hastalarda yaşam kalitesi. Türk Toraks Dergisi. 2010; 11: 19-25.

Tezcan E. Depresyonun ayırıcı tanısı. Duygudurum Dizisi 2000; (2): 77-98.

The Stop TB Strategy, Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. World Health Organization. Geneva. WHO/HTM/STB/2006.37.

Tocque K, Bellis MA, Beeching NJ, Syed Q, RemingtonT, Davies PDO. A case-control study of lifestyle risk factors associated with tuberculosis in Liverpool, North- West England. European Respiratory Journal 2001; (18): 959-964.

Tümer Ö. Tüberküloz. Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu Program ve Özet Kitabı. Türk Toraks Derneği Yayını, Ankara; 2007, s:73-82.

Tümör Ö. Tüberküloz. Türk Toraks Derneği Okulu V. Kış Okulu Programı. İstanbul; 2006.

Türk Tabipler Birliği Tüberküloz Raporu, 2012. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tuberkulozrpr.pdf> (set:08.08.2014).

Türkiye’de Verem Savaşı 2010 Raporu.  
[http://www.ehsm.gov.tr/Sub/verem\\_savas\\_dispanseri/files/dokumanlar/turkiyede\\_verem\\_savasi\\_2010\\_raporu.pdf](http://www.ehsm.gov.tr/Sub/verem_savas_dispanseri/files/dokumanlar/turkiyede_verem_savasi_2010_raporu.pdf) (set:08.08.2014).

Umut S, Yıldırım N. Tüberküloz. İçinde: Göğüs Hastalıkları. Ed: Erk M. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul; 2001, s:485-547.

Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır? Klinik Psikiyatri 2003; (1): 3-8.

Ünalın D, Baştürk M, Ceyhan O, Öztürk A. Tüberkülozlu hastalarda depresyonun yaşam kalitesi üzerine etkisinin aktif, inaktif ve kontrol gruplarında belirlenmesi. Klinik Psikiyatri 2007;10:113-24.

Ünalın D, Baştürk M, Ceyhan O. Tüberkülozun yaşam olayları ile ilişkisi ve hastalığın algılanması. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15(4): 249-55.

Üskül BT, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. Archives of Lung 2006; 7:11-15.

Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte kişilerarası ilişkiler, yöntem ve teknikler. Eskişehir A.Ö.F. Yayınları, Etam Matbaacılık, Eskişehir; 1991, p.130-140.

Vega P, Sweetland A, Acha J, Castillo H, Guerra D, Smith Fawzi MC et al. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2004; 8(6): 749-759.

Weiss RS. Loneliness: The experience of emotion and social isolation cambridge. MIT Press;1973.

Yang HS, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S & Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. Social Science & Medicine. 2007; 64, 1524-1535.

Yaşar MR. Yalnızlık. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2007; 1(17): 237-260.



Yenel F, Sözer K, Erk M. Akciğer Hastalıkları Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul; 1990, s:83-117.

Yeşilbaş D. Majör depresyon tanısı konulan kişilerin depresyonlarını ifade biçimleri. T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Prof. DR. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul ( Danışman: Doç Dr. M. Yanık).

Yıldırım E, Sokullu DA, Köknel Ö. Alkol bağımlılığında içselleştirilmiş damgalanma: Depresif belirtilerle ilişki. Psikoloji Çalışmaları Dergisi 2012; 32-1: 1-12.

Zhang T, Liu X, Bromley H, Tang S. Perceptions of tuberculosis and health seeking behaviour in rural Inner Mongolia, China. Health Policy. 2007; 81:155-65.

Zeind CS, Gourley GK, Chandler-Toufieli D. Tuberculosis. Ed: Herfindal T Gourley DR, Textbook of therapeutics: drug disease and management. 7thEdition, Lippincot Williams & Wilkins, Baltimore. 2000; p:1427–1450.

## 10. EKLER

### Ek-1 Sosyodemografik bilgiler

Tarih:

Katılımcı No:

1- Kaç yaşındasınız? .....

2- Cinsiyetiniz

( ) Kadın ( ) Erkek

3-Medeni durumunuz nedir?

( ) Evli ( ) Bekar ( ) Diğer.....

4- Eğitim durumunuz nedir?

( ) Okur-yazar ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise Mezunu ( )  
Fakülte / Yüksekokul ( ) Yüksek Lisans / Doktora

5- Mesleğiniz nedir?

( ) Memur ( ) Ev hanımı ( ) Serbest ( ) İşçi ( ) Emekli ( ) İşsiz

( ) Diğer.....

6- Sosyoekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

( ) Gelir giderden az ( ) Gelir giderden fazla ( ) Gelir gidere denk

7- Sosyal güvenceniz var mı?

( ) Yok ( ) Var

8- Hastalığınız ne zaman tanılandı? ....

9- Tüberküloz durumu:

( ) Yeni Vaka ( ) Nüks ( ) MDR

10- Tüberküloz hastalığından dolayı hastaneye yatışınız oldu?

( ) Evet ise kaç kere belirtiniz ..... ( ) Hayır

11-Süreğen başka bir hastalığınız var mı?

( ) Evet ise belirtiniz ..... ( ) Hayır

12- Ailenizde verem hastası var mı?

( ) Evet ise belirtiniz ..... ( ) Hayır

13- Tüberküloz olduğunuzu herkese söyleyebilir misiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

14- Hastalığınızı ilk duyduğunuzda ne hissettiniz?

( ) Üzüldüm ( ) Kabullenmedim ( ) Kabullendim ( ) Umursamadım

( ) Kadere bağladım ( ) Kızdım ( ) Diğer.....

15-Sigara içiyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım

16- Alkol kullanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım

17- Yerleşim yeriniz?

( ) Köy ( ) İlçe ( ) İl ( ) Diğer.....

18- Tüberküloz ilaçlarınızı almayı bilerek hiç aksattınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

## Ek-2 Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum
1-Tüberküloz olduğumu sosyal yaşantımda hiç kimseye söylemiyorum.				
2-Tüberküloz olduğum için kendimi suçlamıyorum.				
3-Tüberküloz olduğumu öğrendiğimden bu yana hiçbir şeyden zevk almıyorum.				
4- İnsanlar tüberküloz olan biriyle evlenmekten çekinmez.				
5- İnsanlar genellikle hijyen alışkanlıkları kötü olan insanların tüberküloz olduğunu düşünür.				
6- Tüberküloz olduğum için utanıyorum.				
7- Tüberkülozun bana verilen bir ceza olduğunu düşünüyorum.				
8-Yakınlarım tüberküloz olmam benim suçummuş gibi davranıyor				
9- Tüberküloz olduğumdan bu yana arkadaşlarım benimle tokalaşmıyor.				
10- Tüberküloz hastası olduğumdan bu yana sosyal ortamlardan uzak duruyorum.				
11- Hastanede/veya evde zorunlu olmadıkça odamdan dışarı çıkmıyorum.				
12- Tüberküloz olduğumdan bu yana insanlardan fiziksel olarak uzak duruyorum.				

13- Hastanedeki/veya dispanserdeki diğer hasta veya yakınları tüberküloz hastalarının yanına gelmekten korkuyor.				
14- İşverenler çalışanlardan birinin tüberküloz olduğunu öğrendiğinde hastanın işine son verebilir.				
15-Tüberküloz olduğum için kendimi hastalığı sürekli başkalarına bulaştıran biri olarak görüyorum.				
16-Tüberküloz hastası olmam kendimi yalnız hissetmeme neden oluyor.				
17-Kendimi en az diğer insanlar kadar iyi hissediyorum				
18-Akrabalarım tüberküloz olduğumu öğrendikten sonra da benimle görüşmeye devam ediyor.				
19- Arkadaşlarım beni ziyarete geldiklerinde hazırladığım / ikram ettiğim şeyleri yiyor.				
20- Tüberküloz mikrobunu yaymamak için çevremden uzak duruyorum.				
21- Ailemin hastalanmaması için sürekli odamda kalıyorum.				
22- İlaçlarımı insanların bulunduğu ortamlarda da rahat bir şekilde içebilirim.				
23- İnsanlar tüberküloz olduğumu öğrendiklerinde çocuklarına yakın				

olmamdan rahatsızlık duymaz.				
24- İnsanlar tüberküloz olan biriyle aynı ortamda (aynı oda) çalışmak istemez.				
24- İnsanlar tüberküloz olan birine evlerini kiralar.				
26-İnsanlar tüberkülozun evlilik veya ilişkiyi etkilemeyeceğini düşünür.				
27-Tüberküloz olmam ailemle ilişkilerimi etkilemez.				
28- Tüberküloz olduğumu söylemem arkadaşlarımla olan ilişkilerimi etkilemez.				
29- Tüberküloz olan insanlar toplumdan dışlanır.				
30- İnsanlar tüberküloz olan biriyle aynı otobüste seyahat etmekten çekinmez.				
31- Kayınvalidesi/kayınpederi tüberküloz olan bir kişinin gelini/damadı ona kendi evlerinde bakmaktan rahatsızlık duymaz.				
32- İnsanlar genellikle iyi beslenemeyen insanların tüberküloz olduğunu düşünür.				
33- Tüberküloz hastalarına karşı toplumda ayrımcılık yapılır.				

### **Ek-3 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği**

#### **1- Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.**

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, bazen

Hiçbir zaman

#### **2- Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

Aynı eskisi kadar

Pek eskisi kadar değil

Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

#### **3- Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.**

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

Evet, ama çok da şiddetli değil

Biraz, ama beni endişelendirmiyor.

Hayır, hiç öyle değil

#### **4- Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

Her zaman olduğu kadar

Şimdi pek o kadar değil

Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

**5- Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

Çoğu zaman

Birçok zaman

Zaman zaman, ama çok sık değil

Yalnızca bazen

**6- Kendimi neşeli hissediyorum.**

Hiçbir zaman

Sık değil

Bazen

Çoğu zaman

**7- Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

Kesinlikle

Genellikle

Sık değil

Hiçbir zaman

**8- Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

Hemen hemen her zaman

Çok sık

Bazen

Hiçbir zaman



**9- Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

Hiçbir zaman

Bazen

Oldukça sık

Çok sık

**10- Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

Kesinlikle

Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum

Her zamanki kadar özen gösteriyorum

**11- Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

Gerçekten de çok fazla

Oldukça fazla

Çok fazla değil

Hiç değil

**12- Olacakları zevkle bekliyorum.**

Her zaman olduğu kadar

Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az

Hemen hemen hiç

**13- Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

Gerçekten de çok sık

Oldukça sık

Çok sık değil

Hiçbir zaman

**14- İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

Sıklıkla

Bazen

Pek sık değil

Çok seyrek

#### Ek-4 UCLA Yalnızlık Ölçeği

İfadeler	Ben bu durumu HİÇ Yaşamadım	Ben bu durumu NADİREN Yaşarım	Ben bu durumu BAZAN Yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK Yaşarım
1-Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.				
2-Arkadaşım yok.				
3-Başvurabileceğim hiç kimse yok.				
4-Kendimi tek başıyım gibi hissetmiyorum.				
5-Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.				
6-Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.				
7-Artık hiç kimseyle samimi değilim.				
8-İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılıyor.				
9-Dışa dönük bir insanım.				
10-Kendime yakın hissettiğim insanlar var.				
11-Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.				
12-Sosyal ilişkilerim.				
13-Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.				
14-Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
15-İstediğim zaman arkadaş bulabilirim.				
16-Beni gerçekten anlayan insanlar var.				

17-Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.				
18-Çevremde insanlar var ama benimle değil.				
19-Konuşabileceğim insanlar var.				
20-Derdimi anlatabileceğim insanlar var.				





## Ek-6 Etik Kurul İzni

T.C.  
Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	08 / 10 / 2014 / 20478486 - 334				
ARAŞTIRMANIN ADI	Tüberkülozlu Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Yalnızlık ve Damgalamanın Değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ - Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüks. Lisans Öğr. Ayla YILMAZ				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş; Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELES Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Selda BEREKET Antrenörlük Eğitimi AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derviş KILIÇ Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Başkan					

## Ek-7 İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kurumu İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - İZMİR İLİ KUZEY  
BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ KUZEY BÖLGESİ  
KHBGS EĞİTİM HİZMETLERİ BİRLİĞİ  
14.11.2014 17:37 - 67938315 / 2014.1436392.7360  
000638251

Sayı : 67938315  
Konu : Ayla YILMAZ'ın Yüksek Lisans  
Tez Çalışması

### DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Ayla YILMAZ'ın " Tüberkülozlu Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Yalnızlık ve Damgalanmanın Değerlendirilmesi" konulu araştırmasını Hastanenizde yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup, Olur yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini olurlarınıza arz ederim.

Dr. Mustafa KURTULUŞ  
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Olur yazısı (1 sayfa)  
Tez evrakları (20 sayfa)

İZMİR GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM HASTANESİ	
Kayıt No:.....	13226.....
Tarih	17.11.2014
2583/18.11.2014	

18/11/2014  
-S.B.H. MGD. Feriye Hanım  
özellik

Sümer Mh. 452 Sk. No:2 35260 Konak İZMİR  
A★ tılı bilgi için: gunes.guven@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a3ed170d-85e8-4e5d-b2dc-6ac58a4c964d kodu ile erişebilirsiniz.



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 67938315/799  
Konu : Ayla YILMAZ'ın Yüksek Lisans  
Tez Çalışması

**GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA**

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Ayla YILMAZ'ın " Tüberkülozlu Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Yalnızlık ve Damgalanmanın Değerlendirilmesi" konulu araştırmayı Genel Sekreterliğimize bağlı Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi hususunda;  
Gereğini olurlarınıza arz ederim.

**Dr.Mustafa KURTULUŞ**  
İdari Hizmetler Başkanı

**OLUR**

.../.../2014

**Prof.Dr.Osman Nuri DİLEK**  
Genel Sekreter

Sümer Mh. 452 Sk. No:2 35260 Konak İZMİR  
A★ tılı bilgi için: guenes.guven@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	AYLA	<b>Soyadı</b>	YILMAZ
<b>Doğum Yeri</b>	İzmir	<b>Doğum Tarihi</b>	12.02.1984
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel</b>	506 947 26 08
<b>E-mail</b>	ayla_2001@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>		
<b>Lisans</b>	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2007
<b>Lise</b>	İzmir Bornova Cem Bakıoğlu Lisesi	2001

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Servis hemşiresi	İzmir Bornova Şifa Hastanesi	2007-2011
Göğüs hemşiresi	İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

### Yabancı Dil Sınav Notu #

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	67	61	57

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Word	İyi
MS Powerpoint	İyi
MS Excel	İyi
SPSS for Windows	Orta

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.