

## **TÜBERKÜLOZ ALGISI VE TEDAVİYE UYUM**

### *THE PERCEPTION OF TUBERCULOSIS AND TREATMENT ADAPTATION*

**Ayşe ÇİL**      **Nermin OLGUN**

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,  
Haydarpaşa Kampüsü, Üsküdar/İSTANBUL

**Anahtar Sözcükler:** Tüberküloz, tedavi, yönetim, hasta uyumu, hemşirelik

**Key Words:** Tuberculosis, treatment, management, patient adaptation, nursing

---

### **ÖZET**

Akciğer tüberkülozu özellikle az gelişmiş ülkelerde morbidite ve mortaliteye neden olan bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Bulaştırıcılığın yüksek olması, tedavinin uzun sürmesi, hasta ve ailelerinin toplum tarafından izolasyonu, tüberküloz oluşumu hakkındaki yanlış inançlar ve hasta ihmali tedavi başarısını etkilemektedir.

Bu makalede tüberküloz tedavi ve yönetimini etkileyen faktörler ve başa çıkma stratejileri üzerinde durulacaktır.

### **SUMMARY**

*Pulmonary tuberculosis is an infection disease which leads to morbidity and mortality especially in low level developed country.*

*Its high infectiousness feature, its long treatment time, isolation of patients and their parents by the society, false belief about tuberculosis development and patient default affects success of treatment.*

*In this article we will dwell upon effecting factors tuberculosis treatment and management, and strategies which ensures accomplishment.*

### **GİRİŞ**

Tüberküloz hastalığı mycobacterium tuberculosis ve nadiren mycobacterium bovis'in neden olduğu enfeksiyon hastalığıdır (Bürger-Mildenberger 2002, Hough and Hag 2001, Selçuk 1998). Dünya nüfusunun yaklaşık 1/3'ü tüberküloz basili ile enfektedir. Her yıl 8 milyon kişide aktif tüberküloz gelişmekte ve 2 milyondan fazla kişi bu hastalık nedeniyle yaşamını yitirmektedir (Davey 2002). Tüberküloz vakalarının

%95'i ve tüberküloza bağılı ölümlerin %98'i gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkmaktadır (Biol 2003).

Enfeksiyon bir kişiden diğeri bir kişiye damlacık enfeksiyonu yolu ile bulaşmaktadır. Bulaşıcılık hasta kişinin çevresini enfekte etme potansiyeline, bulunulan ortamın koşullarına ve bulaşma süresine bağılıdır. Tedavi edilemeyen bulaşıcı nitelikteki bir hasta iki yıl içinde 22-28 kişiyi enfekte etmektedir. Kişinin bulaştırıcı olması için aktif tüberküloz hastası olması gerekmektedir (Biol 2003, Karayel ve ark 1998, Selçuk 1998). Aktif tüberkülozlu kişilerin bulaştırıcılığı iki haftalık tedaviden sonra basil sayısının ve öksürüğün azalmasına bağılı olarak büyük oranda ortadan kalkmaktadır (Biol 2003, Selçuk 1998). Tüberküloz yalnız solunum yolu dışında sindirim yoluyla da bulaşır. İnek sütü ile bulaşan (bovin) tüberküloz basili insanlarda sindirim sistemi enfeksiyonlarına neden olur (Biol 2003).

Ciddi beslenme bozukluklarında ve immün sistemin baskılandığı durumlarda tüberküloz oluşma riski artmaktadır. Tüberküloz hastalığı riskini arttıran durumlar şunlardır:

1. Son 2 yıl içinde tüberküloz enfeksiyonu (reenfeksiyon)
2. Yetersiz tedavi görmüş veya hiç görmemiş kişilerde radyolojik olarak eski tüberküloz enfeksiyonu bulguları
3. Gastrektomi
4. Kronik malabsorbsiyon sendromları
5. İdeal beden ağırlığından %10 veya daha düşük ağırlık
6. Uzun süreli kortikosteroid tedavisi
7. Diyabetes mellitus
8. Baş boyun kanserleri
9. Renal yetmezlik
10. HIV enfeksiyonu
11. İlaç bağımlılığı
12. Hematolojik/retiküloendotelyal sistem hastalıkları (Biol 2003, Selçuk 1998).

Hemşire riskli grupların uygun tedavi, bakım ve izlemlerinde rol almasının yanında tüberküloz hakkında eğitici rol üstlenerek tüberküloz oluşma riskini azaltacak ve oluşan tüberkülozun erken dönemde tanınması ve tedaviye başlanması anahtar rol oynayacaktır.

Tüberkülozun Tedavi ve Kontrolü 4 Temel Faktöre Bağılıdır

1. İlaç tedavisi
2. Hasta Eğitimi
3. Ultraviyole ışık kullanımı
4. Hastanın kaldığı odanın havalandırılması (Luckman and Sorenson 1990).

## 1- İlaç Tedavisi

Tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçlar majör (birinci seçenek) ve minör (ikinci seçenek) ilaçlar olarak 2 grupta toplanmaktadır. Majör ilaçlar İsoniazid, Rifampin, Streptomisin, Pirazinamid ve Etambutol'den oluşmaktadır. Etki ve güvenilirlik yönünden tüberkülozun en iyi ilaçları İsoniazid ve Rifampindir. (Fekete 1998, Gazioğlu 1997, Selçuk 1998, Umut ve Yıldırım 2001).

Tüberküloz tedavisine bağlı olarak ilaç yan etkileri ve ilaç toksisitesi gelişebilir. İsoniazid, Ripampin ve Pirazinamid kullanımında karaciğer toksisitesi gelişebileceğinden bu ilaçlarla tedaviye başlamadan önce hepatik fonksiyonlar kontrol edilmelidir. Ayrıca antitüberküloz tedaviye başlamadan önce renal fonksiyonlar kontrol edilmeli, gerekiyorsa doz ayarlaması yapılmalıdır. Etambutol başlamadan önce görme düzeyi test edilmeli, streptomisin kullanan hastalar işitme fonksiyonu yönünden değerlendirilmelidir (Gazioğlu 1997, Hough ve ark 2001, Umut ve ark 2001). Rifampisin idrar, gözyaşı, ter, tükürük, gibi tüm vücut sıvılarını kavun içi renge boyar. Hastalara bu konuda bilgi verilmelidir. İlaç yan etkileri ve ilaç toksisite belirtilerini izlemek ve bu belirtiler hakkında hastalara eğitim vermek hemşirenin sorumluluğu altındadır (Umut ve ark 2001).

Tüberküloz tedavisi, başlangıç yoğun tedavi evresi ve idame tedavi evresi olmak üzere iki evrede uygulanır. Başlangıç yoğun tedavi evresi veya erken bakterisidal evre, tedavinin başlangıcından itibaren 1-3 ay (ortalama iki ay) süre ile 3-5 bakterisidal ilaç kombinasyonunun genellikle günlük olarak uygulanmasıyla yapılan tedaviyi kapsar. İkinci evre ise; 4-6 ay boyunca genellikle 2-3 bakterisidal ilacın kullanımını kapsar (Kocabaş 1996).

Günümüz dünyasında gözlenen tüberküloz salgınının temel nedeni, özellikle gelişmekte olan ülkelerde saptanan hastaların ancak yarıdan azının tam olarak tedavi edilebiliyor oluşudur. Bu sorunun çözümü için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen yaklaşım, özellikle tedaviye uyumsuz ve uyumsuzluk riski yüksek hastalarla, ARB (Aside Rezistan Bakteri) pozitifliği saptanan tüm tüberkülozlu hastaların doğrudan gözlem altında (Directly Observed Therapy: DOT) kısa süreli tedavi rejimleri kullanarak tedavi edilmeleridir. Önerilen bu uygulamada hedef; hastaların ilaçlarını bir sağlık personeli veya görevlendirilen bir başka kişinin denetimi altında içmelerinin sağlanmasıdır. İlaç uygulaması bir sağlık kuruluşunda veya hastanede gerçekleştirilebilir. Ancak hastanın evinde, iş yerinde ya da okulda tedavinin uygulanması hem daha pratik hem de daha ekonomiktir. DOT uygulaması ile birlikte tedaviye uyumsuzluk ve direnç gelişiminin önlenmesi, böylece tedavinin başarı oranının yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Hastanın lezyonlarındaki basiller

kullanılan ilaçlara duyarlı olduğu sürece, doğrudan gözlem altında uygulanan tedavi rejimlerinin etkinliği %95-100 düzeyindedir. Tedavinin tamamlanmasından sonraki 2-5 yıllık dönemde reenfeksiyon gelişme oranı ise %5'in altındadır (Kocabaş 1996). Synder ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; DOT'un hastalığın önlenmesinde yüksek oranda etkili olduğu ayrıca tüberküloz tedavisi nedeniyle kişi başına düşen harcamaları azalttığı gösterilmiştir (Synder ve ark 1999). Amerika'da yapılan tedaviyi tamamlamaya yönelik bir çalışmada; tüberküloz tedavisini kendi kendine uygulayan (Self Administered Therapy: SAT) bireyler ile tedavilerini doğrudan gözlem altında uygulayan bireyler karşılaştırılmış, tedavilerini doğrudan gözlem altında uygulayanların %52'sinin tedaviyi tamamladığı saptanmıştır. Burada tedavinin doğrudan gözlem altında uygulanmasına rağmen tüberkülozlu hastalarda tedaviyi tamamlama oranının düşük olduğuna dikkat çekilmiştir (Davidson 1998).

Başarılı bir tüberküloz tedavisi için, hastalığın tanısı ve uygun bir tıbbi tedavi programına başlanması yanında, hastanın tedavi süresince yakından izlenmesi ve ilaçlarını düzenli olarak alması sağlanmalıdır. Bu amaçla, tedaviye başlamadan önce hasta ile yakın diyalog geliştirmek, hastalığı ve tedavisi hakkında hastayı bilgilendirmek büyük önem taşır. Hasta eğitimi hemşirenin sorumluluğu altındadır ve hastaların tedaviye uyumlarını arttırmada vazgeçilmezdir (Kocabaş 1996). Tüberküloz tedavisinde en önemli problem hastanın tedaviyi tamamlamaması, yarıda bırakmasıdır. Tüberküloz kliniğinde, tedaviyi tamamlamama genellikle en az %15, yaygın olarak %40-60 oranında görülmektedir. Tedaviyi tamamlamama tedavi yetersizliğine ve ilaca dirençli mikroorganizmaların oluşmasına neden olmaktadır. Genellikle tedavi programı ilk 6 ayda yarıda bırakılır (Daniel 1991). Çil ve Olgun'un yaptığı bir çalışmada tüberküloz tedavisi gören hastaların maddi imkansızlıklar (%50), bilgisizlik (%33) ve sağlık kuruluşlarına ulaşamama (%12.5) nedenleri ile tedaviyi tamamlayamadığı saptanmıştır (Çil ve Olgun 2004).

Pasif vaka bulma tüberküloz kontrol programlarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Toplumun tüberkülozlu bireylere karşı olan tutumu, tüberküloz algıları ve tüberküloz hakkındaki inançları pasif vaka bulmayı önemli derecede etkilemektedir. Long ve arkadaşları Vietnam'da tüberkülozlu ve tüberkülozlu olmayan gruplarla odak grup görüşmesi yapmışlar ve görüşmeye katılan bireylerin tüberküloz hakkındaki bilgi düzeylerinin iyi olduğunu saptamışlardır. Görüşmeye alınan bireyler tüberkülozu bulaşıcı, tehlikeli ve bakterilerin neden olduğu enfeksiyöz bir hastalık olarak ifade etmişlerdir. Özellikle köyde yaşayan ve hastalıkları geleneksel yöntemlerle tedavi eden yaşlı bireyler tüberküloz; genetik tüberküloz, çok çalışanları özellikle de çok çalışan erkekleri etkileyen fiziksel tüberküloz, çok fazla endişelenme nedeniyle oluşan ve kadınları etkileyen mental tüberküloz ve solunum yoluyla

bulaşan bakteriyel tüberküloz olarak dört gruba ayırmışlardır (Long ve ark 1999). Ülkemizde tüberküloz ve tüberkülozlu bireylerle ilgili yaygın olarak kullanılan ifadeler ise; “kara sevdaya yakalandı”, “ince hastalık”, “çok çalışmaktan verem oldu”, “sülalelerinde veremli var, onlara kız verilmez” şeklindedir.

Johannson ve arkadaşları; sağlık çalışanları ve hastalar tarafından tüberkülozun fakir insanları etkileyen “kirli” bir hastalık olarak algılandığını ifade etmişlerdir. Ayrıca tüberkülozlu hastalar, diğer kişiler tarafından önemsenmediklerini ve daha az saygı gördüklerini ifade etmişlerdir. Bu sosyal dışlanma hissini tıbbi tedavi ve bakım almaya engellediği; sıklıkla bireysel ilaç kullanımına yol açtığı ve antitüberküloz ilaçları eczanelerden reçetesiz olarak almaya neden olduğu saptanmıştır (Johannson ve ark 1996). Khan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Pakistan’da tüberküloz hastalarının büyük bir kısmının fakir olduğu, fakat buna rağmen hastaların başlangıçta özel muayenehaneye gitmeyi tercih ettikleri bildirilmiştir. Ayrıca hastaların tüberkülozu tedavi edilemez bir hastalık olarak düşündüğü ve bu nedenle de tedavi gördüklerini açıklama konusunda isteksiz davrandıkları belirlenmiştir (Khan ve ark 2000).

Westaway’ın 1990 yılında yaptığı bir çalışmada hastaların %87’sinin tüberkülozu bir çok insanı etkileyen bir hastalık olarak algıladıkları, buna rağmen ailelerinin risk altında olmadığını düşündükleri belirlenmiştir. Ayrıca hastaların tüberkülozun önlenmesinin kolay olduğu, tedavi sonrası tam bir iyileşme olduğu, arkadaşlar ve aile tarafından kabul edilebilir bir hastalık olduğunu düşündükleri saptanmıştır (Westaway 1990). Kelly’in yaptığı tanımlayıcı araştırmada; hastaların tüberkülozu tıbbi bir durum olarak anladıkları ve kendilerini hastalık taşıyıcı olarak algıladıkları halde, yakınları ve aileleri tarafından izole edilmemek için tanılarını gizledikleri görülmüştür (Kelly1999). Amerika’da 14.727 kişiyle yapılan görüşme sonrası Amerikan halkının tüberküloz hakkında düşük düzeyde bilgiye sahip olduğu, buna rağmen tüberküloz hakkında bilgi düzeylerini yüksek olarak algıladıkları saptanmıştır (Ailinger ve ark 2003).

Görüldüğü gibi tüberküloz oluşumu, bulaşma yolları ve tedavisi hakkındaki yanlış inançlar tüberkülozlu bireylerin tedavisini önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca bulaşma yolları hakkındaki yanlış inançlar tüberkülozlu bireylerin ve ailelerinin dışlanmasına neden olmaktadır. Bu sosyal dışlanmayı engellemek amacıyla tüberkülozlu bireyler tedavi olmamakta veya tedaviye geç başlayabilmekte ve bu süre içerisinde hastalığı diğer kişilere bulaştırabilmektedirler. Yine hastaların daha önce antitüberküloz tedavi gördüklerini gizlemeleri nedeniyle yanlış ilaç tedavisi başlanabilmekte ve dirençli tüberküloz vakaları oluşabilmek-

tedir. Bir çok kısır döngüyü içinde barındıran tüberküloz tedavisinde başarıyı arttırmak için öncelikle toplumun, tüberkülozlu bireylerin/ ailelerinin ve sağlık ekibinin tüberküloz oluşumu, bulaşma yolları ve tedavisi konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Eğitimler hastaların tedaviye uyumunu arttıracak, sosyal izolasyonu, bulaştırıcılığı azaltacak ve dirençli tüberküloz vakalarının oluşmasını engelleyecektir. Bu eğitimlerde hemşireler aktif olarak rol almalı ve tüberkülozla başatmeyi kolaylaştırmalıdır.

## **2- Hasta Eğitimi**

Hasta eğitimi sıklıkla hemşirenin sorumluluğu altındadır. Hemşire öncelikle hastaların eğitimi için zaman ayırmalı, gerçekçi hedefler doğrultusunda uygun eğitim materyalleri kullanarak hasta eğitimi yapmalıdır. Eğitimler sırasında hastaların soru sorabilecekleri ve kafalarına takılan soruları tartışabilecekleri bir ortam yaratılmalıdır. Tüberkülozlu bir kişiye hemşirenin yardımcı olma yeteneği hasta bireyin hastalığa bakış açısı ile yakından ilgilidir. Bu nedenle hemşirenin öncelikle hastanın hastalığa bakış açısını değerlendirmesi gerekir (Luckman ve ark 1990).

Almanya'da sağlık eğitimi daha önceleri sadece hekimler tarafından yapılırken 1900'lü yıllardan itibaren hemşireler tarafından yapılmaya başlanmıştır (Boggatz 2003). Peru'da ilaca dirençli tüberkülozlu hastaların tedavilerine katılan hemşirelerin çalışması ile ilgili 5 yıl süren bir araştırma yapılmış ve sonuçta hemşirelerin tedavi programı içinde yer alan bir çok aktiviteyi yerine getirme konusunda sorumluluk aldığı saptanmıştır. Bu aktivitelerin; hasta tanılama, tedavi öncesi ve tedavi sırasında hastayı değerlendirme, beklenmeyen durumlara başarılı bir şekilde müdahale etme, ilaca dirençli tüberküloz konusunda hastalara ve diğer sağlık ekibine eğitim yapma ve ekip üyeleri arasındaki iletişimi sağlama olduğu saptanmıştır (Palacios ve ark 2003).

Başlıca eğitim konuları hastalığın niteliği, tedavinin gidişi ve amacı olmalıdır. Enfeksiyonun yayılımını önlemede, el yıkama, tek kullanımlık kağıt mendil kullanımı ve öksürürken ağzın kağıt mendil ile kapatılması önemlidir. Hastaya; ilaçlarını düzenli alması ve bunun gerekçeleri, balgamını bir kaba toplaması, birlikte olduğu kişilerle hekim sakıncası olmadığını söyleyinceye kadar kapalı ortamlarda uzun süre kalmaması, hastanede ya da evde tek başına yatma nedenleri açıklanmalıdır. Hastaya çocuklarla birlikte olmaması, bulunduğu yeri yeterli havalandırması, aşırı yorgunluktan sakınması; gece hayatı, uykusuzluk, sigara, alkol gibi vücut direncini düşüren alışkanlıklardan sakınması konusunda eğitim verilmelidir. Ayrıca hastalar ilaçların yan etkisi hakkında bilgilendirilmeli, tedaviyi tamamlamalarına rağmen uzamış öksürük, ateş, kilo kaybı gibi belirtiler gelişmesi durumunda bir sağlık

kuruluşuna başvurmaları gerektiği konusunda eğitim verilmelidir (Çelikoğlu 1995, Çöplü 1995, Kocabaş 1996). Maske kullanan hastalarda solunum nedeniyle bir süre sonra maskede nemli bir ortam oluşmakta ve bu nemli ortam maskede mikroorganizmaların üremesini kolaylaştırmaktadır. Bu durumu engellemek için hastaların 2-3 saat aralarla maskelerini değiştirmeleri gerektiği anlatılmalıdır. Ayrıca rutin kullanılan maskeler dışında tüberküloz izolasyonunda özel filtreli maskelerin kullanılması koruyucu olmaktadır. Bu konuda sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin dikkatli olması gerekmektedir (Bürger-Mildenberger 2002).

Liam ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif bir çalışmada tüberkülozlu hastaların hastalıkları hakkında bilgilerinin sınırlı olduğu, yaş ile tüberküloz hakkındaki bilgi düzeyi arasında negatif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca eğitim alan hastalarda bilgi düzeyinin arttığı ve hastaların %67.8'inin reçete edilen tedaviyi tamamladığı belirlenmiştir. Tedaviye bağlı olarak şikayetleri azalan hastaların bir kısmının kendilerini iyileşmiş olarak kabul ettikleri ve tedaviyi yarıda bıraktıkları belirlenmiştir (Liam ve ark 1999). Messmer ve arkadaşları tüberküloz tanısı konmuş AIDS'li hasta bakımı hakkında hemşirelere eğitim vermişler ve eğitimin enfeksiyon kontrolü ile ilgili olarak hemşirelerin bilgi düzeylerini ve davranışlarını değiştirip değiştirmediğini araştırmışlardır. Eğitim sonrası hemşirelerin tüberküloz hakkındaki bilgi düzeyleri artmış, universal önlem protokolleri ve solunum izolasyonu ile ilgili bilgilerinde gelişme olduğu saptanmıştır. Buna rağmen AIDS hakkındaki bilgi düzeylerinde ve en önemlisi hastalara bakım davranışlarında somut bir artış olmamıştır (Messmer ve ark 1998). Burada verilecek eğitimin içeriğinin gereksinimler ve istenen değişiklikler doğrultusunda planlanması gerektiği sonucuna varabiliriz. Hemşirelerde davranış değişikliği oluşturmak için öncelikle eğitimler sırasında uygulamalara yer verilmesi ve hasta bakımının hasta üzerine olan olumlu etkilerinin paylaşılması gerekmektedir.

Rycroft-Malone ve arkadaşlarının yaptığı tanımlayıcı bir çalışmada hemşirelerin ilaç eğitiminde sıklıkla ilacın adı, kullanım amacı, rengi, kullanılacak tablet sayısı, zamanı ve uygulama sıklığı hakkında basit bilgiler verdikleri saptanmıştır (Rycroft-Malone ve ark 2000). Hemşirelerin ilaç tedavisinin önemi, sürekliliği ve izlem ile ilgili eğitim yapma işlevlerini yerine getirmede eksik olduğunu söyleyebiliriz. Hemşireler hastalığın iyileşmesi ve bulaştırıcılığın ortadan kalkması için ilaçların tedavi süresince düzenli kullanılması gerektiği, düzensiz ilaç kullanımı sonucu tedaviye dirençli tüberkülozun oluşacağı konusunda hastalara eğitim vermelidirler. Ayrıca ilaç yan etkileri ve bu yan etkiler görüldüğünde hekime başvurmaları gerektiği anlatılmalıdır. İlaç eğitiminde bu noktaların vurgulanması hastaların tedaviye uyumunu arttıracaktır.

### **3- Ultraviyole Işık Kullanımı**

Aktif tüberkülozlu kişinin odasına yerleştirilen ultraviyole ışık tüberküloz basillerini öldürür. Ultraviyole ışığın göze olan zararını önlemek amacıyla kaynak göz kontağının olduğu seviyenin üzerine konulmalıdır. İyi ventilasyon tüberküloz basillerini ortadan kaldırmada önemlidir, ancak organizmaların azalmasını sağlamada ultraviyole ışıktan daha az etkiye sahiptir (Luckman ve ark 1990).

### **4-Hasta Odasının Havalandırılması**

Odanın ventilasyonu basil çekirdeklerinin havadan temizlenmesi açısından önemlidir. Aktif tüberkülozlu kişilerin odaları saat başı havalandırılmalıdır. Havalandırmanın özellikle gündüz saatlerinde yapılması ve soğuk havalarda yaşlı bireylerin korunması gerekmektedir. Hasta odasının havalandırılmasında mümkünse negatif basınçlı klimalar kullanılmalıdır (Luckman ve ark 1990).

**Sonuç olarak;** tüberküloz tedavisinin uzun sürmesi, semptomların iyileşmesi nedeniyle tedavinin yarıda bırakılması, ilaçlara direnç gelişmesi, tüberkülozlu bireylerin sosyal izolasyonu nedeniyle tanılarını gizlemeleri ve tüberküloz oluşumu, bulaşması ve tedavisi ile ilgili yanlış inançlar hastalık ihmeline yol açmaktadır.

Hastalık ihmali engellemek için öncelikle tüberkülozlu bireyleri /ailelerini toplumu hastalığın oluşumu, bulaştırıcılık, tedavi, izlem ve bakım konusunda eğitmek gerekmektedir. Tedaviye uyumu arttırmak amacıyla hasta izlemlerinin düzenli yapılması, uyum problemi olan hastaların hastanede yatmaları sağlanmalıdır. Sağlık bakım profesyonellerinin tedavi, bakım ve izlem sırasında hastalığın psikososyal boyutunu da kapsayacak şekilde girişimlerde bulunmaları hasta uyumunu arttıracaktır.

### **KAYNAKLAR**

1. Ailinger RL, Lasus H, Dear M (2003 May-Jun): Americans' knowledge and perceived risk of tuberculosis. Public Health Nurs. 20(3), 211-215.
2. Birol L (2003). Bronş ve akciğer hastalıkları ve hemşirelik bakımı. (içinde). Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No: 2, 357-364.
3. Boggatz T (2003 Dec): Health education and tuberculosis control around 1990. Pflege. 16(6), 331-6.
4. Bürger-Mildenberger A (2002). İnfeksiyonlar. (içinde). Göksoy E, Gökdoğan C, Gökdoğan M R (ed). Hasta Bakımı. İstanbul: Yüce Yayın, 518-520.
5. Çelikoğlu İ (1995). Solunum Sistemi Hastalıkları Tanı ve Tedavi İlkeleri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi.



6. Çil A, Olgun N (Mayıs-Haziran 2004). Akciğer tüberkülozlu hastalarda tedaviyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hemşirelik Forumu. 7(3), 42-46.
7. Çöplü L (1995). İnfeksiyon hastalıkları. Barış İ. (ed). Solunum Hastalıklarında Temel Yaklaşım. Ankara: Kent Matbaacılık, 147-168.
8. Daniel T (1991). Tuberculosis. Wilson J, Braunwald E, İsslbacher K, Petersdorf R, Martin J, Fauci A, Root R (ed). Principles Of Internal Medicine. 12. Edition. Vol.1. Spain, 637-645.
9. Davey S (2002). Networks focusing on diseases and conditions. Sheila (ed). The 10/90 Report on Health Research 2001-2002. Global Forum For Health Research, 139-145.
10. Davidson B (1998). A controlled comparison of directly observed therapy us self administered therapy for active tuberculosis in the urban united states. Chest, 114, 1239-1243.
11. Fekete T (1998): İnfeksiyon hastalıkları. Yılmaz C (çev. ed.). NMS İç Hastalıkları. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 432-434.
12. Gazioglu K (1997): Akciğer Tüberkülozu. Akciğer Hastalıkları. 7. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 64-87.
13. Hough R, Haq I IU (2001). Solunum hastalıkları. (içinde). Süleymanlar İ, Süleymanlar G, Ünal S (çev. ed.). İç Hastalıkları. Ankara: Güneş Yayınevi, 237-240.
14. Johansson E, Diwan VK, Huong ND, Ahlberg BM (1996 Apr): Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment:an exlatory study in a district in Vietnam. Tuber Lung Dis. 77(2), 178-83.
15. Kelly P (1999 Winter): Isolation and stigma: the experience of patients with active tuberculosis. J Community Health Nurs. 16(4), 233-241.
16. Khan A, Walley J, Newell J, Imdad, N (200): Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. Social Science & Medicine 50, 247-254.
17. Kocabaş A (1996). Akciğer Tüberkülozu. İliçin G, Ünal S, Biberoglu K, Akalın S, Süleymanlar G (ed). Temel İç Hastalıkları. Ankara: Güneş Kitabevi, 456-475.
18. Liam CK, Lim KH, Wong CM, Tang BG (1999 Apr). Attitudes and knowledge of newly diagnosed tuberculosis patients regarding the disease, and factors affecting treatment compliance. Int J Tuberc Lung Dis. 3(4), 300-309.
19. Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist (1999). Different tuberulosis in men and women: beliefs from focus groups in Vietnam. Social Science&Medicine 49, 815-822.
20. Luckman J, Sorenson K (1990). Medical Surgical Nursing A Physiologic Approach. Second Edition. Philadelphia: Saunders Company, 1293-1305.
21. Messmer PR, Jones S, Moore J, Taggart B, Parchment Y, Holloman F, Quintero LM (1998 May-Jun): Knowledge, perceptions, and practice of nurses toward HIV+/AIDS patients diagnosed with tuberculosis. J Contin Educ Nurs. 29(3), 117-125.
22. Palacios E, Guerra D, Llaro K, Chalco K, Sapag R, Furin J (2003 Apr): The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). Int J Tuberc Lung Dis. 7(4), 343- 346.
23. Rycroft-Malone J, Latter S, Yerrell P, Shaw D (2000). Nursing and medication education. Nurs Stand. 14(50), 35-39.
24. Selçuk T (1998). Tüberküloz. (içinde). Kadayıfçı A, Karaaslan Y (ed). İç Hastalıkları El Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 146-155.

25. Synder D, Paz A, Mohle J, Fallstad R, Black R, Chin D (1999). Tuberculosis prevention in metadone maintenance clinics. *Am Respir Crit Care Med*, 160(1), 178-185.
26. Umut S, Yıldırım N (2001). Tüberküloz. Erk M (ed). *Göğüs Hastalıkları*. 1. Cilt. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4297, 485-547.
27. Westaway MS (March 1990). Knowledge and attitudes about tuberculosis of black hospitalised TB patients. *Tubercle*. 71(1), 55-59.