
TÜBERKÜLOZLU HASTALARIN EVDE BAKIM TERCİHLERİNİN SAPTANMASI*

DETERMINING HOME-CARE PREDILECTION OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

Sibel KARACA SIVRIKAYA Seher ERGÜNEY

Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemsireliği Anabilim
Dali, Erzurum

Anahtar Sözcükler: Tüberküloz, Evde Bakım, Tercih
Key Words: Tuberculosis, Home-Care, Predilection

* 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde Poster Bildiri Olarak Sunulmuştur. 26-30 Eylül
2003, Antalya

ÖZET

Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırma olup, 15 Aralık 1999-15 Haziran 2000 tarihleri arasında Erzurum Göğüs Hastalıkları Hastanesinde yatarak tedavisi süren tüberkülozlu hastaların evde bakım tercihlerini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ve örneklemini tüberküloz tanisiyle en az 2. kez hastaneye yatan 56 hasta oluşturmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ki-kare ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hastaların %80.4'ünün 50 yaş ve altında olduğu, %51.8'inin evde bakımı tercih ettikleri, evde bakım tercih nedeni olarak %51.8'inin evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olmasını gösterdikleri saptanmıştır. Aylık kazanç ortalaması düşük olan hastaların evde bakımı tercih ettikleri belirlenmiştir.

SUMMARY

The present research is a descriptive study and it was conducted to determine the home-care predilections of hospitalized patients with tuberculosis at Erzurum Chest Diseases Hospital between December 15, 1999 and June 15, 2000. The study covered 56 patients hospitalized at least second times with the tuberculosis diagnosis. A questionnaire prepared by the researchers was used as data gathering tool. Percentages, chi-square test, and t-test were used in the evaluation of the data.

As a result of the study, it was determined that 80.4 % of the patients were 50 years old and younger, 51.8 % preferred home-care, and 51.8 % claimed that the reason of their preference of home-care was that their homes were quiet, comfortable, peaceful, and familiar environments. It was seen that the patients with low monthly income preferred home-care.

GIRIS

Tüberküloz binlerce yıldan beri insan sağlığını tehdit eden bir hastalıktır (Tan1996, Bayındır 1990). Gelişmekte olan ülkelerin önemli bir sorunu olmakla beraber gelişmiş ülkeler arasında da hala önemini yitirmemistir (Tan 1996, Akyol, Ergün 1996, Çelik ve ark. 1997, Çam 1989).

Her yıl dünya nüfusunun %1'i tüberküloz basili ile enfekte olmaktadır (Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kilavuz SBVSD 1999). Gelişmekte olan ülkelerde ise tüberküloz olgularının %95'i (8 milyondan fazla) tüberküloz olgularıdır ve bunların %99'unun ölümlü sonuçlandığı bildirilmektedir (Akyol, Ergün 1996, Çelik ve ark. 1996, Çelik ve ark). Tani konan her üç hastadan birisinin ölüyor olması, dünyada tüberküloz hastalarının yeterince tedavi ve bakım almadığının açık bir göstergesidir (Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kilavuz SBVSD 1989, Kocabas 1991). 2015 yılı tahminlerine göre ise tüberküloz gelişmekte olan dünya ülkeleri için önemli bir problem olmaya devam edecektir (Bilgiç 1991).

Ülkemizde ise 1997 verilerine göre morbidite oranı yüz binde 33.1, olgu sayısı ise 20.778'dir. Bu hastaların çoğu da genç yastadır (SBVSD 1999). 1998 verilerine göre ise 12-15 milyon enfekte kişi vardır ve ne yapılırsa yapılsın bu enfekte kitleden her yıl 30-40 bin yeni hastanın çıkacağı kaydedilmektedir (Bilgiç 1991). Bu sonuçlar tüberküloz sorununun ülkemizde halen önemini koruyan ve uzun yıllar önemini koruyacak bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (Çelik ve ark. 1997).

Tüberküloz sorunu özellikle Doğu Anadolu Bölgesi'nde daha da belirgindir. 1995 yılı verilerine göre Doğu Anadolu'da tüberkülozdan ölenlerin sayısı 26'dır. Aynı yıl Erzurum'da ölenlerin sayısı 8 (Hayati İstatistikler 1995, 1998), 1997'de ise 7'dir (Hayati İstatistikler 1997,1998).

Tüberkülozlu hasta ve yakınları sosyal yönden dışlanma korkusu ile tanılarını saklama eğilimi gösterirler. Bu da tedavinin aksamasına, hastanın üzüntü ve suçluluk duymasına, diğer şahıslar için de enfeksiyon kaynağı olmasına neden olmaktadır (Tan 1996, Birol, Akdemir ve Bedük 1991).

Bu tür risklerin ortadan kaldırılması için evde hastanın kendi kendine gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığı kontrol edilmeli ve gereksinimi olduğu konularda desteklenmelidir (Birol, Akdemir ve Bedük 1991, Öztekin 1994, Aktas 1992). Fakat sağlık örgütlenmesinde hastane-dispanser ilişkilerinde kopukluk olması nedeniyle hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra ev koşullarında izlenip denetlenmesi yapılmamaktadır (Kocabas 1991, Kocabas ve ark. 1994, Aktas ve ark. 1998).

Evde bakım, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektiren multidisipliner bir ekip çalışmasıdır (Aktas 1992, Nahcivan 1999, Aksayan S 1998). Bakımı alan, sunan ve finanse edenler yönünden kabul gören bu yaklaşım ile birey ve ailesinin sağlık bakımına katılımı artar hastanede yatis süresi ve maliyeti azalır (Nahcivan 1999). Tüberküloz gibi bulaşıcı enfeksiyon hastalıklarında evde bakımın gerekliliği kaçınılmazdır (Rice 1996). Ancak ülkemizde bu konuya yeterince önem verilmediği ve evde hastaların kendi kaderleriyle bas basa bırakıldıkları bilinmektedir (Aksayan ve Cimete 1998).

Tüberkülozlu kişinin tam tedavi olabilmesi etkin ve sürekli hemşirelik bakımını gerektirir. Hemşirenin bu alandaki sorumluluğu hastanın hastalığına ve ilaç tedavisine uyumunu sağlamakla başlar ve bütün tedavi boyunca mesleki bilginin yanında sabır, anlayış ve hoşgörü de gerektirerek sürer. Hemşire hastanın tedaviye başlamasını ve evinde düzenli sürdürmesini sağlamalıdır. Bu noktada hemşire, hasta ve ailesini yakından tanıyarak ailenin olanaklarını belirlemeli ve hastanın tedavisini sürdürmesini sağlamalıdır (Birol, Akdemir ve Bedük 1991, Rice 1996). Yardım gerekiyorsa, hasta ve ailesinin yardım kaynakları ile iletişimini sağlamalıdır (Rice 1996). Hemşire her durumda hasta ve ailesine tüberküloz hakkında bilgi vermeli ve hastalığın bulaşmasını önlemek için hem hasta hem sağlam kişileri bu konuda eğitmelidir (Birol, Akdemir ve Bedük 1991).

Bu düşüncelerden yola çıkarak yapılan bu çalışma tüberkülozlu hastaların evde bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Arastırmanın Tipi

Tanımlayıcı olarak planlanan ve yürütülen bu çalışma Aralık 1999-Haziran 2000 tarihleri arasında yapılmıştır.

2. Arastırmanın Yapıldığı Yer

Erzurum Göğüs Hastalıkları Hastanesi 1968 yılında kurulmuş olup, Doğu Anadolu Bölgesinde tek hastane olarak 11 ile hizmet vermektedir.

Toplam yatak sayısı 200, hemşire sayısı 33, hekim sayısı 19, diğer çalışanları ise 50 kişidir. Göğüs cerrahi uzmanı olmadığı için cerrahi hizmetler verilmemektedir. Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ne tüberküloz tanısıyla 2.kez ve daha fazla yatıp çıkan hasta sayısı yılda yaklaşık 110'dur.

3.Arastirmanin Evreni ve Örnek Seçimi

Arastirmanin evrenini Erzurum Gögüs Hastaliklari Hastanesinde en az 2. kez tüberküloz tanisiyla hastaneye yatan 56 hasta olusturmustur. Evren küçük oldugu için herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemis örnege ve evrenin tümü örnege alınmistir.

4.Verii Toplama Yöntemi

Arastirma verileri deneklere arastirmacilar tarafından hazirlanan soru formu uygulanarak toplanmistir. Arastirmaya baslamadan önce arastirma yapilacak kurumdan sözel olarak izin alınmistir. Etik kurallara uyularak çalisma kapsamina alinan hastalara arastirmanin amaci açıkladiktan sonra arastirmaya katilmayi kabul edenlere soru formu uygulanmistir.

4.1.Soru Formunun Hazirlanmasi

Soru formu, konuyla ilgili literatür bilgilerinden faydalanarak olusturulmustur. Soru formu hastalarin sosyo-demografik özellikleri, hastaligin bulasmasi, tedavisi, korunmasi ve kontrolü gibi hastalikla ilgili bilgilerini ve evde bakim gereksinimlerinin neler oldugunu belirleyecek toplam 69 sorudan olusmustur. Soru formu uygulanmadan önce 2. kez tüberküloz tanisiyla hastanede yatan 5 hasta üzerinde ön uygulama yapilmis ve alinan sonuca göre gerekli düzenlemeler yapilmistir. Daha sonra bu 5 hasta arastirma kapsamii disinda birakilmistir.

4.2.Soru Formunun Uygulanmasi

Soru formu arastirmacilar tarafından yüzyüze görüsme teknigi ile uygulanmistir.

5.Verilerin Degerlendirilmesi

Elde edilen veriler arastirmacilar tarafından elde kodlandiktan sonra Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows 10.0 istatistik programinda degerlendirilmistir. Verilerin analizinde yüzdellik, ki-kare ve Mann Whitney U testi kullanilmistir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1997, Karasar 1995).

6. Bagimsiz ve Bagimli Degiskenler

Arastirmanin bagimsiz degiskenleri, hastalarin sosyo-demografik özellikleri, tüberkülozla ilgili bilgileri, bagimli degiskeni ise hastalarin evde bakim gereksinimleri olarak belirlenmistir.

BULGULAR VE TARTISMA

Arastirmaya alinan hastalarin sosyo-demografik özellikleri incelendiginde %80.4'ü 50 yas ve alti, %57.1'i erkek, %69.6'si evli, %39.3'ü

orta dereceli okul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %94.6'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %71.4'ünün çekirdek aile aile yapısına sahip olduğu görülmektedir. Ailedeki birey sayısına bakıldığında ise %44.6'sında 5-7 kişi yaşadığı görülmektedir. Hastaların %46.4'ünün serbest meslek sahibi olduğu, %51.8'inin ailesinde bir kişinin çalıştığı görülmektedir. Hastaların %39.3'ünün şehirde oturduğu, %85.7'sinin soba ile ısındığı, %92.9'unun evinin güneş aldığı, %53.6'sinin kendine ait bir odası olmadığı görülmektedir.

Tablo 1. Hastaların Evde Bakimi Tercih Durumlarına Göre Dağılımı

Evde Bakimi Tercih Durumu N=56	Sayı	%
Eden	29	51.8
Etmeyen	27	48.2

Hastaların evde bakimi tercih durumlarına göre dağılımı incelendiğinde %51.8'inin evde bakimi tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 1). Aksayan ve arkadaşlarının(1998) yaptığı çalışmada bu oran % 63.1 dir.

Tablo 2. Hastaların Evde Bakimi Tercih Etme Nedenlerine Göre Dağılımı

Evde Bakimi Tercih Nedenleri n=29	Sayı	%
Evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olması	15	51.8
Hastane ortamını sevmeme	7	24.1
Evde bakım verecek bir bireyin bulunması	7	24.1

Hastaların %51.8'i evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olması nedeniyle evde bakimi tercih ettikleri görülmüştür (Tablo 2). Evde bakımın maliyet açısından tercih nedeni olarak gösterilmemesi henüz bu yönünün bilinmediğini düşündürmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastalar tarafından evde bakımın avantajlarından biri olan maliyet düşüklüğü bilinseydi ve sosyal güvenceleri olmasaydı bu bakimi tercih eden hasta oranı (%51.8) daha da yüksek olabilirdi.

Tablo 3. Hastaların Evde Bakimi Tercih Etmeme Nedenlerine Göre Dağılımı

Evde Bakimi Tercih Etmeme Nedenleri n=27	Sayı	%
Bakım ve tedavinin sürekliliği	20	74.1
Aile üyelerine yük olmama	7	25.9

Hastaların evde bakimi tercih etmeme nedenlerine bakıldığında, hastaların %74.1'i tedavinin sürekliliği nedeniyle evde bakım yerine hastanede bakimi tercih etmektedirler(Tablo3).

Hastaların evde sağlık personeli tarafından ziyaret edilme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, hastaların ancak % 28.6'si evinde sağlık personeli tarafından ziyaret edilmekte, % 71.4'ü ziyaret edilmemektedir. Ziyaret edilen hastaların da % 62.5'i iki ayda bir ziyaret edilmekte, ziyaret esnasında ise hastaların % 62.5'inin ilaçları kontrol

edilmektedir. Bu hastaların % 62.5'inin ise sağlık personelinden daha sık ziyaret edilme beklentisi içinde olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Evde Sağlık Personeli Tarafından Ziyaret Edilme Durumları ve Ziyaret İle İlgili Bilgilerinin Dağılımı

Evde Sağlık Personeli Tarafından	N=56	Sayı	%
Ziyaret edilen		16	28.6
Ziyaret edilmeyen		40	71.4
Sağlık Personelinin Ziyaret Sıklığı	n=16		
Ayda bir		6	37.5
İki ayda bir		10	62.5
Sağlık Personelinin Ziyarete Yaptığı İşlem	n=16		
Dispansere davet		6	37.5
İlaç kontrolü		10	62.5
Sağlık Personelinin Ziyaretinden Beklenti	n=16		
Maddi konuda yardım		6	37.5
Daha sık ziyaret		10	62.5

Tüberkülozlu hastalarda tedaviye ara vermemek, hastanın düzenli ilaç kullanmasını sağlamak, hastalığını anlatmak için çok farklı çabalar yürütülmüştür. Bunlardan biri de hastaya evinde dispanser hemşiresi veya sağlık ocağı personeli tarafından ev ziyareti yapmaktır. Verem savaşının örgütlenmesi, kuruluşların ve kişilerin görevlerine bakıldığında, Verem Savaş Dispanseri hemşiresinin ilk görevi, belirli bir programa göre hastaların ev ziyaretlerini yaparak onların tedavilerinden ve izlenmesinden sorumlu olmasıdır (Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kilavuz SBVSD 1999). Kocabas ve arkadaşlarının (1994) yaptığı çalışmada hastaların % 32'sine, Aktas ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada ise hastaların % 31'ine ev ziyareti yapılmıştır. Bu çalışma bulguları diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Ancak ev ziyaretlerinin bu kadar az bir oranda yapılmasında Verem Savaş Dispanserlerinde yeterli sayıda eğitilmiş eleman, araç, akaryakıt temini gibi faktörlerin yetersiz olması, ayrıca bu bölgede kişilerin güç olmasının ve çoğu yolun kapanmasının hastaların izleminde en önemli engellerden biri olduğu düşünülebilir.

Tablo 5. Hastaların Tani Konulduktan Sonra Geçen Süre İle Evde Bakımı Tercih Etme Durumlarına Göre Dağılımı

Tani Konulduktan Sonra Geçen Süre	N=56	Tercih eden		Tercih etmeyen		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
1 yıldan az		4	30.8	9	69.2	13	100.0
1-5 yıl		22	66.7	11	33.3	33	100.0
6 yıl ve üstü		3	30.0	7	70.0	10	100.0
Toplam		29		27		56	

$\chi^2=7.127$ SD=2 p<0.05

Hastaların tani konulduktan sonra geçen süre ile evde bakımı tercih etme durumları incelendiğinde tani konulmasının üzerinden bir

yıldan az süre geçenlerin % 69.2'sinin evde bakimi tercih etmedikleri görülmüş ve tercih edenlerle etmeyenler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 5). Aksayan ve arkadaşlarının (1998) kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihlerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada tanı konulmasından bir yıldan az süre geçen hastaların evde bakimi tercih etmedikleri, 1-6 yıl arasında ise tercih ettikleri bulunmuştur. Araştırma sonuçları diğer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bu çalışmada tanı konulmasından bir yıldan az süre geçen hastaların evde bakimi tercih etmeme nedenleri bu hastaların evde hastalık yönetimini üstlenmekte güçlük çektikleri, hastalığa tam uyum yapamadıkları için durumun daha da kötüleşebileceği endişesi yasadıkları yada evde hastalığın iyileşmesi doğrultusunda bakım verecek birey bulunmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Tablo 6. Hastaların Evde Bakimi Tercih Etme Durumlarına Göre Aylık Kazanç Ortalamalarının Dağılımı

Hastaların Evde Bakimi Tercih Etme Durumları		N=56	n	X	SD	Sıra Ortalama	"mwu" ve "p" değeri
Eden			29	162.41±94.85		26.4	mwu=331.000
Etmeyen			27	200.74±131.23		30.74	p>0.05

Hastaların evde bakimi tercih etme durumlarına göre aylık kazanç ortalamalarının dağılımları incelendiğinde evde bakimi tercih eden hastaların aylık kazanç ortalaması 162.41±94.85 milyon TL, tercih etmeyen hastaların ise 200.74±131.23 milyon TL olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Evde bakım, sağlık hizmetlerinin maliyet-yarar ve maliyet-etkililiğine katkıda bulunur ve evde bakımın avantajlarından biri de maliyet düşüklüğüdür. Bundan dolayı evde bakım ekonomik olması nedeniyle aile ve ülke ekonomisi açısından daha uygun denebilir (Aksayan 1998, Aksayan ve Cimete 1998). Aylık kazanç ortalaması düşük olanların evde bakimi tercih etmesinde evde bakım maliyetlerinin düşüklüğünün rol oynadığı düşünülebilir.

SONUÇLAR

Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde hastaların %51.8'i evde bakimi tercih etmişlerdir. Evde bakimi tercih eden hastaların %51.8'i evin sakin, rahat, huzurlu ve bilinen bir ortam olması nedeniyle, evde bakimi tercih etmeyen hastaların ise %74.1'i bakım ve tedavinin sürekliliği için evde bakım yerine hastanede bakimi tercih etmişlerdir. Hastaların %71.4'ü evde sağlık personeli tarafından ziyaret edilmemekte,

ziyaret edilen (%28.6) hastaların ise %62.5'i iki ayda bir ziyaret edilmektedir. Hastaların %62.5'i ise sağlık personelinin daha fazla ziyaret beklemektedirler. Hastaların tanı konulduktan sonra geçen süre ile evde bakımı tercih etme oranı en yüksek 1-5 yıl süre geçen hastalarda bulunmuştur (%66.7). Hastaların hastalık süresinin evde bakımı tercih etmede etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Evde bakımı tercih etmeyen hastalarda aylık kazanç ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Ancak aylık kazancın evde bakımı tercih etme durumuna etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

ÖNERİLER

Arastırma sonuçlarına göre su önerilerde bulunulabilir.

- Multidisipliner sağlık hizmetinin evde sunulması ve bu hizmetlerin uygulanmasına hız kazandırılması,
- Yeni gelişmeler doğrultusunda tüberküloz kontrol programlarının yeniden düzenlenmesi ve sorunun önemi hakkında kamuoyunun bilgilendirilmesi,
- Verem Savas Dispanseri ve Sağlık Ocakları hemşiresinin ve sağlık memurlarının görevleri arasında ilk sırada, belirli bir programa göre hastaların ev ziyaretlerini yaparak onların tedavilerinden, takibinden sorumlu olduğu yer alır. Bu görevin daha sık ve daha bilinçli bir şekilde yapılması,
- Yurt içinde yapılmış araştırmaların yetersizliği de dikkate alınarak, benzer araştırmaların daha geniş gruplarda ele alınarak yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksayan S, Cimete G, (1998). Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihleri. I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 4.
2. Aksayan S (1998) Evde Bakım. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi özet kitabı, İstanbul, I-IV.
3. Aktas E, Görgüner M, Sağlam L ve ark. (1998). Erzurum Verem Savas Dispanserinde kayıtlı aktif tüberkülozlu hastaların değerlendirilmesi (Ön Rapor). Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 46:1, 63-68.
4. Aktas N, (1992). Diyabetes mellitus tanisiyla hastaneye yatan hastalara verilen taburculuk eğitiminin hastaların evde bakım gereksinimlerini karşılamaya etkisinin incelenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, 249.
5. Akyol A, Ergün F, (1996). İzmir Kahramanlar Verem Savas Dispanseri'nde 1980-1996 yılları arasında tüberküloz olgularının durum incelemesi XXI. Ulusal Türk Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi Marmaris, 227-233.

6. Bayindir Ü, (1990). Solunum sistemi hastalıkları. Öbek A (ed). İç Hastalıkları. 4.Baskı. İstanbul, Karar matbaası, 425-427.
7. Bilgiç H, (1991). Tüberküloz epidemiyolojisi. Kocabas A (ed). Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü. 1.Baskı, Adana, Emel Matbaası, 421-435.
8. Birol L, Akdemir N, Bedük T, (1991). İç Hastalıkları Hemsireliği. 3.Baskı, Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No 6, 155-163.
9. Çam F, (1989). Tüberkülozlu hastaların tedaviye uyum durumları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
10. Çelik P, Akin M, Yensel S ve ark, (1997). Tüberküloz olgularının yaş gruplarına göre klinik ve radyolojik olarak karşılaştırılması. Heybeliada Tıp Bülteni, 3: 1, 64-67.
11. Hayati İstatistikler 1995, (1998) Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, 45.
12. Hayati İstatistikler 1997, (1998) Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, 78.
13. Karasar N, (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi, 7.Baskı, Ankara, Sim Matbaası.
14. Kocabas A, Burgut R, Kibaroglu E ve ark, (1994). Verem Savası Dispanserlerinde sürdürülen tüberküloz tani ve tedavi çalışmalarının etkinliği (Ön Rapor). Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 42: 2, 99-107.
15. Kocabas A, (1991). Günümüzde tüberküloz sorunu. Kocabas A (ed). Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü. 1.Baskı, Adana, Emel Matbaası, 3-10.
16. Nahcivan N, (1999). Evde bakım sürecinde hastada gelişen tehlike belirtilerinin değerlendirilmesi. İnönü Üniv. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 5:47, 50.
17. Özterk Z, (1994). Veremle savaş'ta hemsirenin yeri. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 3:18, 10-12.
18. Rice R, (1996). Infection Control In the Home. Rice R (ed). Home Health Nursing Practice: Concepts and Application. Second edition, St. Louis, Baltimore, Mosby-year book inc. 61-63.
19. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V, (1997). Biyoistatistik. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi.
20. Tan M, (1996). Tüberküloz kemoterapisi yan etkileri ve hemsirelik girişimleri. Sendrom, Ağustos, 8: 8, 86-88.
21. Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Kılavuz, (1999). Sağlık Bakanlığı Verem Savası Daire Başkanlığı yayını, Ankara, 7-10, 51.