



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜBERKÜLOZ HASTALARININ ALDIKLARI TEDAVİNİN VE
DAMGALANMA İLE AYRIMCILIĞA MARUZ KALMA
DÜZEYLERİNİN HASTALAR AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gökçe ÇELİK KARA
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN - 2022



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜBERKÜLOZ HASTALARININ ALDIKLARI TEDAVİNİN VE
DAMGALANMA İLE AYRIMCILIĞA MARUZ KALMA
DÜZEYLERİNİN HASTALAR AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Gökçe ÇELİK KARA
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Danışman
Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN**

SAMSUN - 2022

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam süresince bilgilerinden ve tecrübelerinden yararlandığım değerli tez danışmanı hocam Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN' a,

Uzmanlık eğitimimiz boyunca desteklerini bizlerden esirgemeyen Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici' ye,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalının değerli öğretim üyeleri ve asistanlarına,

Her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Tez çalışmamın her anında bana destek olan sevgili eşim Dr. Hüseyin KARA' ya teşekkür ederim.

BEYAN

“Tüberküloz Hastalarının Aldıkları Tedavinin ve Damgalanma İle Ayrımcılığa Maruz Kalma Düzeylerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda 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, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Gökçe ÇELİK KARA

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı tüberküloz hastalarının aldıkları tedavinin ve damgalanma ile ayrımcılığa maruz kalma düzeylerinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kesitsel tipteki bu çalışma Samsun İli Merkez Verem Savaş Dispanserinde 15 Ağustos 2021 ile 15 Ocak 2022 tarihleri arasında tedavisi devam eden veya yeni tanı alan ve tedavisi başlanan, 18 yaş ve üzerinde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 70 tüberküloz hastası ile yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak sosyodemografik anket formu ve Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ) uygulanarak toplanmıştır. İstatistiksel analizde IBM SPSS V26 paket program kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Hastaların %57,1' i Video Gözetimli Tedavi (VGT) alırken %42,9' u Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) almaktaydı. Hastaların yaş ortalamaları VGT alan hastalar için $47.50 \pm 18,27$ yıl ve DGT alan hastalar için $54.06 \pm 17,75$ yıl olarak bulunmuştur. VGT alan hastaların %47,5' i ve DGT alan hastaların %50' si erkektir. Hastaların toplam THSÖ puan ortalamaları VGT alan hastalarda 81.35 ± 12.70 ve DGT alan hastalarda 83.40 ± 9.99 tür. VGT alan hastaların %42,5'i ve DGT alan hastaların %40' ı toplam damgalanma puan ortalamasından daha yüksek puan almıştır. VGT alan hastalarda eğitim durumları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında 'THSÖ Toplam Puanı' ile 'Kendini Algılama' alt boyutunda anlamlı farklılık varken DGT alan hastalarda eğitim durumları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. VGT alan hastalarda gelir düzeyleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında 'İçselleştirilmiş Stigma' alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda ve toplam THSÖ puan ortalamalarında anlamlı farklılık varken, DGT alan hastalarda gelir düzeyleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. VGT alan hastalarda sosyal güvence durumu ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmazken DGT alan hastalarda 'Aile/Arkadaş İlişkileri' alt boyutu dışındaki tüm damgalanma puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmuştur. VGT alan hastalarda 'Kendini Algılama' alt boyutu damgalanma puan ortalamasında yeni olgular ile nüks olgular arasında anlamlı farklılık varken DGT alan hastalarda tüberküloz durumu ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Her iki

grubun aldıkları tedaviden memnuniyet puan ortalaması VGT için 9.75 ± 0.43 ve DGT için 8.63 ± 0.71 olarak hesaplandı. VGT alan hastalar DGT alan hastalara göre aldıkları tedaviden anlamlı düzeyde daha memnundu. VGT alan ve DGT alan hastaların THSÖ ve alt boyutlarını oluşturan önermelere verdikleri cevaplara bakıldığında sadece 'İçselleştirilmiş Stigma' alt boyutunda bulunan 'İlaçlarımı insanların bulunduğu ortamlarda da rahat bir şekilde içebilirim.' Önermesinde anlamlı farklılık bulunmuştur. VGT alan hastalar ilaçlarını kalabalık ortamlarda daha rahat içebildiklerini ifade etmiştir.

SONUÇ: Çalışmamızda hem VGT alan hem de DGT alan hastaların damgalanmaya uğrama düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Tüberküloz tedavisinin önündeki en büyük engellerden biri de hastaların maruz kaldıkları damgalanma ve ayrımcılıktır.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, Damgalanma, VGT, DGT

ABSTRACT

AIM: This study was conducted to evaluate the treatment received by tuberculosis patients and the level of exposure to stigma and discrimination and to determine the affecting factors.

MATERIALS AND METHODS: This cross-sectional study was conducted with 70 tuberculosis patients aged 18 years and above, who were under treatment or newly diagnosed and started treatment between 15 August 2021 and 15 January 2022 in the Central Tuberculosis Dispensary in Samsun. Data was collected by the researcher using the face-to-face interview technique, by applying the sociodemographic questionnaire form and the Stigma Scale in Patients with Tuberculosis (SSTB). IBM SPSS V26 package program was used for statistical analysis. $p < 0.05$ value was considered statistically significant.

RESULTS: While 57.1% of the patients were receiving Video Directly Observed Therapy (VDOT), 42.9% were taking Directly Observed Therapy (DOT). Mean age of the patients was 47.50 ± 18.27 years for patients receiving VDOT and 54.06 ± 17.75 years for patients receiving DOT. 47.5% of patients receiving VDOT and 50% of patients receiving DOT were male. The mean total SSTB score of the patients was 81.35 ± 12.70 in patients who received VDOT and 83.40 ± 9.99 in patients who received DOT. 42.5% of patients receiving VDOT and 40% of patients receiving DOT scored higher than the mean total stigma score. There was a significant difference in the 'SSTB Total Score' and 'Self-Perception' sub-dimensions between the education levels and stigmatization levels of the patients who received VDOT. However, there was no significant difference between education levels and stigmatization levels of the patients who received the DOT. Difference between the income levels and stigmatization levels of patients receiving VDOT in all sub-dimensions except the 'Internalized Stigma' sub-dimension and total SSTB score averages were significant while there was no significant difference between income levels and stigmatization levels in patients receiving DOT. Moreover, there was no important difference between social security status and stigmatization levels in patients who received VDOT. Notable difference was found in all stigma mean scores, except for the 'Family/Friend Relationships' sub-dimension, in patients who received DOT. While there was a significant difference between new cases and relapse cases in the mean

score of stigma in the 'Self-Perception' sub-dimension in patients who received VDOT, there was no significant difference between tuberculosis status and stigmatization levels in patients who received DOT. The mean score of satisfaction with the treatment received by both groups was calculated as 9.75 ± 0.43 for VDOT and 8.63 ± 0.71 for DOT. Patients receiving VDOT were significantly more satisfied with the treatment they received than patients receiving DOT. Considering the answers given by the patients who took VDOT and those who took DOT to the propositions constituting SSTB and its sub-dimensions, a significant difference was found only in the proposition "I can take my medication comfortably in environments where people are present" in the sub-dimension of "Internalized Stigma". Patients who took VDOT stated that they could drink their drugs more comfortably in crowded environments.

CONCLUSIONS: In our study, it was determined that the stigmatization levels of patients who received both VDOT and DOT were moderate. One of the biggest obstacles in front of tuberculosis treatment is the stigma and discrimination that patients are exposed to.

Keywords: Tuberculosis, stigma, VDOT, DOT

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tanımı	4
2.2. Epidemiyoloji	4
2.2.1. Dünyada Tüberküloz	4
2.2.2. Türkiye’de Tüberküloz.....	5
2.3. Etkeni	5
2.4. Bulaştırıcılık	5
2.5. Patogenez	7
2.6. Tanı.....	10
2.6.1. Akciğer Tüberküloz Tanısı.....	10
2.6.2. Akciğer Dışı Tüberküloz Tanısı.....	16
2.7. Olgu Tanımları	17
2.7.1. Önceki Tedavi Öyküsüne Göre Olgu Tanımları	17
2.7.2. Organ Tutulumuna Göre Olgu Tanımları.....	18
2.7.3. Bakteriyolojik Durumlarına Göre Olgu Tanımları.....	19
2.8. Tedavi.....	19
2.8.1. Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) :.....	21
2.8.2. Video Gözetimli DGT (VGT) :.....	23
2.9. Bildirim :	23
2.10. Korunma :.....	23
2.10.1. BCG Aşısı :	24
2.11. Damgalanma (Stigma) ve Ayrımcılık :	24
2.11.1. Tüberkülozda Damgalanma (Stigma) ve Ayrımcılık :.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi	27
3.2. Çalışmanın Yer ve Zamanı	27

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.3.1. Araştırmaya katılma kriterleri.....	27
3.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri	27
3.4. Verilerin Toplanma Araçları.....	27
3.4.1. Sosyodemografik Anket Formu	28
3.4.2. Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ).....	28
3.5. Verilerin Toplanma Yöntemi.....	29
3.6. Araştırmada Etik Onay	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
7. KAYNAKLAR.....	59
8. EKLER.....	67
8.1. Ek-1. OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı.....	67
8.2. Ek-2 Sosyodemografik Anket Formu	68
8.3. Ek-3 Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ)	71
8.4. Ek-4 Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Onayı	73
8.5. Ek-5 Orijinallik Beyanı	74

SİMGELER VE KISALTMALAR

TB	: Tüberküloz
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DGT	: Doğrudan Gözetimli Tedavi
VGT	: Video Gözetimli DGT
AIDS/HIV	: Kazanılmış Bağışıklık Yetmezlik Sendromu
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı 2019
AC	: Akciğer
AD-TB	: Akciğer Dışı Tüberküloz
ÇİD-TB	: Çok İlaça Dirençli Tüberküloz
ARB	: Aside Dirençli Basil
LTBE	: Latent Tüberküloz Enfeksiyonu
TDT	: Tüberkülin Deri Testi
İGST	: İnterferon Gama Salınım Testi
NAAT	: Nükleik Asit Amplifikasyon Testleri
VSD	: Verem Savaş Dispanseri
PPD	: Purified Protein Derivative = Saflaştırılmış Protein Türevi
TÜ	: Tüberkülin Ünitesi
BCG	: Basille Calmette-Guerin
EZN	: Erlich Ziehl Neelsen
İDT	: İlaç Duyarlılık Testi
SARS	: Ağır Akut Solunum Yetersizliği Sendromu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
THSÖ	: Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği

TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 2.1. : Tüberküloz Basilinin Bulaşmasını Etkileyen Faktörler

Tablo 2.2. : Latent Tüberküloz Enfeksiyonu Tedavi Endikasyonları

Tablo 2.3. : Tüberküloz Enfeksiyonunun Hastalığa Dönüşmesini Arttıran Faktörler

Tablo 2.4. : Ülkemizde Tüberkülin Deri Testi Reaksiyonunu Değerlendirme Kriterleri

Tablo 2.5. : Tüberkülin Deri Testine Yanıtı Azaltan Faktörler

Tablo 2.6. : Birinci Seçenek Tüberküloz İlaçları ve Kullanım Dozları

Tablo 4.1. : Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 4.2. : Hastalık Durumuna Ait Özellikler

Tablo 4.3. : Hastaların THSÖ Toplam ve Alt Boyutlarına Ait Stigma Puan Ortalaması

Tablo 4.4. : Tüm Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Stigma

Tablo 4.5. : VGT Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Stigma

Tablo 4.6. : DGT Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Stigma

Tablo 4.7. : Hastalık Durumlarına Ait Stigma

Tablo 4.8. : VGT Alan Hastaların Hastalık Durumlarına Ait Stigma

Tablo 4.9. : DGT Alan Hastaların Hastalık Durumlarına Ait Stigma

Tablo 4.10. : VGT ve DGT Alan Hastalarda Hissedilen Stigma Alt Boyutu Önergeleri Puan Ortalamaları

Tablo 4.11. : VGT ve DGT Alan Hastalarda Kendini Algılama Alt Boyutu Önergeleri Puan Ortalamaları

Tablo 4.12. : VGT ve DGT Alan Hastalarda Aile/Arkadaş İlişkileri Alt Boyutu Önergeleri Puan Ortalamaları

Tablo 4.13. : VGT ve DGT Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma Alt Boyutu Önergeleri Puan Ortalamaları

Şekil 2.1. : Tüberküloz Enfeksiyonu ve Hastalığının Gelişimi

Şekil 2.2. : Damgalanmanın Kompleks Süreci

Şekil 2.3. : Damgalanma ve Ayrımcılık Kısır Döngüsü

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tarihte bilinen en eski hastalıkların başında gelen tüberküloz; Mycobacterium tuberculosis complex'in (M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. microti) neden olduğu, kronik granümatöz enfeksiyonlarla karakterize, başta akciğerleri olmak üzere sistematik tutulum yapabilen, bildirimi zorunlu olan bir enfeksiyon hastalığı olarak tanımlanır.(1, 2)

Tüberküloz (TB) hastalığına dair ilk bilgiler, milattan üç bin yıl önce Nil nehri kıyısı yakınlarındaki Dar Abu-El-Naga kasabasında yaşamış olan ve kanlı balgam çıkararak ölen bir kıza kadar uzanmaktadır. İsa'nın ölümünden bin yıl önce yaşamış olan rahip Nesperehan'ın mumyasında Pott apsesi denilen vertebra tüberkülozu bulunduğu saptanmıştır.(3) Tüberküloz hastalığının kliniğini Roma İmparatorluğu'nun hekimlerinden Aretaus Cappadocian şöyle tarif etmektedir; *' Sesleri kısık, boyunları hafif bükük ve sert, parmakları silindirik fakat eklemleri şiş, bedenleri iyice erimiş olduğu için kemikleri iyice belirginleşmiş. Tırnakları eğri, yassılaştırmış ve kırılğan, burunları keskin ve silindirik, yanakları belirgin derecede pembeleşmiş, gözleri iyice çukura çekilmiş, fakat parlaklığını kaybetmemiş...Yüzü kadavra gülüşü haline gelmiş. Kol ve bacak kasları erimiş. Kadınların sadece meme başları kalmış. Kaburgalarının başladığı ve sonlandığı yerler, eklemleri net bir şekilde seçiliyor. Skapulalar kuşkanadı halini almış.'*(4) Günümüze kadar varlığını sürdüren bu hastalığa tarih boyunca çeşitli isimler verilmiştir : İnsanları erittiği için Tüketim Hastalığı, insanları soldurarak öldürdüğü için Beyaz Ölüm ya da Beyaz Veba, pek çok insanın ölümüne neden olduğu için Ölümün Kaptanı gibi... Bizim ülkemizde de İnce Hastalık adıyla bilinmektedir.(5)

Türkiye'de tüberküloz kontrolü için 1918 yılında kurulan ilk kurum İzmir Verem Savaş Derneği'dir. Yıllar içinde verem savaş dispanserleri, tüberküloz hastaneleri kurulmaya devam ederek sayıları artırılmıştır. 1930 yılında Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile verem hastalarının izolasyonu ve bildirimini mevzuatı oluşturulmuştur. 1950-1960 yılları arasında BCG aşısı kampanyaları geliştirilmiş, hastalar kayıt altına alınmaya başlamıştır.(2) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1991 yılında Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi'ni (DGTS) tüberküloz ile savaşta temel tedavi yöntemi olarak belirlemiştir. Ülkemizde de 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bir genelge ile ülke genelinde verem ile savaşta bu tedavi stratejisi uygulanmaya başlanmıştır.(6) Bu stratejideki temel prensip tüberküloz hastasının ilacını bir sağlık personeli gözetiminde

içmesi ve kayıt altına alınmasıdır. Bu sağlık personeli ilgili konuda eğitim almış ve denetlenen bir kişidir. DGT temelde iki ana yaklaşımla yapılmaktadır. Klinik DGT de hasta tüberküloz tedavisi veren bir sağlık kuruluşuna başvurur ve ilaçlarını bu kuruluştaki gözetim altında içer. Saha (evde bakım) DGT de ise hasta evinde veya iş yerinde sağlık personeli tarafından ziyaret edilir ve ilaçlarını sağlık personeli gözetiminde evinde veya iş yerinde içer.(7) Bu iki tedavi yönteminin de amacı, 6-9 ay süren (ortalama 8.4 ay) tüberküloz hastalığının tedavisinde hastanın tedaviye uyumunu artırmaktır.(8) Tedaviye uyumu zayıf olan ve tedavi edilemeyen hastalar ileri dönemde bulaşmayı arttıran, dirençli vakaların ortaya çıkmasına neden olan, sağlık sisteminde tedavi maliyetlerini arttıran bir halk sağlığı riskini temsil eder.(9) Özellikle çoklu ilaç direnci tüberküloz hastaları için oldukça ciddi bir sorundur. Çünkü hem diğer hastalara göre daha fazla ilaç alırlar hem de daha az etkili tedavi alırken daha fazla yan etkiye maruz kalırlar.(10)

Doğrudan gözetimli tedavinin tüberküloz eradikasyonunda temel tedavi modeli olarak pek çok yararı olmasına karşın özellikle ekonomik ve sosyal alanlarda hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.(11) DGT alan tüberküloz hastalarının karşılaştığı diğer bir önemli sorun da damgalanmaya maruz kalmalarıdır. Etiketleme, damgalama, lekeleme, onur kırıcı durum gibi anlamlara gelen stigma; başta AIDS/HIV olmak üzere lepra, epilepsi, şizofreni gibi bazı hasta gruplarına karşı toplumun tavır alması, toplum tarafından dışlanması, iş bulma imkanlarının engellenmesi, benlik saygısının azalması, toplumsal statü kaybı gibi pek çok farklı şekilde ortaya çıkabilir.(12) Yapılan çalışmalar bulaşıcı bir hastalık olduğu için ve bulaşma şekliyle ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olunmadığı için hastaların damgalanmaya maruz kaldığını göstermektedir.(13) Damgalamanın çeşitli şekilleri vardır. Hastalar çevreleri tarafından olumsuz ve ayrımcı sosyal baskılara maruz kalabildikleri gibi olumsuz benlik algısına da sahip olabilirler. Damgalanmaya maruz kalan birey bu değersizlik hissini içselleştirebilir ve kendinden utanma, iğrenme, suçluluk duygusu gibi tutumları benimseyebilirler.(14) Erdem ve Taşçı'nın çalışmasında tüberkülozlu hastalarda aile ve çevre ile olan ilişkilerinde değişiklik yaşayanların benlik saygısı puan ortalamalarının düşük çıktığı saptanmıştır. Yine Wahl'ın akıl hastalarının yaşadığı stigma ile ilgili yaptığı çalışmada hastaların %57'si stigma nedeniyle benlik saygılarının azaldığını belirtmişlerdir.(15, 16) Damgalanmaya maruz kalan hastalar sosyal hayattan ve kişilerarası ilişkilerden uzaklaşarak tıbbi durumlarını gizleyebilir;

hiç istenmeyen bir etki olarak hastalığın yayılmasına neden olabilir, iyileşme süresini geciktirebilir ve çoklu ilaç dirençlerinin oluşmasına ve dolayısıyla tedavi maliyetinin artmasına neden olabilirler.(17, 18)

Özellikle son yıllarda meydana gelen teknolojik yeniliklerle tüberküloz tedavisinde uygulanan mevcut tedaviye alternatif bir tedavi modeli ortaya çıkmıştır. Video gözetimli DGT (VGT) olarak adlandırılan bu tedavi, hastanın ilacını içerken bir sağlık çalışanına görüntülü bağlanması veya ilaç içmesini kaydedip video yollaması olarak tanımlanır.(2) Bu tedavi ilaçlarını alan tüberküloz hastalarını uzaktan gözlemlemek için bir görüntülü telefon veya bilgisayar ekipmanının kullanılmasını içermektedir.(19) Bu yöntem senkron olarak hasta ilaçlarını içerken görüntülü bağlanarak yapılabilir ya da asenkron olarak hasta ilaçlarını alırken kendisi kaydedebilir ve sonrasında kaydettiği videoyu sağlık personeline gönderebilir.(20) DSÖ'nün de tüberküloz tedavisinde önerdiği bu yöntemle hastalar herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmeden ilaçlarını evlerinde veya işyerlerinde sisteme bağlanarak içebilirler.(21) Böylece hastaların yol, zaman ve ekonomik kayıplarının önüne geçilmiş olur. Tedavideki bu esneklik VGT için umut vadetmektedir. Tedavide yeni bir yaklaşım olduğu için yapılan çok fazla çalışma bulunmamakla beraber bir diğer avantajı da hastaların maruz kaldıkları damgalanma üzerine etkisi olabilir.

Sonuç olarak; tüberkülozla savaşta hastaların tedavilerine tam uyumunun yanında damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmalarının da önlenmesi gerekmektedir. Bizim çalışmamızın amacı tüberküloz hastalarının aldıkları tedavinin damgalanma ile ayrımcılığa maruz kalma düzeyleri üzerine etkisini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımı

Tarihte bilinen en eski hastalıkların başında gelen tüberküloz; Mycobacterium tuberculosis complex'in (M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. microti) neden olduğu, kronik granülomatöz enfeksiyonlarla karakterize, başta akciğerleri olmak üzere sistematik tutulum yapabilen, bildirimi zorunlu olan bir enfeksiyon hastalığıdır.(1, 2)

2.2. Epidemiyoloji

2.2.1. Dünyada Tüberküloz

Dünya nüfusunun yaklaşık dörtte biri M. Tuberculosis ile enfektedir. Hastalık yaklaşık %90 oranında yetişkinlerde görülür. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha fazladır. Küresel yükün üçte ikisini 8 ülke oluşturmaktadır : Hindistan (%26), Endonezya (%8.5), Çin (%8.4), Filipinler (%6.0), Pakistan (%5.8), Nijerya (%4.6), Bangladeş (%3.6) ve Güney Afrika (%3.3)(1).

2019 yılında tahmini olarak 10 milyon kişi tüberküloz hastalığına yakalanmıştır. Bunların %56'sını erkekler (≥ 15 yaş) , %32'sini kadınlar, %12'sini çocuklar (<15 yaş) oluşturmaktadır. Bu hastaların %8.2'sinde HIV pozitifliği bulunmaktadır. HIV negatif hastalar arasında yaklaşık 1.2 milyon kişi tüberküloz nedeniyle ölmüştür. HIV pozitifler için bu rakam 214.000'dir.(22)

2020 yılında dünya çapında tahmini 9.9 milyon kişi tüberküloz hastalığına yakalanmış, bunların yaklaşık 1.3 milyonu ölmüştür. Bu rakam HIV/AIDS'e bağlı ölümlerin neredeyse 2 katıdır. 2015-2020 yılları arasında tüberküloza bağlı ölümlerdeki azalma özellikle Covid-19 salgını döneminde tüberküloz teşhis ve tedavi hizmetlerindeki aksaklıklardan dolayı, tüberküloz hastalığına sahip olan insanların etkilenmesine ve ölüm sayılarında artışa neden olmuştur. 2020 yılında tüberkülozun tek bir enfeksiyöz ajandan kaynaklanan ölümlerin Covid-19'dan sonra ikinci önde gelen nedeni olarak yer alması beklenmektedir.(1)

Covid-19 salgınının tüberküloz mortalitesi üzerine en büyük etkisinin 2021 yılında olacağı ve tüberküloz insidansı üzerine en büyük etkisinin 2022 yılında olacağı beklenmektedir. 2019 yılına kıyasla 2020 yılında vaka bildirimlerindeki büyük küresel düşüş, tüberküloz hastalığına yakalanan kişi sayısı ile yeni teşhis edilen ve rapor edilen

kişi sayısı arasındaki farkın 2020 yılında büyük ölçüde genişlemiş olduğu ve en iyi ihtimalle 4.1 milyona ulaştığı anlamına gelmektedir.(1)

2.2.2. Türkiye’de Tüberküloz

Ülkemizde tüberküloz ile savaşta DSÖ tarafından önerilen ‘End-TB Stratejisi’ ve ‘Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı’ uygulanmaktadır. Hastaların kayıtları verem savaş dispanserlerince tutulmakta, Tüberküloz Daire Başkanlığı’na toplanmaktadır. 2005 yılından itibaren toplanan hasta verileri analiz edilerek yıllık raporlar halinde sunulmaktadır.(2)

Yürütölen çalışmalarla 2005 yılında 20.535 olan tüberküloz hasta sayısı 2019 yılında 11.401’e ve 2020 yılında da 8.925’e düşmüştür.2005 yılında yüz binde 29.4 olan insidans hızı 2020 yılında 10.6’ya düşmüştür. Toplam olgu hızı 2005 yılına göre 2020 yılında %56.5 azalmıştır.(23)

DSÖ’nün 2019 yılında yayınladığı Küresel Tüberküloz raporuna göre Türkiye DSÖ Avrupa Bölgesinde yer almaktadır. İnsidans hızı yaklaşık yüz binde 16 ve mortalite hızı yaklaşık yüz binde 0.51’dir. Çok ilaca dirençli tüberküloz (ÇİD-TB) açısından yüksek hastalık yüküne sahip 30 ölkede arasında yer almamaktadır. Rifampisin dirençli veya çok ilaca dirençli tüberküloz oranı yeni olgularda %3.5, önceden tedavi almış olgularda %12 olarak açıklanmıştır. Toplam 11. 786 kayıtlı hastanın %70’i HIV (+) ‘tir. Yeni olgu veya nüks hastalarında HIV prevalansı %0-4.9 aralığındadır. Yeni olgu ve nüks hastalarında tedavi başarıısı %86 iken, önceden tedavi görmüş hastalarda (tedavi başarıısızlığı veya takipsiz hastalar) bu oran %58’e düşmektedir.(23)

2.3. Etkeni

Mycobacterium cinsi bakterilerin 70 civarı tür içerdđiđi bilinmektedir. Bakteriyolojik ve DNA özellikleri birbirine benzeyen yakın türler ‘kompleks’ olarak adlandırılır. Mycobacterium Tuberculosis Kompleks tüberküloz yapan bakterilerin oluşturduğu topluluktur. Bu gruptakilerden en bilinenleri M. Tuberculosis, M. Bovis, M. Avium, M. Microti, M. Africanum ve M. Canetti’dir.(24)

2.4. Bulaştırıcılık

Tüberkülozun insandan insana bulaşabilen bir hastalık olduğu fikri 16. yüzyıl ortalarında oluşmaya başlamıştır ve hastalar toplumdan ayrıştırılmıştır. 1843 yılında deneysel olarak tüberkülozun bulaşıcı bir hastalık olduğu kanıtlanmıştır. 1897’de

Flügge hastalığının damlacık yoluyla bulaştığını, 1934'de Wells hava yolu ve damlacık çekirdekleri ile bulaş olduğunu göstermiştir.(25) Tüberküloz basilleri ile enfekte kişinin solunum hareketleriyle (konuşma, öksürme ...) ortama fazla sayıda basil yüklü damlacıklar saçılmaktadır. Suyun buharlaşması ve damlacıkların ayrışması ile daha küçük partiküller olan damlacık çekirdekleri ortaya çıkmaktadır. Bir damlacık çekirdeği ortalama 1 ile 3 arasında canlı basilden oluşmaktadır. Özellikle çapları 1 ile 5 mikron arasındaki damlacık çekirdeklerinin tüberküloz hastalığını yaptığı kabul edilmektedir. Hastalık, tüberküloz basilleri ile enfekte olmayan kişinin ortamda bulunan bu damlacık çekirdeklerini inhalasyonu ile bulaşır. Enfekte olan kişilerde yaşamları boyu hastalık gelişme riski %5 ile %15 arasında değişmektedir. Bu risk enfekte olduktan sonraki ilk iki yıl daha yüksektir.(26)

Bulaştırıcılığı en yüksek olan hasta grubu; balgamda aside rezistan basil (ARB) pozitif, kaviteli akciğer ve larinks tüberkülozu olanlardır.(25, 27) Enfekte kişilerle havalandırılmayan ortamlarda uzun süreli ve yakın temaslar, güneş ışığının ortamda bulunmaması gibi faktörler de bulaştırıcılıkta önemlidir. Hastalığın tespitinden sonra zaman kaybedilmeden etkin bir tedaviye başlanmalıdır. Tedaviye başlanan hastaların bulaştırıcılıklarının 2 ile 3 hafta içerisinde tamamen ortadan kalktığı gösterilmiştir. Tüberküloz basiline bulaşmasını etkileyen faktörler Tablo 2.1'de gösterilmektedir.(2)

Tablo 2.1. Tüberküloz Basilinin Bulaşmasını Etkileyen Faktörler

<p>Kaynak Hasta</p> <ul style="list-style-type: none">• Akciğer, bronş ya da larinks tüberkülozu bulaştırıcıdır.• Yayma pozitifliği (balgamda basil sayısının fazla olması) bulaşmayı artırır.• Kaynak olgunun öksürüğünün miktarı ve şiddeti artınca bulaşma artar.• Aerosol oluşturan tıbbi işlemler (balgam çıkarma, balgam indüksiyonu, bronkoskopi gibi) bulaşmayı artırır.• Erken tanı ve tedavi bulaşmayı azaltır. Basilin canlılığı bulaşmaya yol açar (anti-tüberküloz ilaç kullanımı ile bulaşma azalır; ilaç direnci nedeniyle tedavi etkisiz ise bulaşma sürer).• Basilin virülansı bulaşmayı etkiler. <p>Ortam</p> <ul style="list-style-type: none">• Ortamın havalandırılması basili seyreltir.• Havalandırma sisteminin aynı havayı HEPA filtreden geçirmeden ya da UV ışın uygulamadan tekrar geri vermesi bulaşmayı artırır.• UV ve güneş ışığı canlı basil sayısını azaltır.• Kaynağa yakın olma karşılaşılan basili artırır (aile bireylerinde latent enfeksiyon ve hastalık, uzak temaslılara göre daha fazladır). <p>Hedef Kişi</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastalığa/basile kişisel direnç (önceki hastalık, koruyucu tedavi, BCG, TB dışı mikobakteri enfeksiyonları) bulaşmayı azaltır.• Hastalanmayı artıran durumlar ve diğer hastalıklar bulaşmayı artırabilir.• Basil kaynağı ile birlikte geçirilen süre artınca bulaşma artar.
--

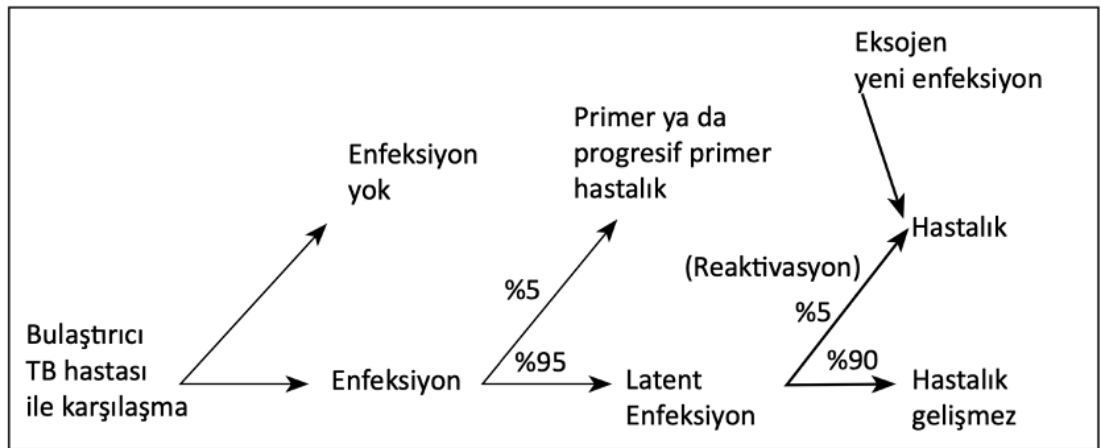
2.5. Patogenez

Enfeksiyon, 1 ile 3 arası canlı basil içeren damlacık çekirdeklerinin inhalasyonla alınması ve alveollere ulaşmasıyla başlar. Hastalığın gelişip gelişmeyeceğini, gelişen hastalığın yaygınlık derecesini belirleyen basillerin özellikleri ve konak immün sistemin basillere yanıtıdır. Eğer konak immün yanıtı güçlü ise, basiller herhangi bir lezyon oluşturmadan makrofajlar tarafından öldürülebilirler. Eğer basiller yok edilemezse makrofajlar içerisinde başlangıçta çoğalabilirler ancak sonrasında gelişen immün yanıtla kontrol altına alınabilirler. Klinik olarak bulgu vermeyen bu evrede %30 oranında basille karşılaşan kişilerde tüberkülin deri testi pozitifleşir ve Primer

enfeksiyon oluşur. Primer enfeksiyonların yaklaşık %10 kadarı Primer Tüberküloza ilerler. Eğer basiller gelişen immün yanıt ile kontrol altına alınamazsa makrofajları öldürebilirler. Bu durumda makrofaj hücrelerine yardımcı monosit hücreleri gelir ve büyümüş makrofaj toplulukları oluştururlar. Bu topluluğa epitelooid hücreler denir. Hücre zarları erimiş makrofaj toplulukları çok çekirdekli dev hücreleri oluştururlar. Epitelooid histiositlere dönüşen makrofajlar ile çevrelerindeki lenfositler birlikte granülom yapısı oluştururlar. İlerleyen dönemde granülomun ortası nekroze olmaya başlar ve tüberkülozda gördüğümüz karakteristik kazeifikasyon nekrozu oluşmuş olur. Bu evre Primer Tüberküloz olarak adlandırılır.(28-30)

Basil ile enfekte olup Primer Tüberküloz gelişmeyen kişilerin yaklaşık %95’inde basiller uyku haline geçerler. Bu evrede hastalığın ne radyolojik ve laboratuvar bulguları olarak ne de klinik olarak herhangi bir bulgusu yoktur. Aktif hastalık durumu olmayan bu evre Latent Tüberküloz Enfeksiyonu (LTBE) olarak adlandırılır.(2) Bu evrede tanı tüberkülin deri testi (TDT) veya interferon gama salınım testi (İGST) ile konulabilir.

Latent tüberküloz enfeksiyonu olan kişilerin ömürleri boyunca yaklaşık %5 kadarında uyku halindeki basiller yıllar sonra uyanarak tekrar çoğalmaya başlayabilirler. Bu geç reaktivasyonla Sekonder Tüberküloz oluşur.(31) Tüberküloz enfeksiyonu ve hastalığının gelişimi Şekil 2.1’de gösterilmektedir.(2)



Şekil 2.1. Tüberküloz Enfeksiyonu ve Hastalığının Gelişimi

Latent tüberküloz enfeksiyonlarında koruyucu ilaç tedavisi kemoprofilaksi olarak isimlendirilir. Amaç tüberküloz hastası olma riski olan kişilerde hastalığın

oluşumunun engellenmesidir.(2) Latent tüberküloz enfeksiyonunda tedavi endikasyonları Tablo 2.2’de gösterilmektedir.

Tablo 2.2. Latent Tüberküloz Enfeksiyonu Tedavisi Endikasyonları

1. Bulaşıcı TB hasta temaslılarından
 - a. Tüberkülozlu anneden doğan bebeklere
 - b. 34 yaş ve altı gruptaki yakın temaslılara
 - c. 35 yaş ve üstü grupta, LTBE saptananlar ile bağışıklığı baskılanmışlara, hepatotoksisite riski* ile tedaviden elde edilecek yarar karşılaştırılarak koruyucu tedavi kararı verilir.
 - d. 35 yaş ve üzeri grupta ilk test ile LTBE saptanmayanlara iki ay sonra test tekrarı yapılarak bu ikinci teste göre karar verilir.
2. TB hastası temaslı değilken, 0-4 yaş TDT pozitif ve 5-14 yaş TDT ya da İGST pozitif çocuklara koruyucu tedavi verilir.
3. Son 2 yılda TDT konversiyonu olursa (konversiyon tanımı, başlangıç TDT sonrası booster için ikinci TDT yapılmış kişide: ya (i) TDT negatif iken en az 6 mm artış göstermesi ve pozitifleşmesi ya da (ii) pozitifleşme olmasa bile 10 mm ve üzeri artış olmasıdır.)
4. TB tedavisi ya da LTBE tedavisi almamış kişide akciğer filminde TB sekeli ile uyumlu lezyonu olan, yayma ve kültürleri negatif hastaya koruyucu tedavi verilir.
5. Bağışıklığı baskılanan aşağıdaki gruplardaki hastalardan LTBE saptananlara (TDT pozitifliği 5 mm ve üzeri ya da İGST pozitifliği olanlara).
 - a. HIV pozitif kişiler
 - b. Anti-TNF ilaç başlanacaklar
 - c. Kortikosteroid (15 mg prednizolon eşdeğeri, 1 aydan uzun süre) kullanmış hastalar
 - d. Diyalizdeki kronik böbrek yetmezliği olan hastalar
 - e. Organ ya da hematolojik transplant alıcı ve verici adayları
 - f. Silikozlu hastalar

*Hepatotoksisite riskini artıran durumlar:

- İleri yaş
- Alkol bağımlılığı
- Eş zamanlı hepatotoksik ilaç kullanımı
- Daha öncesinde İNH intoleransı varlığı
- Geçmiş ya da mevcut karaciğer hastalığı olması
- Gebelik
- Erken postpartum dönem
- Damar içi ilaç kullanımı
- İNH hızlı asetilatörler

Latent tüberküloz enfeksiyonu varlığında tedaviye başlamadan önce kişilerde hastalığın olmadığı gösterilmesi gerekir. Bunun nedeni eğer hastalık bulunduğu

halde tespit edilemezse verilen kemoprofilaksi çoklu ilaç direnci gelişimine sebep olabilmektedir. Sıklıkla tercih edilen koruyucu tedavi 6 aylık izoniyazid kemoprofilaksisidir. Bağışıklığı baskılanmış kişilerde de 9 aylık izoniyazid kemoprofilaksisi önerilir. Bu rejim HIV pozitif kişilerde bile yaklaşık %50 oranında risk azalması ile sonuçlanır.(32, 33) Ayrıca kemoprofilaksinin 19 yıla kadar etkin olabildiği bilinmektedir.(34)

Tedavi dozu izoniyazidde erişkinler için 5 mg/kg/gün (maksimum 300 mg), çocuklarda ise 10 mg/kg/gün (maksimum 300 mg) dür. İzoniyazid kullanıma engel bir durum varlığında ilk seçilecek ilaç rifampisindir. Kullanım dozu erişkinler için 10 mg/kg/gün, çocuklarda 15 mg/kg/gündür. Maksimum 600 mg/gün dozuna çıkılabilir. Rifampisin kemoprofilaksi süresi 4 aydır. Ülkemizde verem savaş dispanserlerinde (VSD) 2016 yılında kemoprofilaksi başarı oranı %61 olarak açıklanmıştır.(2)

2.6. Tanı

Basiller çoğunlukla akciğerleri tutarak hastalık geliştirse de tüm vücut sistemlerini tutabilmektedir. Hastalar sadece solunum sistemine ait semptomlar ile gelebildikleri gibi solunum sistemi semptomları dışında sistemik semptomlarla da gelebilirler. Bu nedenle tüberküloz tanısını koyabilmek için hastalıktan şüphelenmek gerekir. Verdiği öykü ve fizik muayene bulguları ile şüphe oluşturan hastalarda akciğer filmi, tüberkülin deri testi, bakteriyolojik ya da histolojik incelemeler yapılarak tanı konulur.(35)

2.6.1. Akciğer Tüberküloz Tanısı

Anamnez (Tıbbi öykü) :

Hastanın verdiği öykü tutulan organa ve hastalığın aşamasına bağlı olarak değişmektedir. Solunumsal veya sistemik semptomlar görülebilir.

Solunumsal semptomlar genel olarak öksürük, balgam, hemoptizi, göğüs ve sırt ağrısı, nefes darlığı, ses kısıklığı olarak sıralanabilir.

İki haftadan daha uzun süren her öksürük yakınmasında tüberküloz şüphesi olmalıdır. İlk haftalarda kuru öksürük görülürken gelişen inflamasyonla balgamlı öksürüğe dönüşebilir. Daha az sıklıkta hemoptizi başvuru nedeni olabilir.

Plevral tutulumla bağlı olarak solunumla değişen göğüs ya da sırt ağrısı, pnömotoraks veya plevral sıvı varlığında nefes darlığı, larinks tutulumuna bağlı ses kısıklığı olabilmektedir.

Sistemik semptomlar halsizlik, çabuk yorulma, gece terlemesi, iştahsızlık, ateş olarak sıralanabilir.

Tüm bu semptomların dışında bir kısım hastada hiçbir semptom olmayabilir.(36)

Bu semptomlardan herhangi birinin varlığında tüberküloz hastalığından şüphelenmek gerekir. Şüphe edilen olgularda anamnez derinleştirilerek kaynak olgu varlığı araştırılmalıdır. Hastanın önceden tüberküloz geçirip geçirmediği, eğer geçirdiyse düzenli ve etkin bir tedavi alıp almadığı, ek hastalıkları, düzenli kullandığı ilaçları da sorgulanmalıdır. Tüberküloz hastalığı gelişmesi riskini arttıran durumlar Tablo 2.3'de gösterilmiştir.(2)

Tablo 2.3. Tüberküloz Enfeksiyonunun Hastalığa Dönüşmesini Arttıran Faktörler

	Risk faktörü olmayan kişilere göre tahmini TB risk oranı
TB Maruziyetine Göre	
Bulaştırıcı bir TB hastasına yakın temas	16-45
Yüksek prevalanslı yerden göç etmek	15
Fibronodüler lezyonlar olan akciğer filmi	6-19
Yüksek Risk	
HIV + kişiler	50-110
0-2 yaşında iken temas öyküsü	>10
TNF alfa inhibitörü kullanımı	10
Hemodiyaliz yapılan KBY	8
Organ transplantasyonu	70-300
Kök hücre transplantasyonu	20
Son 2 yılda gelişen yeni TB enfeksiyonu	15
Orta- Düşük Derecede Risk	
3-5, 10-15 yaş grubunda temas öyküsü	>3
Silikozis	1,4-30
Sistemik kortikosteroid tedavisi (1 aydan uzun >15mg)	3-8
Vücut kitle indeksi ≤ 20	2-3
Alkol kullanım bozukluğu	3-4
Diabetes mellitus	1,5-5
Sigara içme (günde 1 paket)	1,8-3,5
İnhale glukokortikoid tedavisi	2,5
Çok Düşük Risk	
TDT+, risk faktörü yok ve akciğer filmi normal	1

Fizik Muayene:

Tüberküloza ait spesifik fizik muayene bulgusu genellikle yoktur. Özellikle tüberküloz hastalığının ayırıcı tanısında yardımcı olmaktadır. Raller, bronşiyal sesler, kronik vakalarda çomak parmak, ateş, ileri vakalarda kaşeksi, dispne görülebilmektedir.

Radyoloji :

Akciğerin tutulduğu tüberküloz vakalarında genellikle radyolojik tutulum görülür. Ancak bağışıklığı baskılayan hastalıkların eşlik ettiği vakalarda (HIV +) radyolojik tutulum olmayabilir.(2)

Primer tüberkülozda hastaların yaklaşık %15 kadarında radyolojik bulgu yoktur. Radyolojik tutulum olanlar kendini parankimal konsolidasyonlar, atelektaziler, lenfadenopatiler, plevral efüzyon ve miliyer tüberküloz şeklinde gösterir.(37)

Progresif primer tüberkülozda özellikle üst loblarda yerleşim gösteren ve sürekli ilerleyici olan parankimal konsolidasyonlar vardır. Kavitasyonlar, miliyer ve endobronşial yayılımlar görülür.(38)

Postprimer tüberkülozda primer tüberkülozdan farklı olarak üst zonların tutulumu, lenfadenopatilerin olmaması ve kavitasyonlara meyil olması belirgindir. Genellikle apikal, üst lob arka ve alt lob üst segmentlerde yerleşim gösteren, düzensiz sınırları olan, birleşme eğilimli heterojen opasiteler görülür. Hiler ve mediastinal lenfadenopati varlığı nadirdir.(39) Kavitasyon hastaların %40-87'sinde görülür. Genellikle birden fazla ve çapları değişkendir. Tedaviyle tamamen kaybolabildikleri gibi bazen de kistik bir yapı oluştururlar. Endobronşiyal yayılım kavitasyonların en sık görülen komplikasyonlarıdır. Akciğerlerde üzüm salkımı şeklinde görünürler. Peribronşiyal ve sentrilobüler nodüllerin oluşturduğu manzaraya ' tomurcuklanan ağaç manzarası ' denir.(40) Tüberkülomlar, satellit nodüller görülebilir. Tüberkülomlar yuvarlak veya oval opasiteler şeklinde üst zonlarda ve sağ tarafta yerleşmişlerdir.(41) Hastaların %10-40 kadarında bronşiyal darlık görülebilir. Bronşektazi sıklıkla üst loblarda ve asemptomatik olarak görülür. Hemoptizi semptomatik olduğunda en sık görülen bulgudur. Genişlemiş bronşlar radyografide ' tramvay yolu ' olarak isimlendirilir.(42) Her zaman atipik tutulumların görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Akciğer grafilerinin aktif tüberküloz tanısı için duyarlılıklarının %70-80, özgüllüklerinin ise %60-70 olduğu unutulmamalıdır. Klinik ve bakteriyolojik

bulgularla desteklenmediği sürece tek başına radyoloji ile tüberküloz tanısının konulması doğru değildir.(43)

Bazı durumlarda etkin tüberküloz tedavisi alınmasına rağmen radyolojik progresyon görülebilmektedir. Buna paradoks reaksiyon denilir. Sıklıkla HIV pozitif tüberküloz hastalarında görülen bu durum etkin tüberküloz tedavisi sonrası HIV pozitif hastalarda bağışıklık yanıtın düzelmesi ile daha önce görülmeyen radyolojik bulguların ortaya çıkması olarak açıklanmaktadır. Bu tablo bağışıklığın geri gelmesine bağlı enflamatuvar sendrom olarak adlandırılır.(2, 44)

Tüberkülin Deri Testi:

Tüberküloz enfeksiyonlarını ifade eden cilt testlerinin genel adıdır. Testlerin temeli, tüberküloz basillerinin belirli antijenik bileşenlerinin enfekte kişilerde geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonu oluşturmaya dayanır.(2) Bu testler içinde en yaygın kullanılan antijen PPD (Purified Protein Derivative = saflaştırılmış protein türevi)'dir. Tüberküloz basili kültüründen protein presipitatlarının filtrasyonu ile PPD solüsyonu elde edilir. Tüberkülinler elde edilen protein presipitatlarıdır. Bazı polisakkaritler, lipitler ve küçük molekül ağırlıklı proteinler PPD solüsyonunu oluşturur. Siebert ve Gleen tarafından ilk PPD 1939 yılında üretilmiş ve PPD-S olarak adlandırılmıştır. PPD-S tüm dünyada standart olarak kullanılmaktadır.(45, 46)

PPD-S'in standart 5 tüberkülin ünitesi (TÜ) dozunun tanımı; 0,1 mg / 0,1 ml dozunda bir PPD-S'in gecikmiş cilt testi aktivitesidir. PPD-S deki 5 tüberkülin ünitesine eşdeğer doz ticari PPD solüsyonlarının standart test dozudur.(35, 47)

PPD solüsyonuna Tween 80 deterjanı eklenerek yüzeylere yapışması azaltılır. Yüzeylere yapışmanın minimum olması için solüsyonun enjektöre çekildikten sonra hemen uygulanması gerekir. Uygulanırken Mantoux yöntemi kullanılır. 26-27 gauge iğne uçlu enjektörlerle ön kol volar yüze 0,1 ml intradermal olarak uygulanır. Karanlık ortamda ve +2 ile +8 C' de muhafaza edilmelidir.(2)

Tüberkülin deri testi hücresel aracılı, M. Tuberculosis antijenine yanıt olarak oluşmuş gecikmiş tipte bir deri reaksiyonudur. Enfekte bireylerde T lenfositler duyarlılaşırlar ve çoğalmaya başlarlar. Kana karışan duyarlanmış t lenfositler tüberkülin deri testinin uygulandığı bölgeye gelir ve lenfokinler salgılayarak gecikmiş tip immün yanıt oluştururlar. Böylece o bölgede vazodilatasyon, ödem, inflamatuvar hücre toplanması, fibrin birikimi olur. Cilt yüzeyinde oluşan ve elle palpe edilen sertlik endurasyon

olarak adlandırılır. Gecikmiş tip aşırı duyarlılığı yansıtır. Testin ilk kez yapıldığı kişilerde bu reaksiyon daha yavaş gelişir ve ortalama 72 saatte maksimum düzeye ulaşmış olur. Daha önce tüberkülin cilt testi yapılmış kişilerde bu reaksiyon daha hızlı gelişir ve ortalama 48 saatte maksimum düzeye ulaşmış olur. Oluşan endürasyonun çapı milimetrik olarak ölçülür ve kaydedilir. Kaybolması günler sürer.(48)

Ülkemizde rutin aşılama programında olan BCG (Basille Calmette-Guerin) aşısı ile tehlikeli primer tüberküloz enfeksiyonu yerine Calmette ve Guerin basilinin neden olduğu masum primer enfeksiyonun oluşması hedeflenmektedir.(49) Tüberkülin deri testi reaksiyonunu değerlendirme kriterleri Tablo 2.4'te gösterilmiştir.(2, 46)

Tablo 2.4. Ülkemizde Tüberkülin Deri Testi Reaksiyonunu Değerlendirme Kriterleri

BCG' lilerde	
0-5 milimetre*	Negatif
6-14 milimetre*	BCG pozitifliği
15 milimetre ve üzeri	Pozitif, infeksiyon (+)
BCG' sizlerde	
0-5 milimetre*	Negatif
6-9 milimetre*	Şüpheli reaksiyon; 1 hafta sonra test tekrarı 6-9 milimetre negatif >10 milimetre Booster fenomeni*
10 milimetre ve üzeri	Pozitif
Bağışıklığı baskılanmış kişilerde 5 milimetre ve üzeri pozitif kabul edilir.**	

***Booster Fenomeni (Hatırlatma Fenomeni):** Uzun zaman tüberküloz antijenleri ile karşılaşmayan hafıza (bellek) hücreleri antijeni unuturlar. İlk kez uygulanan Tüberkülin deri testi antijeni hatırlatmış olur ancak yanıt oluşturamayabilir. İlk testten sonra 1-2 hafta içerisinde ikinci bir tüberkülin deri testi yapılır. Bu ikinci test sonrası gerçek reaksiyon oluşur.

****Bağışıklığı baskılanmış kişiler:** HIV + olan AIDS hastalar, kontrol altında olmayan diyabetik hastalar, diyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezlikli hastalar, beslenme bozukluğu olan hastalar, malignite hastaları, uzun süreli kortikosteroid tedavisi alan (2-4 hafta boyunca 15 mg/gün prednizolon ve eşdeğeri) hastalar bu gruptadır.

Tüberkülin deri testi basillere bağlı gecikmiş tipte immün yanıt sonucu pozitifleşmektedir. Hem latent tüberküloz enfeksiyonunda hem de tüberküloz hastalığında pozitif olabildiği için aktif tüberküloz tanısı için önerilmemektedir.(2)

Aktif tüberküloz hastalarında tüberkülin deri testi yalancı negatiflik oranı yaklaşık %25'tir. Yalancı negatifliğe sebep olan nedenler Tablo 2.5'te gösterilmiştir.(50)

Tablo 2.5. Tüberkülin Deri Testine Yanıtı Azaltan Faktörler

Test edilen kişiye ait faktörler	<ul style="list-style-type: none">- Enfeksiyonlar (kızamık, kabakulak, HIV, tifo, su çiçeği, brusella, boğmaca, tifüs, yaygın tüberküloz..)- Canlı virüs aşılıları (kızamık, kabakulak, su çiçeği..)- Metabolik bozukluklar (KBY..)- Protein düşüklüğü (afibrinojenemi, ciddi protein eksikliği..)- Lenfoid organ hastalıkları (lenfoma, lösemi, sarkoidoz..)- İlaçlar (kortikosteroidler, kemoterapi ilaçları..)- Yaş (yeni doğanlar ve yaşlı hastalar)- Stres (cerrahi, yanıklar, mental hastalık, graft versus host..)
Kullanılan tüberküline ait faktörler	<ul style="list-style-type: none">- Uygunsuz depolama (ışık-ışık maruziyeti..)- Uygunsuz sulandırma- Kimyasal denatürasyon- Kontaminasyon- Yapışma (Tween 80 ile engellenmekte)
Uygulama yöntemine ilişkin faktörler	<ul style="list-style-type: none">- Çok az antijen enjekte edilmesi- Deri altına enjeksiyon- Solüsyonun enjektörde çok beklemesi- Diğer deri testlerine çok yakın enjeksiyon
Okuma ve kayıt ile ilgili faktörler	<ul style="list-style-type: none">- Deneyimsiz okuyucu- Kayıt hataları- Bilinçli veya bilinçsiz yapılan hatalar

İnterferon Gama Salınım Testi (İGST):

M.tuberculosis antijenlerine karşı vücudun oluşturduğu immün yanıtı ölçer. M.tuberculosis spesifik antijenlerle uyarılan T hücrelerinin yanıt olarak salgıladıkları INF-gama yanıtlarının ölçülmesi esasına dayanır. Özellikle latent tüberküloz enfeksiyonu tanısında ve tüberküloz dışı mikobakterilere (M. Kansasii, M. Marinum, M. Flavescens...) maruz kalan kişilerde tüberkülin cilt testine göre daha spesifiktir. İnterferon gama salınım testi negatifliği aktif tüberkülozu dışlatmaz.(51)

Nükleik Asit Amplifikasyon Testleri (NAAT):

Moleküler yöntemlerin gelişmesiyle birlikte tüberküloz tanısında, mikobakterilerin türlerinin belirlenmesinde, ilaç direncinin saptanmasında ve tüberkülozun moleküler

epidemiolojisinde kullanılmaktadır. NAAT'nin negatif olması tüberküloz hastalığını dışlamadığı gibi tüberküloz tedavisinin takibinde de bakteriyolojik tetkik olarak kullanılması önerilmemektedir.(2)

Bakteriyoloji:

Tüberküloz, tanısı bakteriyolojik olarak konulan bir enfeksiyon hastalığıdır. Hastalık şüphesi olan kişilerden uygun şekilde 3 balgam örneği alınmalıdır. Eğer kişi balgam örneği veremiyorsa açlık mide suyu, indükte balgam ya da bronkoskopik lavaj sıvısı örnekleri de kullanılabilir. İdeal olanı üç gün peş peşe sabah uyandıktan sonra çıkarılan ilk balgam örneklerinin incelenmesidir. Çıkarılan balgam miktarı 3-5 ml arası olmalıdır. İlk inceleme mikroskop ile yapılmalıdır. Eğer imkan varsa balgamın teksifi ile mikroskopik inceleme yapılması önerilir. Çünkü bu yöntemle tanı oranının %18 arttığı belirlenmiştir.(52) Eğer imkan yoksa direk mikroskopik inceleme yapılır. Mikroskopik incelemede karbol fuksin (Erlich Ziehl Neelsen (EZN)) ve florokrom olmak üzere 2 boyama yöntemi kullanılır. Mikobakteriler bu boyalar ile boyandıklarında, asit-alkol solüsyonları ile boyalarını bırakmadıkları için Aside Dirençli Basil (ARB) olarak adlandırılırlar. Ancak ARB negatifliğinin hastalığı dışlamadığı, her ARB pozitifliğinin de hastalığı göstermeyeceği unutulmamalıdır.(2)

Alınan balgam örneğinin bir kısmı da kültür için kullanılmalıdır. Çünkü tanı için altın standart yöntem kültürde basillerin üretilmesidir. Katı ve sıvı besi yerlerinin ikisine de ekim önerilmektedir. Üreme olan ilk kültür örneklerinde İlaç Duyarlılık Testi (İDT) yapılmalıdır.(2)

Mikroskopik inceleme sonucu negatif olup kültürde pozitiflik saptanırsa, bu durum yayma negatif tüberküloz hastalığı olarak adlandırılır. Bu kişilere kinolon içermeyen geniş etkinlikli antibiyoterapi başlanmalıdır. Kinolon kullanımının kişilerde tanıyı geciktirdiği bildirilmiştir.(53)

2.6.2. Akciğer Dışı Tüberküloz Tanısı

Tüberküloz çoğunlukla akciğerleri tutmasına rağmen sistemik tutulum da yapabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Akciğer parankimi dışında herhangi bir veya birden çok organda ortaya çıkan tüberküloz hastalığına akciğer dışı (ekstrapulmoner) tüberküloz denilmektedir. 2019 yılı verilerine göre yeni tüberküloz olgularının %34'ünü akciğer dışı tüberkülozlular oluşturmaktadır.(23) Kemik-eklem tüberkülozu, lenfadenit, plevra-perikard tüberkülozu, miliyer tüberküloz, merkezi sinir sistemi tüberkülozu,

genitoüriner ve gastrointestinal tüberküloz akciğer dışı tüberkülozun en sık görülen türleridir. Tutulan organ veya organların varlığına göre görülen bulgu ve belirtiler değişebilmekte, bu durum tanı koymada zorluklara yol açabilmektedir.(54) Akciğer dışı tüberküloz tanısı sıklıkla histopatolojik incelemeler ve bakteriyolojik doğrulama ile konulur.(2)

Akciğer tutulumuyla beraber akciğer dışı organ tutulumu da olduğunda akciğer dışında tutulan organlar belirtilir fakat akciğer tüberkülozu olarak adlandırılır.(2)

2.7. Olgu Tanımları

Tüberküloz tanısı konulduktan sonra hastaların alacakları en etkin tedavi rejiminin düzenlenebilmesi için olgu tanımları yapılmıştır.

Bakteriyolojik Olarak Doğrulanmış Tüberküloz: Yayma, kültür veya moleküler testler ile pozitifliği kanıtlanan hastaları tanımlar.

Klinik Tanı Alan Tüberküloz: Bakteriyolojik doğrulama yapılamayan ancak hekim tarafından aktif tüberküloz olarak değerlendirilip tedavisi planlanan hastaları tanımlar. Bu gruba histopatolojik tanı alan hastalar da girmektedir.

Hem klinik olarak hem de bakteriyolojik olarak tanı konulan hastaları daha önce tüberküloz tedavisi alıp almadıklarına, bakteriyolojik durumlarına ve tutulan organ durumlarına göre de sınıflandırmak mümkündür.(2)

2.7.1. Önceki Tedavi Öyküsüne Göre Olgu Tanımları

2.7.1.1. Yeni Olgu:

Hiç tüberküloz tedavisi almamış veya tedavi süresi 1 aydan kısa olan hastalar için kullanılır.

2.7.1.2. Önceden Tedavi Görmüş Olgu

Tedavi süresi en az 1 ay olan hastalar için kullanılır. Nüksler, takip dışı kalıp dönen ve tedavi başarısızlığından gelen hastalar bu gruptadır.

2.7.1.3. Nüks Olgu

Tüberküloz tanısı alıp kür sağlandıktan sonra hastanın tekrar tüberküloz tanısı alması durumunda kullanılır. Nüksler birden fazla kez olabilir.

2.7.1.4. Takip Dışı Kalıp Döner Olgu:

Daha önceki rehberlerde terkden döner olgu olarak tanımlanmaktaydı. Tedavilerine 2 ay veya daha uzun süre ara vermiş hastaların tekrar aktif tüberküloz tanısı alması durumunda kullanılır.

2.7.1.5. Tedavi Başarısızlığından Gelen Olgu:

Tanı konulup tedavisi başlandıktan sonra 5 ay içinde veya daha sonrasında alınan balgam örneklerinde yayma veya kültür yöntemiyle basillerin gösterildiği hastalar için kullanılır.

2.7.1.6. Nakil Gelen Olgu:

Bir dispansere kaydı yapıp tedavisi başlanan hastaların sonrasında kayıtlarıyla birlikte başka bir dispansere devir olması durumunda kullanılır.

2.7.1.7. Diğer Önceden Tedavi Görmüş Olgu :

Daha önce tüberküloz tedavisi başlanmış ancak tedavi sonucu bilinmeyen hastalar için kullanılır.

Bu tanımlardan yeni ve nüks olgular tüberküloz insidansını oluşturur.(2)

2.7.2. Organ Tutulumuna Göre Olgu Tanımları

2.7.2.1. Akciğer Tüberkülozu

Tutulum yeri akciğer parankimi veya trakea bronş ağacı olan tüberküloz hastaları için kullanılır.

2.7.2.2. Akciğer Dışı Tüberküloz (AD-TB)

Akciğer parankimi ve bronş ağacı dışında herhangi bir yerde tutulumu olan tüberküloz hastaları için kullanılır. Parankim tutulumu olmadan plevral efüzyon varlığı ya da toraks içi lenf bezlerinin büyümesi akciğer dışı tüberküloz olarak değerlendirilir.

2.7.2.3. Akciğer ve Akciğer Dışı Tüberküloz

Hem akciğer tutulumu hem de akciğer dışı bir organ tutulumu birlikte olan hastalar için kullanılır. Bu grupta bulunan hastalar Dünya Sağlık Örgütü'ne akciğer tüberkülozu olarak bildirilirler. Miliyer tüberküloz da bu grupta yer alır.

2.7.3. Bakteriyolojik Durumlarına Göre Olgu Tanımları

2.7.3.1. Yayma Pozitif Akciğer Tüberkülozu

Alınan en az 2 balgam, mide suyu, indüklenmiş balgam veya bronkoskopik lavaj örneklerinde yayma ile aside dirençli basillerin gösterildiği, alınan örneklerden birinde yayma ile aside dirençli basillerin gösterildiği ve radyolojik olarak tüberküloz ile uyumlu olan ve hekim tarafından tüberküloz tedavisi planlanan, alınan örneklerden birinde aside dirençli basillerin gösterildiği ve kültürde üremenin olduğu hastalar bu gruba girerler.(2)

2.7.3.2. Yayma Negatif Akciğer Tüberkülozu

Kültürde üremesi olduğu halde balgam yayma örnekleri negatif olan, radyolojik ve klinik olarak tüberkülozu düşündüren, 3 balgam yayma örneği de negatif olan ve en az 1 hafta süreyle kinolon içermeyen geniş etkinlikli antibiyoterapiye rağmen düzelme görülmeyen ve ayırıcı tanılar dışlandıktan sonra tüberküloz tedavisi düşünülen hastalar bu gruba girerler.(2)

2.7.3.3. Moleküler Test Pozitif Akciğer Tüberkülozu

Moleküler testler ile saptanmış ancak yayma negatif hastalar bu gruba girerler. Ancak tedavi sonrası ölü basil DNA kalıntılarının da moleküler testlerde pozitifliğe neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle kesin tanı için önerilmez.(2)

2.8. Tedavi

Tüberküloz günümüzde de önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bu nedenle tedavisi de en etkin biçimde yapılmalıdır. Tedavi planlanırken kısa süreli etkin rejimlerin seçilmesi, ilaçların yeterli süre kullanılması ve tüberkülozda temel tedavi stratejisi olan Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) ile hastaların ilaçlarını düzenli almaları sağlanmalıdır.

Başlangıç tedavisi için dördü standart ilaç rejimi uygulanmalıdır. İdame dönemine geçildiğinde en az ikili ilaç rejimi ile devam edilmelidir. Etkin tedaviyle hem bulaştırıcılık engellenir hem de hastalığın seyri hafifletilerek ölümlerin önüne geçilmiş olur.(55, 56)

Tedavinin gidişatını hastaya ait faktörler, genetik faktörler, hastalığın yaygınlık derecesi, hastanın tedaviye uyumu gibi bir çok faktör etkileyebilmektedir.(2)

Nüksü ise sıklıkla yaygın ve kaviter hastalık varlığı ile tedavi yanıtının yavaşlığı belirlemektedir.(2)

Tüberküloz tanısı konulan hastalar buldukları bölgelerdeki Verem Savaş Dispanserlerine yönlendirilirler. Burada hastaların olgu tanımları yapılarak tedavileri planlanır. Dosyaları açılan hastaların tüm bilgileri sisteme kaydedilir ve bildirimleri yapılır. Hastayla aynı evde yaşayan aile bireyleri temaslı muayenesi yapılır. Tedavisine başlanan hastaların kontrol tarihleri belirlenir. Hastalar eğer akciğer dışı tüberkülozluysa veya yayma negatif akciğer tüberkülozluysa veya çoklu ilaç direncinden şüpheleniliyorsa ilgili branş uzmanları ile birlikte tedavi planlanmalıdır.(2)

Tüberküloz tedavisi iki basamaklıdır; başlangıç ve idame dönem tedavilerinden oluşur. Başlangıç döneminin amacı çoğalma yeteneği yüksek basillerin yok edilmesidir. İzonyazid, Rifampisin, Pirazinamid ve Etambutolden oluşan dörtlü ilaç rejimleri kullanılır ve genellikle 2 ay kadar sürer. Süreç sonunda yayma negatif çıkarsa idame dönem tedavisine geçilir. Eğer yayma pozitifliği devam ediyorsa başlangıç dönem tedavisi 1 ay daha uzatılır. Toplamda 3 aylık başlangıç dönem tedavisi sonrası yayma negatif çıkarsa idame dönem tedaviye geçilir. Eğer yayma pozitifliği devam ediyorsa hasta dirençli tüberküloz tedavisi yapabilen bir kuruma sevk edilir. Tedavinin başlangıç dönemi içinde bırakılması çoklu ilaç direnci gelişmesine sebep olabilmektedir. İdame döneminin amacı ise her zaman aktive olmayan, aralıklı çoğalan basillerin yok edilmesidir. İzonyazid ve Rifampisinden oluşan ikili ilaç rejimleri kullanılır ve bu dönem genellikle 4 ay kadar sürer. Tedavinin bu dönem içinde bırakılması durumunda çoklu ilaç direnci gelişmesi beklenmez. Akciğer ve akciğer dışı tüberküloz hastaları için tedavi rejimleri aynıdır. Genel olarak Santral Sinir Sistemi tüberkülozunda 12 aylık ve Kemik-Eklem tüberkülozunda 9 aylık tedaviler önerilmektedir. Yine kaviter olan ve başlangıç dönem tedavisi sonrası kültür pozitifliği olan hastalarda tedavinin 9 aya tamamlanması önerilmektedir. Tüberküloz tedavisinde kullanılan birinci seçenek ilaçlar ve dozları Tablo 2.6'da gösterilmiştir.(2)

Tablo 2.6. Birinci Seçenek Tüberküloz İlaçları ve Kullanım Dozları

	mg/kg	Maksimum doz (mg)
H (İzoniiazid)	5 (4-6)	300
R (Rifampisin)	10 (8-15)	600
Z (Pirazinamid)	25 (20-30)	2000
E (Etambutol)	20 (15-20)	1500
RBT (Rifabutin)	5	300
SM (Streptomisin)	15 (12-18)	1000

Tüberküloz tedavisinde etkin ilaç kullanımı önerilen dozlarla sağlanmalıdır. Hastaların ilaçlarını açken ve mümkünse hepsini tek seferde alacak şekilde içmeleri önerilmelidir. Böylece devamlılık sağlanmış olur. Tüberküloz tedavisinde aralıklı tedavi önerilmemektedir. Etkin tedaviye rağmen düzelme göstermeyen hastalara ilaç ilavesi yapılmaz, hasta dirençli tedavi yapabilen bir kuruma sevk edilir. Tedavi süresince ilaç etkileşimlerine ve ortaya çıkabilecek ilaç yan etkilerine de dikkat etmek gerekmektedir.(2)

Takip dışı kalıp dönen veya nüks gelişen hastalarda ilk yapılacak şey Rifampisin duyarlılığını belirlemektir. Eğer Rifampisin duyarlı ise yeni olguymuş gibi tedavisi düzenlenir. Eğer Rifampisin dirençli ise dirençli tüberküloz tedavisi yapabilen bir kuruma sevk edilir. Moleküler yöntemlerle Rifampisin direncine bakılmıyorsa İzoniiazid, Rifampisin, Pirazinamid, Etambutol ve Streptomisini içeren beşli ilaç rejimi başlanır. Bu tedavi 2 ay sürer ve sonrasında 1 aylık İzoniiazid, Rifampisin, Pirazinamid ve Etambutol tedavisi ardından 5 aylık İzoniiazid, Rifampisin ve Etambutol idame dönem tedavisi verilir.(2)

Bazı durumlarda hastaların yatırılarak tedavi almaları gerekmektedir. Çoklu ilaç direnci şüphesi olan veya saptanan, kontrol altında olmayan diyabet, kronik böbrek veya karaciğer hastalığı olan, genel durum bozukluğu olan, tüberküloz menenjitisi olan, sosyal endikasyona sahip olan (evsiz, bakıma muhtaç vb..) hastalar ilgili kurumlara yatırılarak tedavi edilmelidir.(2)

2.8.1. Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) :

Tüberküloz tedavisinde tedavi sürekliliğini sağlamak oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1991 yılında tüberküloz ile savaşta temel tedavi stratejisi olarak kabul ettiği Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi (DGTS), ülkemizde ilk kez 2000

yılında uygulanmaya başlanmış, 6 Temmuz 2006 yılında ise Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan genelge ile ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır.(6) DGTS' nin gerekli ve temel unsuru olan DGT, görevli bir kişinin hastanın her doz ilacını içerken denetlemesi ve bu durumu kaydetmesi esasına dayanır. Bu görevi yapan kişi, eğitim almış ve denetlenen bir kişidir. Görevli sıklıkla Verem Savaş Dispanserleri sağlık çalışanları veya Aile Hekimliği Birimi sağlık çalışanlarından biridir. Ancak zorunlu durumlarda imamlar, öğretmenler, muhtarlar veya kişinin kendi aile fertleri de olabilmektedir. Bu sayede hastanın her bir doz ilacını içtiğinden emin olunur ve tedaviye uyumu sağlanmış olunur.(57) DGT uygulaması ile tedavi başarı oranlarının arttığı bildirilmiştir.(58) Ülkemizde kayıtlı tüberküloz hastalarının %96,6'sı DGT almaktadır.(59)

DGT, hastanelerde, verem savaş dispanserlerinde, aile sağlığı merkezlerinde, hastanın evinde veya belirlenen herhangi bir yerde sağlık çalışanının denetiminde yapılabilir. Kayaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada herhangi bir sağlık kuruluşunda uygulanan DGT' nin, kendi kendine ilaç kullanmaya göre tedavide daha etkin olduğu gösterilmiştir.(60)

Etkin kontrol için DSÖ üç basamaklı tedavi ve kontrol modeli önermektedir. Ülkemizde de bu yapıya uygun olarak tüberküloz kontrol faaliyetleri ülke genelinde Tüberküloz Daire Başkanlığı, bölge genelinde İl Sağlık Müdürlükleri ve birinci basamakta Verem Savaş Dispanserleri ile Aile Hekimliği birimlerince yürütülmektedir. İl genelinde DGT uygulanmasının sürekli ve düzenli olmasından İl Sağlık Müdürlükleri sorumludur. Verem Savaş Dispanserleri burada koordinatör rolündedir. Hastaların tedavilerini planlayarak nerede ve nasıl DGT alacaklarını belirlerler. Ayrıca hazırlanan DGT paketlerinin sağlık gözetmenlerine ulaştırılmasını sağlarlar. Hastaların 1 aylık ilaçları DGT paketini oluşturur. Hastanın tek seferde içeceği ilaçlar ayrı ayrı poşetlenir ve hepsi DGT paketi içine konulur. Paket üzerinde kişinin adı, soyadı, ilaç isimleri ve dozları yazılır. Aile hekimlerinin buradaki rolü; tanı, tedavi, izlem, kayıt, bildirim ve bağışıklama olarak sıralanabilir.(60) Mevcut sistemde aile hekimliklerinde tüberküloz tanısı konulamamaktadır. Ancak şüphelenilen her hasta, tanının konulabileceği merkezlere yönlendirilmelidir. Tanısı konulan hastaların kayıtları ve bildirimleri yapılmalı, etkin DGT tedavisi almaları ve düzenli izlemlerinin yapılması sağlanmalıdır. Yine aile hekimlerinin bir diğer önemli görevi de aşılama programlarıdır. Ülkemizde 1953 yılından beri kitlesel BCG aşılama programları

uygulanmaktadır. Ancak yapılan çeşitli çalışmalar aile hekimliklerinin yoğun iş yükleri nedeniyle tüberküloz tanı, tedavi ve izlemleri konusunda eksik kaldıklarını göstermektedir.(60, 61)

2.8.2. Video Gözetimli DGT (VGT) :

Tüberküloz hastalarının ilaçlarını içerken bir sağlık çalışanına uzaktan görüntülü bağlanması ya da ilaçlarını içerken kayıt alıp sağlık çalışanlarına yollaması olarak tanımlanabilir. Senkron olarak (gerçek zamanlı) yapılabilir veya asenkron olarak hastalar ilaçlarını içerken kayıt alarak sonrasında sağlık çalışanlarına gönderebilirler.(20) DSÖ'nün de önerdiği bu yöntem ile hastaların yol, zaman ve ekonomik kayıplarının önüne geçilmesi planlanmaktadır.(2)

2.9. Bildirim :

Tüberküloz bildirim zorunlu A grubu hastalıklardandır. 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile hastalığa yakalananların, bu hastalıktan ölenlerin veya bu hastalık tanısı ile başka bölgelere nakledilenlerin bildirim yapılması zorunlu hale getirilmiştir.(2)

Tanısı kesinleşen tüberküloz hastalarının 24 saat içerisinde Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) veya İlçe Sağlık Müdürlüklerine 2015/18 sayılı genelde ekinde yer alan Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Formu-Form 014 ile bildirilmeleri gerekmektedir. Raporlama ise verem savaş dispanserlerinde kayıtlı tüberküloz hastalarının bilgilerinin İl Sağlık Müdürlüklerince sürveyans açısından Tüberküloz Daire Başkanlığı'na standart formlar ile veya elektronik ortamda iletilmesi ile olur.(2)

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na aykırı hareket edenler için idari para cezası uygulanacağı bildirilmiştir.(2)

2.10. Korunma :

DSÖ'nün benimsediği 'End Tüberküloz Stratejisi' ile Uluslararası Tüberküloz Bakım Standartları ülkemizde de tüberküloz kontrol çalışmalarında ana politika olarak benimsenmiştir. Tüberkülozdan korunmada bulaştırıcı hastaların tedavisi ile basil kaynaklarının ortadan kaldırılması, koruyucu ilaç tedavileri, BCG aşı uygulamaları ve bulaşın önlenmesi ana prensipleri oluşturur. Tüberküloz tanısı konulduktan sonra başlanan etkin tedavi ile tedavinin 2. haftasında bulaştırıcılığın ortadan kalktığı

gösterilmiştir. Riskli gruplarda koruyucu ilaç tedavisi olarak genellikle İzonyazid kemoproflaksisi uygulanmaktadır. Bu gruba HIV pozitif hastalar, son dönem böbrek hastaları, kontrolsüz diyabet hastaları, lenfoma-lösemi hastaları, tüberküloz temaslı hastalar, uzun süreli kortikosteroid tedavisi almış hastalar girmektedir. Bulaşın önlenmesinde hastaların bulaştırıcılık dönemleri sona erene kadar yakın temastan kaçınmaları ve ilaçlarını düzenli almaları önemlidir.(2, 62)

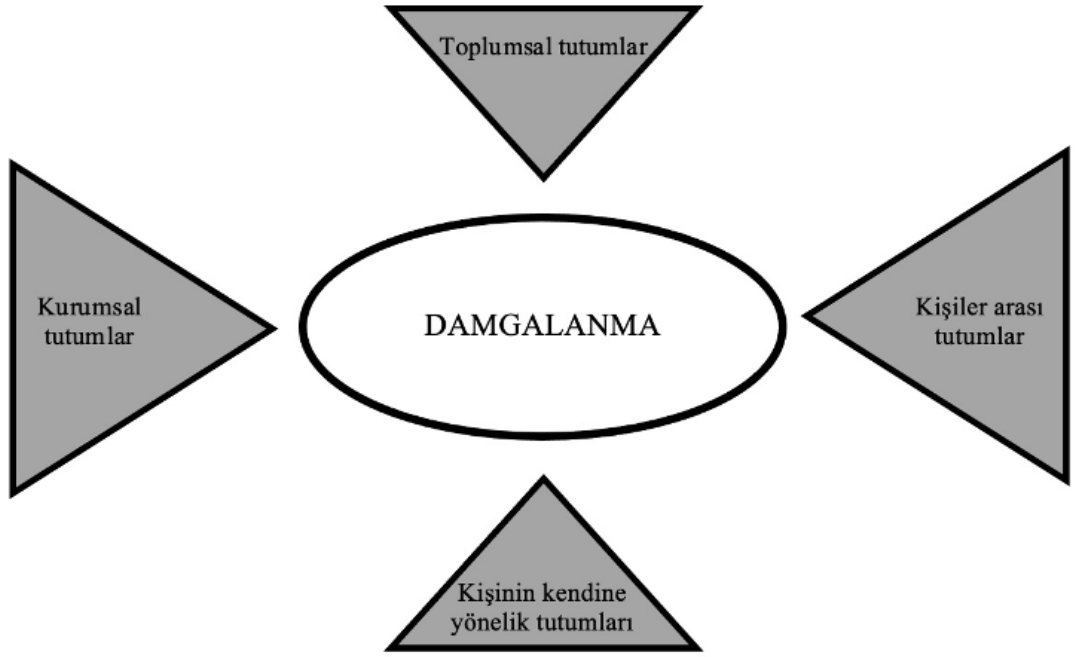
2.10.1. BCG Aşısı :

İlk kez 1908 yılında Fransa’da Calmette ve Guerin tarafından bulunmuştur. Dünyada 1921 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Ülkemizde etkin olarak 1951-1952 yıllarında düzenlenen aşı kampanyaları ile yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır. Aşı tüberküloz basilinin tüm yapısal özelliklerini içeren ancak hastalık oluşturamayan M. Bovis suşlarını içerir. Düşük virülanslı canlı aşıdır. Aşı sonrası virülen basillerin sebep olduğu enfeksiyondaki gibi T lenfositler ve makrofajlar uyarılır ve immün yanıt mekanizması devreye girer.(63, 64) Günümüzde çocuklu çağı aşılama takviminde 2. ayda tifteri, tetanos, boğmaca karma aşısı ile eş zamanlı olarak yapılmaktadır. Aşılamanın koruyuculuğu %80 olarak bildirilmiştir.(65)

2.11. Damgalanma (Stigma) ve Ayrımcılık :

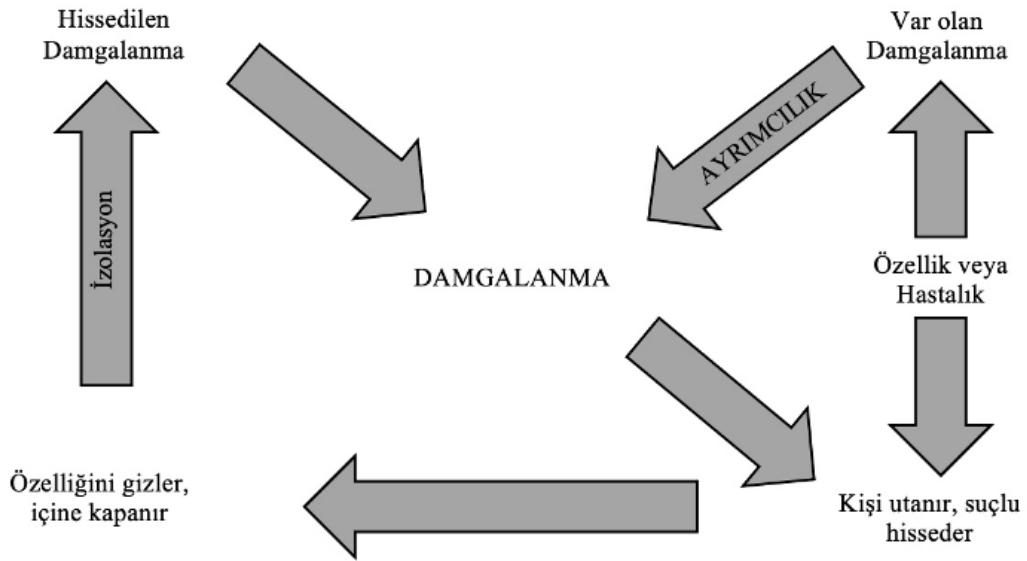
Damga (stigma) sözcük anlamı olarak ‘delik, delmek, yara, iz, kara leke, etiketleme’ anlamlarına gelmektedir. Ortaçağda suç işleyen kimseler suçluluklarının göstergesi olarak bıçaklarla veya kızgın demirlerle işaretlenirdi. Bu işaretlenmeye damga (stigma) denilirdi. Bu kavram sonrasında damgalanma (stigmatizasyon) kavramının da oluşmasını sağladı. Burada amaç ve sonuç ayırmak ve dışlanmaya maruz bırakmaktı. Böylece bu kimseler toplum tarafından ayırt edilip hor görülür ve dışlanırlardı.(66)

1960’lı yıllarda Goffman ‘damgalanmış bireye daha az değer verme, damgalanmış bireyin daha az istenilebilir olması ve neredeyse insan olarak algılanmaması’ kavramları ile ilk kez sosyolojik olarak damgalanma ile hastalık ilişkisinden söz etmiştir. Temel olarak üç düzeyde damgalanmadan bahsedilir; yapısal, sosyal ve içselleştirilmiş. Yapısal damgalanma sistemsel düzeyde, sosyal damgalanma grup düzeyinde ve içselleştirilmiş damgalanma bireysel düzeydedir.(67) Damgalanmanın kompleks süreci Şekil 2.2’de gösterilmiştir.(68)



Şekil 2.2. Damgalanmanın Kompleks Süreci

Ayrımcılık ‘toplumdaki kişi veya grupların başka kişi veya kişileri damgalama ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakması’ olarak tanımlanır. Burada damgalanmadan farklı olarak kişinin kendisini suçlu hissetmesinden bahsedilmez. Aralarında karmaşık bir ilişki vardır. Damgalanma, önyargının oluşturduğu ayrımcılık ile neticelenir. Damgalanma ve ayrımcılık kısır döngüsü Şekil 2.3’te gösterilmiştir.(68)



Şekil 2.3. Damgalanma ve Ayrımcılık Kısır Döngüsü

2.11.1. Tüberkülozda Damgalanma (Stigma) ve Ayrımcılık :

Tüberküloz bulaşıcı bir enfeksiyon hastalığıdır. Tarihi süreci boyunca gerek tedavisinin uzun sürmesi gerekse hastalıkla ilgili yanlış inanışlar ve bulaşıcılığı yüzünden damgalanmaya maruz kalan hastalıklar grubuna girmiştir. 2006 yılında Hong Kong'da yapılan bir çalışmaya göre damgalanmaya en çok maruz kalan hastalıklar HIV-AIDS, SARS ve Tüberkülozdur.(69) Bulaşıcı bir hastalık olması, bulaşın ve hastalık seyrinin tam olarak bilinmemesi, HIV ile sık birlikteliği, hastalığın aç ve yoksul kimselerde ortaya çıktığı inancı, düşük sosyal statü ile ilintilendirilmesi damgalanmanın nedenleri olarak sıralanabilir. Verilere göre dünya genelinde tüberküloz hastaları arasında damgalanma oranı %27-80 arasındadır.(70)

Damgalanma korkusu yaşayan tüberküloz hastalarında hastalıklarını gizleme, bir sağlık kurumuna başvurmama veya başvurmada gecikme, sosyal izolasyon ve buna bağlı gelir kayıpları, aile içi ilişkilerinin bozulması gibi bir çok olumsuz durum görülebilmektedir. Bu durum hastaların aldıkları tedavinin önündeki en büyük engelin maruz kaldıkları damgalanma ve ayrımcılık olduğunu göstermektedir.(71)

Sonuç olarak tüberküloz hastaları bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde dışlanmaya maruz kalmakta bunun sonucunda yalnızlığa itilmektedirler. Bu durum tedavi başarısını azalmaktadır. Günümüzde hastalıkların biyo-psiko-sosyal yönden değerlendirilerek bütüncül yaklaşım ile ele alınması gerektiği bilinen bir gerçektir. Hastalara tıbbi bakımla beraber psikolojik ve sosyal destek verilmeli, aynı zamanda toplumun bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır. Böylece tüberküloz ile savaşın daha etkin bir şekilde yürütülmesinden söz edilebilir.(2)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi

Tüberküloz tanısı alan hastalar hem uzun bir tedavi sürecine girmekte hem de toplum tarafından damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalabilmektedir. Bu çalışma tüberküloz hastalarının aldıkları tedavi yöntemleri ile damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalma düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Çalışmanın Yer ve Zamanı

Araştırma Samsun ili Merkez Verem Savaş Dispanseri' nde 15 Ağustos 2021 - 15 Ocak 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Samsun ili Merkez Verem Savaş Dispanseri' nde tedavi alan 93 hasta ile kontrollere gelen ve daha önceki yıllarda tedavi görmüş dispansere kaydı olan hastalar oluşturdu. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini 15 Ağustos 2021 ile 15 Ocak 2022 tarihleri arasında ulaşılabilen, aşağıdaki kriterleri karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 70 hasta oluşturdu.

3.3.1. Araştırmaya katılma kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak
- Belirtilen tarihler arasında Samsun ili Merkez Verem Savaş Dispanseri' nde tedavisi devam eden veya yeni tanı alan ve tedavisi başlanan tüberküloz hastası olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

- 18 yaşından küçük olmak
- Tüberküloz hastası olmamak

3.4. Verilerin Toplanma Araçları

Araştırmamız için veriler Sosyodemografik Anket Formu (Ek 2) ve Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ) (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Anket Formu

Literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik anket formu 22 soru içermektedir. Hastaların demografik özellikleri ile tıbbi durumlarını içeren 19 soru ve aldıkları tedaviden memnuniyet durumlarını değerlendirdikleri açık uçlu 3 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ)

Havva Sert tarafından 2010 yılında geliştirilen Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ) 33 sorudan oluşmaktadır. THSÖ, tüberküloz hastalarının damgalanma düzeylerini ölçmeyi amaçlayan olumlu ve olumsuz önermeler içermektedir. Önermeler için ‘kesinlikle katılıyorum’, ‘katılıyorum’, ‘katılmıyorum’ ve ‘kesinlikle katılmıyorum’ cevaplarından birinin verilebileceği dörtlü likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin puanlaması ‘kesinlikle katılıyorum’ ifadesi için 4, ‘katılıyorum’ ifadesi için 3, ‘katılmıyorum’ ifadesi için 2, ‘kesinlikle katılmıyorum’ ifadesi için 1’dir. Ölçekte 2., 4., 17., 18., 19., 22., 23., 25., 26., 27., 28., 30., ve 31. önermeler tersten puanlandırılmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 132, en düşük puan ise 33’tür. Daha yüksek puanlar kişinin daha fazla damgalanmaya maruz kaldığını gösterir. THSÖ dört alt boyuttan oluşmaktadır; hissedilen stigma, kendini algılama, aile ve arkadaş ilişkileri ve içselleştirilmiş stigma.

- Hissedilen stigma alt boyutunu 4., 5., 13., 14., 23., 24., 25., 26., 29., 30., 31., 32. ve 33. önermeler oluşturmaktadır.
- Kendini algılama alt boyutunu 2., 3., 6., 7., 15., 16. ve 17. önermeler oluşturmaktadır.
- Aile/arkadaş ilişkileri alt boyutunu 8., 9., 18., 19., 27. ve 28. önermeler oluşturmaktadır.
- İçselleştirilmiş stigma alt boyutunu 1., 10., 11., 12., 20., 21. ve 22. önermeler oluşturmaktadır.

Hissedilen stigma hastanın toplumdan duyduğu damgalanmayı ölçerken, içselleştirilmiş stigma bireyin kendisi ile ilgili algıladığı olumsuz kalıp yargılardan oluşur. Bu hastalar kendilerine karşı değersizlik, utanç gibi duygular geliştirerek toplumdan kendilerini soyutlayabilirler. Kendini algılama alt boyutu hastanın objektif tüberküloz algısı ile ilgilidir. Aile/arkadaş ilişkileri alt boyutu sosyal ilişkileri etkileyen damgalanmayı ölçmek için kullanılır.

Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği için Alfa-Cronbach değeri 0.91 iken alt boyut değerleri 0.83 ile 0.90 arasında değişmektedir.

3.5. Verilerin Toplanma Yöntemi

Sosyodemografik Anket Formu ve Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği araştırmacı tarafından hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

3.6. Araştırmada Etik Onay

Araştırmanın tüm aşamalarında evrensel etik ve bilimsel araştırma ilkelerine uyulmuştur. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara çalışmaya başlamadan önce çalışmanın amacı ve katılımcıların çalışmaya verecekleri katkı bilgilendirme formu ile anlatılmıştır. Hastalardan çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair onam belgesi alınmıştır. Katılımcıların kişisel ve tıbbi bilgileri hasta bilgilerinin gizliliği ilkesine uygun olarak araştırmacı dışında kimse ile paylaşılmamıştır.

Çalışmaya başlamadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 10.08.2021 tarihinde 2021/375 protokol numarası ile etik izni alınmıştır.(Ek 1)

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel analizi IBM SPSS V26 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Her iki grupta (VGT alan ve DGT alan) dul hasta sayısı 1 olduğu için analiz yapılırken dul hastalar bekar hastalar grubuna eklenmiştir. Parametrik testlerin kullanımı için gerekli kurallar sağlandığında sosyodemografik ve hastalığa özgü kategorik değerşkenler Ki-kare testi ve Bağımsız Örneklem T-testi kullanılarak analiz edildi. Bağımsız üç ya da daha fazla grup karşılaştırılırken Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. Varyans analizi sonuçlarına göre hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirlemek için Post Hoc testler kullanılmıştır. Parametrik testlerin kullanımı için gerekli kurallar sağlanamadığında Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi kullanılmıştır. Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu belirlemek için Post Hoc testler kullanılmıştır. THSÖ ve alt boyutları için ortalama ile standart sapma değerleri kullanıldı. Tüm istatistiksel analizler için anlamlılık seviyesi $p<0.05$ alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya Video Gözetimli DGT (VGT) alan 40 ve Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) alan 30 hasta olmak üzere toplam 70 tüberküloz hastası ile yapıldı. Yaş ortalaması VGT alan hastalarda 47.5 ± 18.27 yıl ve DGT alan hastalarda 54.06 ± 17.75 yıl olarak bulundu. VGT alan hastaların %52.5' i ve DGT alan hastaların %50'si kadındı. VGT alan hastaların %70'i evliyken DGT alan hastaların %83.3' ü evliydi. VGT alan hastaların %12.5' i yüksek okul-üniversite mezunuyken DGT alan hastalarda bu oran %20'ydi. VGT alan hastaların %80'i çekirdek aile tipindeyken DGT alan hastalarda bu oran %83.3' tü. Gelir düzeyi VGT alan hastaların %47.5' inde asgari ücretin üzerinde ve DGT alan hastaların %73.3' ünde asgari ücretin üzerindeydi. Her iki grupta da çalışma durumları benzer olarak sırasıyla %77.5 ve %70 oranında çalışmıyor olarak bulundu. VGT alan hastalarda sosyal güvence %70 oranında var olarak cevaplanırken DGT alan hastalarda bu oran %93.3' tü. Her iki grup arasında medeni durum, eğitim düzeyi, aile tipi, çalışma durumu ve gelir düzeyi açısından anlamlı fark bulunmazken sosyal güvence durumunda anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). VGT ($p = 0.664$) ve DGT ($p = 0.397$) alan hastalarda erkek ve kadın katılımcıların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı. Her iki gruba ait sosyodemografik özellikler Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		VGT n = 40	DGT n = 30	P
Yaş (Ort+SS yıl)		47.50±18.27	54.06±17.75	p= 0.137
Cinsiyet	Erkek	19 (%47.5)	15 (%50.0)	p= 0.836 x ² = 0.043
	Kadın	21 (%52.5)	15 (%50.0)	
Medeni Durum	Evli	28 (%70.0)	25 (%83.3)	p= 0.198 x ² = 1.657
	Bekar	12 (%30.0)	5 (%16.7)	
Eğitim Durumu	Okur-yazar Değil	12 (%30.0)	7 (%23.3)	p= 0.310 x ² = 3.606
	İlköğretim Mezunu	20 (%50.0)	11 (%36.7)	
	Lise Mezunu	3 (%7.5)	6 (%20.0)	
	Yüksek okul-Üniversite Mezunu	5 (%12.5)	6 (%20.0)	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	32 (%80.0)	25 (%83.3)	p= 0.897 x ² = 0.567
	Geniş Aile	6 (%15.0)	3 (%10.0)	
	Diğer	2 (%5.0)	2 (%6.7)	
Gelir Düzeyi	Asgari Ücretin Altında	19 (%47.5)	8 (%26.7)	p= 0.062 x ² = 4.932
	Asgari Ücret	2 (%5.0)	-	
	Asgari Ücretin Üstü	19 (%47.5)	22 (%73.3)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	9 (%22.5)	9 (%30.0)	p= 0.477 x ² = 0.505
	Çalışmıyor	31 (%77.5)	21 (%70.0)	
Sosyal Güvence	Var	28 (%70.0)	28 (%93.3)	p= 0.016* x ² = 5.833
	Yok	12 (%30.0)	2 (%6.7)	

Hem VGT hem de DGT grubunda hastaların büyük çoğunluğu 6 aydan kısa süre önce yeni tanı almış akciğer tüberkülozu hastasıydı (VGT' nin %85'i ve DGT' nin %90'ı). Her iki grupta da tüberküloza eşlik eden en sık görülen hastalık Kardiyovasküler

Hastalıklardı (VGT için %37.5 ve DGT için %40). Yine ikinci en sık eşlik eden hastalık her iki grup için Diabetes Mellitus olarak bulundu (VGT için %25 ve DGT için %30). VGT alan hastaların %77.5'inde kendilerinden başka ailelerinde tüberküloz hastası olan yokken bu oran DGT' de %83.3'tü. Sigara içen hastaların oranları VGT için %25 ve DGT için %33.3, alkol kullanan hastaların oranları VGT için %10 ve DGT için %3.3 ve madde kullanan hastaların oranları VGT için %2.5 ve DGT için %3.3'tü. Her iki hasta grubunun aldıkları tedaviden memnuniyet puan ortalaması VGT için 9.75 ± 0.43 ve DGT için 8.63 ± 0.71 olarak hesaplandı. VGT ve DGT alan hastalar için aldıkları tedaviden memnuniyet puan ortalamaları arasından anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Ayrıca VGT alan hastalar aldıkları tedaviyi beşli likert ölçeği kullanarak 2 soru ile değerlendirmiş olup tedavi yöntemlerinin DGT alan hastalara göre daha ekonomik olduğunu (4.52 ± 0.50) ve tedavileri için daha az zaman harcadıklarını (4.52 ± 0.50) ifade etmişlerdir. VGT alan hastaların %50'si tedavileri sırasında hiçbir problemle karşılaşmadığını ifade ederken, en sık karşılaşılan problem olarak tek başına video çekmekte zorlandıklarını (%17.5) ve telefon arızalanması (%17.5) yaşadıklarını ifade etmişlerdir. VGT alan hastaların %95'i her gün bir sağlık kuruluşuna gitmedikleri için memnun olduklarını bildirmiştir. Her iki grubun hastalık durumlarına ait özellikler Tablo 4.2' de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Hastalık Durumuna Ait Özellikler

		VGT n = 40	DGT n = 30	p
TB Durumu	Yeni Olgu	37 (%92.5)	28(%93.3)	p= 1.000 x ² = 0.018
	Nüks	3 (%7.5)	2 (%6.7)	
	Takip Dışı Kalıp Dönen	-	-	
	Tedavi Başarısızlığından Gelen	-	-	
TB Yeri	Akciğer	27 (%67.5)	19(%63.3)	p= 0.716
	Akciğer Dışı	13(%32.5)	11(%36.7)	x ² = 0.132
TB Süresi	0-2 Ay	13 (%32.5)	17(%56.7)	p= 0.108 x ² = 5.389
	3-6 Ay	19 (%47.5)	8(%26.7)	
	6-12 Ay	6 (%15)	5(%16.7)	
	12 Ay ve Üzeri	2 (%5)	-	
TB dışında Ek Hastalık	İlave Hastalık Yok	16 (%40.0)	7 (%23.3)	p= 0.142 x ² = 2.158
	Diabetes Mellitus	10 (%25.0)	9 (%30.0)	p= 0.642 x ² = 0.217
	Kardiyovasküler Hastalık	15 (%37.5)	12 (%40.0)	p= 0.832 x ² = 0.045
	TB Dışı Kronik Solunum Yolu Hastalığı	9 (%22.5)	5 (%16.7)	p= 0.546 x ² = 0.365
	Romatizmal Hastalık	5 (%12.5)	5 (%16.7)	p= 0.735 x ² = 0.243
	Diğer	8 (%20.0)	7 (%23.3)	p= 0.737 x ² = 0.113
Ailede TB Olma Durumu	Evet	9 (%22.5)	5 (%16.7)	p= 0.546 x ² = 0.365
	Hayır	31 (%77.5)	25 (%83.3)	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	10 (%25.0)	10 (%33.3)	p= 0.665 x ² = 0.816
	Hayır	19 (%47.5)	14 (%46.7)	
	Bırakmış	11 (%27.5)	6 (%20.0)	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	4 (%10.0)	1 (%3.3)	p= 0.383 x ² = 1.149
	Hayır	36 (%90.0)	29 (%96.7)	
Madde Kullanım Durumu	Evet	1 (%2.5)	1 (%3.3)	p= 1.000 x ² = 0.043
	Hayır	39 (%97.5)	29 (%96.7)	
Memnuniyet Puanı (Ort±SS)		9.75±0.43	8.63±0.71	p< 0.001*

DGT alan hastaların hem THSÖ toplam puan ortalamasında hem de tüm alt boyutların damgalanma puan ortalamalarında VGT alan hastalardan daha yüksek puan aldığı bulunmuştur. Bu da bize DGT alan hastaların daha fazla damgalanmaya maruz kaldıklarını göstermektedir ancak hem THSÖ toplam puan ortalamasında hem de tüm alt boyutların damgalanma puan ortalamalarında VGT alan hastalar ile aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Hastaların THSÖ toplam ve tüm alt boyutlarına ait damgalanma puan ortalamaları Tablo 4.3’ te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların THSÖ Toplam ve Alt Boyutlarına Ait Stigma Puan Ortalaması

	VDGT (Ort±SS)	DGT (Ort±SS)	P
Hissedilen Stigma Alt Boyutu	33.15±5.60	33.26±4.07	p= 0.923
Kendini Algılama Alt Boyutu	16.90±2.86	17.53±2.54	p= 0.340
Aile-Arkadaş İlişkileri Alt Boyutu	12.85±3.27	13.56±2.26	p= 0.110
İçselleştirilmiş Stigma Alt Boyutu	18.45±2.72	19.03±2.69	p= 0.377
THSÖ Toplam Puan	81.35±12.70	83.40±9.99	p= 0.468

Hastaların aldıkları tedaviye göre ayırım yapılmadan tüm hastalar için bakılan THSÖ toplam ve alt boyutlarına ait damgalanma puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında ‘THSÖ Toplam Puan’ ile ‘Hissedilen Stigma’ ve ‘Kendini Algılama’ alt boyutlarında kadınlar erkeklerden daha yüksek puan alırken anlamlı olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). VGT alan kadın hastalar hem THSÖ toplam puanında hem de tüm alt boyutlarda erkeklerden daha yüksek puan almalarına rağmen anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). DGT alan kadın hastalar ise sadece ‘Hissedilen Stigma’ alt boyutunda erkeklerden daha yüksek puan almıştır ancak anlamlı olarak farklılık yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6).

Hem tüm hastalar için hem de VGT alan ve DGT alan hastalar için ayrı ayrı THSÖ toplam ve alt boyutlarına ait damgalanma puan ortalamaları hastaların medeni durumlarına göre ve çalışma durumlarına göre karşılaştırıldığında her üç grupta da anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6).

Hem tüm hastalar için hem de VGT alan ve DGT alan hastalar için ayrı ayrı THSÖ toplam ve alt boyutlarına ait damgalanma puan ortalamaları hastaların eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında DGT alan hastalarda anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), VGT alan hastalarda ‘THSÖ Toplam Puanı’ ile ‘Kendini Algılama’ alt boyutunda ve tüm hastalarda ‘THSÖ Toplam Puanı’ ile ‘Kendini Algılama’ ve

‘Aile/Arkadaş İlişkileri’ alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). VGT alan hastalarda ilköğretim mezunları ile lise mezunlarının ‘THSÖ Toplam Puanları’ arasında ve lise mezunları ile okuryazar olmayanların ve ilköğretim mezunları ile lise mezunlarının ‘Kendini Algılama’ alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Tüm hastalarda ilköğretim mezunları ile üniversite mezunlarının ‘THSÖ Toplam Puanları’ ile ‘Kendini Algılama’ ve ‘Aile/Arkadaş İlişkileri’ alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6).

Her üç grupta da hastaların THSÖ toplam ve alt boyutlarına ait damgalanma puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6).

Hem tüm hastalar için hem de VGT alan ve DGT alan hastalar için ayrı ayrı THSÖ toplam ve alt boyutlarına ait damgalanma puan ortalamaları hastaların gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında DGT alan hastalarda anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), VGT alan hastalarda sadece ‘İçselleştirilmiş Stigma’ alt boyutunda ve tüm hastalarda da ‘İçselleştirilmiş Stigma’ ve ‘THSÖ Toplam Puan’ ortalamalarında anlamlı fark bulunmamış, diğer tüm damgalanma puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). VGT alan hastalarda asgari ücret alanlarla hem asgari ücret altında alanlar hem de asgari ücret üzerinde alanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). VGT alan hastalarda asgari ücret altında alanlar tüm damgalanma puan ortalamalarında asgari ücret üzerinde alanlardan daha yüksek puan almıştır. Tüm hastaların olduğu grupta asgari ücret alanlarla hem asgari ücret altında alanlar hem de asgari ücret üzerinde alanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Tüm hastalarda asgari ücret altında alanlar tüm damgalanma puan ortalamalarında asgari ücret üzerinde alanlardan daha yüksek puan almıştır (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6).

Hem tüm hastalar için hem de VGT alan ve DGT alan hastalar için ayrı ayrı THSÖ toplam ve alt boyutlarına ait damgalanma puan ortalamaları hastaların sosyal güvencelerine göre karşılaştırıldığında VGT alan hastalarda ve tüm hastalarda anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), DGT alan hastalarda ‘Aile/Arkadaş İlişkileri’ alt boyutu dışındaki tüm damgalanma puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6).

Tablo 4.4. Tüm Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Stigma

	Hissedilen Stigma	Kendini Algılama	Aile-Arkadaş İlişkileri	İçselleştirilmiş Stigma	THSÖ Toplam Puan
Cinsiyet					
Erkek	32.41±5.10	17.05±2.97	13.32±2.83	18.70±2.65	81.50±11.77
Kadın	33.94±4.79	17.27±2.51	13.0±2.96	18.69±2.79	82.91±11.53
	p= 0.200	p= 0.740	p= 0.565	p= 0.986	p= 0.613
Medeni Durum					
Evli	32.73±4.22	17.11±2.59	12.94±2.42	18.62±2.43	81.41±9.90
Bekar	34.64±6.77	17.35±3.18	13.82±4.01	18.94±3.50	84.74±15.84
	p= 0.170	p= 0.755	p= 0.171	p= 0.676	p= 0.303
Eğitim Durumu					
Okur Yazar Değil	32.84±3.59	17.15±2.21	13.05±2.59	18.21±2.43	81.26±9.29
İlköğretim	34.83±5.56	18.12±2.49	14.22±2.97	18.54±2.93	86.74±12.24
Lise	30.77±4.02	16.11±2.71	12.77±1.39	18.33±1.93	78.0±8.58
Yüksek Okul-Üniversite	31.18±4.81	15.36±3.23	10.63±2.57	14.45±2.58	74.63±10.86
	p= 0.056	p= 0.015*	p= 0.028*	p= 0.102	p= 0.010*
Aile Tipi					
Çekirdek	33.26±5.13	17.07±2.74	13.15±3.05	18.70±2.76	82.19±11.99
Geniş	32.33±4.12	17.44±2.83	13.33±2.44	18.44±2.92	81.55±10.67
Diğer	34.25±5.18	18.0±2.82	12.75±0.95	19.25±1.70	84.25±9.53
	p= 0.799	p= 0.770	p= 0.995	p= 0.888	p= 0.928
Gelir Düzeyi					
Asgari Ücret Altı	33.66±5.21	17.66±3.02	13.74±2.39	18.96±3.34	84.03±12.59
Asgari Ücret	47.0±7.07	21.0±0.0	21.50±3.53	22.50±2.12	112.0±12.72
Asgari Ücret Üstü	32.21±3.62	16.65±2.39	12.36±2.44	18.34±2.09	79.58±8.40
	p< 0.001*	p= 0.041*	p= 0.004*	p= 0.085	p= 0.105
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	32.38±6.03	16.55±3.03	12.94±3.62	18.94±2.12	80.83±13.20
Çalışmıyor	33.48±4.58	17.38±2.61	13.23±2.62	18.61±2.89	82.71±11.07
	p= 0.426	p= 0.270	p= 0.201	p= 0.660	p= 0.557
Sosyal Güvence					
Var	33.01±4.93	17.10±2.72	13.14±3.15	18.64±2.63	81.91±11.73
Yok	33.92±5.23	17.42±2.84	13.21±1.42	18.92±3.09	83.50±11.29
	p= 0.544	p= 0.696	p= 0.468	p= 0.727	p= 0.650

Tablo 4.5. VGT Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Stigma

	Hissedilen Stigma	Kendini Algılama	Aile-Arkadaş İlişkileri	İçselleştirilmiş Stigma	THSÖ Toplam Puan
Cinsiyet					
Erkek	32±5.50	16.57±3.07	12.73±3.08	18.18±2.74	79.42±12.34
Kadın	34.19±5.61	17.19±2.69	12.95±3.49	18.76±2.73	83.09±13.06
	p= 0.222	p= 0.507	p= 0.778	p= 0.454	p= 0.368
Medeni Durum					
Evli	32.53±4.51	16.96±2.63	12.53±2.42	18.53±2.44	80.57±10.15
Bekar	34.58±7.62	16.75±3.46	13.58±4.75	18.25±3.41	83.16±17.70
	p= 0.296	p= 0.831	p= 0.397	p= 0.766	p= 0.561
Eğitim Durumu					
Okur Yazar Değil	32.16±3.53	16.66±1.96	12.33±2.38	18.25±2.41	79.41±8.34
İlköğretim	34.95±6.17	18.10±2.46	14.15±3.40	19.10±2.80	86.30±13.10
Lise	28.68±3.05	14.33±0.57	12.0±0.0	17.0±2.0	72.0±2.64
Yüksek Okul-Üniversite	31.0±6.78	14.20±4.32	9.40±2.96	17.20±3.34	71.80±15.77
	p= 0.165	p= 0.001*	p= 0.065	p= 0.388	p= 0.044*
Aile Tipi					
Çekirdek	33.59±5.83	17.0±2.97	12.93±3.53	18.59±2.75	82.12±13.38
Geniş	30.83±4.07	16.33±2.25	12.66±2.33	17.33±2.94	77.16±9.66
Diğer	33.0±7.07	17.0±4.24	12.0±0.0	19.50±0.70	81.35±12.70
	p= 0.554	p= 0.877	p= 0.817	p= 0.510	p= 0.691
Gelir Düzeyi					
Asgari Ücret Altı	33.05±5.26	17.36±3.14	13.52±2.63	18.36±3.16	82.31±12.68
Asgari Ücret	47.0±7.07	21.0±0.0	21.50±3.53	22.50±2.12	112.0±12.72
Asgari Ücret Üstü	31.78±3.77	16.0±2.21	11.26±2.02	18.10±1.96	77.15±7.47
	p<0.001*	p= 0.034*	p= 0.002*	p= 0.184	p< 0.001*
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	32.77±8.08	16.11±3.40	13.0±4.35	19.33±2.23	81.22±17.10
Çalışmıyor	33.25±4.83	17.12±2.70	12.80±2.97	18.19±2.83	81.38±11.47
	p= 0.824	p= 0.354	p= 0.543	p= 0.275	p= 0.973
Sosyal Güvence					
Var	33.28±5.99	16.92±3.01	12.78±3.82	18.57±2.88	81.57±13.99
Yok	32.83±4.78	16.83±2.58	13.0±1.41	18.16±2.40	80.83±9.54
	p= 0.818	p= 0.925	p= 0.288	p= 0.673	p= 0.869

Tablo 4.6. DGT Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Stigma

	Hissedilen Stigma	Kendini Algılama	Aile-Arkadaş İlişkileri	İçselleştirilmiş Stigma	THSÖ Toplam Puan
Cinsiyet					
Erkek	32.93±4.68	17.66±2.82	14.06±2.37	19.46±2.41	84.13±10.82
Kadın	33.60±3.50	17.40±2.32	13.06±2.12	18.60±2.97	82.66±9.41
	p= 0.835	p= 0.780	p= 0.234	p= 0.388	p= 0.695
Medeni Durum					
Evli	32.96±3.94	17.28±2.60	13.40±2.39	18.72±2.47	82.36±9.73
Bekar	34.80±4.86	18.80±1.92	14.40±1.34	20.60±3.50	88.60±10.73
	p= 0.366	p= 0.229	p= 0.378	p= 0.158	p= 0.208
Eğitim Durumu					
Okur Yazar Değil	34.0±3.65	18.0±2.51	14.28±2.62	18.14±2.67	84.42±10.61
İlköğretim	34.63±4.52	18.18±2.67	14.36±2.11	20.36±3.10	87.54±11.04
Lise	31.83±4.26	17.0±2.96	13.16±1.60	19.0±1.67	81.0±9.09
Yüksek Okul-Üniversite	31.33±3.07	16.33±1.86	11.66±1.86	17.66±2.06	77.0±4.73
	p= 0.325	p= 0.486	p= 0.083	p= 0.173	p= 0.190
Aile Tipi					
Çekirdek	32.84±4.17	17.16±2.47	13.44±2.34	18.84±2.82	82.28±10.20
Geniş	35.33±2.51	19.66±2.88	14.66±2.51	20.66±1.15	90.33±7.02
Diğer	35.5±4.94	19.0±1.41	13.5±0.70	19.0±2.82	87.0±9.87
	p= 0.455	p= 0.194	p= 0.691	p= 0.557	p= 0.378
Gelir Düzeyi					
Asgari Ücret Altı	35.12±5.11	18.37±2.77	14.25±1.75	20.37±3.54	88.12±12.19
Asgari Ücret	-	-	-	-	-
Asgari Ücret Üstü	32.59±3.52	17.22±2.44	13.31±2.41	18.54±2.21	81.68±8.76
	p= 0.135	p= 0.282	p= 0.329	p= 0.101	p= 0.120
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	32.0±3.39	17.0±2.73	12.88±2.97	18.55±2.06	80.44±8.83
Çalışmıyor	33.80±4.29	17.76±2.48	13.87±1.90	19.23±2.94	84.66±10.39
	p= 0.273	p= 0.462	p= 0.292	p= 0.535	p= 0.297
Sosyal Güvence					
Var	37.75±3.67	17.28±2.43	13.50±2.33	18.71±2.40	82.25±9.19
Yok	40.50±2.12	21.0±1.41	14.50±0.70	23.50±3.53	99.50±7.77
	p= 0.007*	p= 0.044*	p= 0.556	p=0.013*	p=0.016*

Hem tüm hastalar için hem de VGT alan ve DGT alan hastalar için ayrı ayrı THSÖ toplam ve alt boyutlarına ait damgalanma puan ortalamaları hastaların tüberküloz durumlarına göre karşılaştırıldığında DGT alan hastalarda anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), VGT alan hastalarda ve tüm hastalarda ‘Kendini Algılama’ alt boyutu damgalanma puan ortalamasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki

grupta da nüks hastaları yeni tanı almış hastalara göre daha yüksek damgalanma puanlarına sahiptir (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9).

Her üç grupta bulunan hastalar tüberküloz yerleri, kendileri dışında ailelerinde tüberküloz olma durumları, sigara-alkol-madde kullanım durumlarına göre karşılaştırıldığında hiçbirinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9).

Tablo 4.7. Hastalık Durumlarına Ait Stigma

	Hissedilen Stigma	Kendini Algılama	Aile-Arkadaş İlişkileri	İçselleştirilmiş Stigma	THSÖ Toplam Puan
TB Durumu					
Yeni Olgu	33.01±5.01	16.92±2.61	13.09±2.93	18.55±2.74	81.58±11.61
Nüks	35.60±4.15	20.40±2.19	14.0±2.34	20.60±1.14	90.60±8.01
	p= 0.266	p= 0.005*	p= 0399	p= 0.104	p= 0.094
TB Yeri					
Akciğer	33.39±5.59	17.23±2.93	13.52±3.31	18.84±2.74	83.0±12.83
Akciğer Dışı	32.83±3.57	17.04±2.34	12.45±1.66	18.41±2.66	80.75±8.76
	p= 0.678	p= 0.776	p= 0.294	p= 0.531	p= 0.561
Ailede TB Olma Durumu					
Evet	33.35±6.54	17.14±2.44	13.35±3.91	18.50±3.20	82.35±14.21
Hayır	33.16±4.57	17.17±2.81	13.10±2.61	18.75±2.60	82.19±10.98
	p= 0.896	p= 0.965	p= 0.885	p= 0.760	p= 0.963
Sigara Kullanma Durumu					
Evet	34.40±4.22	17.70±2.75	13.85±2.60	19.35±2.41	85.30±10.37
Hayır	33.27±5.12	17.18±2.72	12.78±3.15	18.72±2.70	81.96±11.98
Bırakmış	31.64±5.34	16.52±2.74	13.05±2.65	17.88±2.97	79.11±11.90
	p= 0.246	p= 0.435	p= 0.135	p= 0.262	p= 0.270

Tablo 4.8. VGT Alan Hastaların Hastalık Durumlarına Ait Stigma

	Hissedilen Stigma	Kendini Algılama	Aile-Arkadaş İlişkileri	İçselleştirilmiş Stigma	THSÖ Toplam Puan
TB Durumu					
Yeni Olgu	32.75±5.62	16.59±2.75	12.81±3.35	18.27±2.75	80.43±12.72
Nüks	38.0±2.0	20.66±0.57	13.33±2.30	20.66±0.57	92.66±4.72
	p= 0.120	p=0.016*	p= 0.768	p= 0.145	p= 0.110
TB Yeri					
Akciğer	33.29±6.53	16.77±3.19	13.18±3.72	18.66±2.98	81.92±14.73
Akciğer Dışı	32.84±3.07	17.15±2.11	12.15±1.99	18.0±2.12	80.15±7.20
	p= 0.965	p= 0.702	p= 0.718	p= 0.476	p= 0.988
Ailede TB Olma Durumu					
Evet	34.55±7.92	17.66±2.73	13.88±4.88	18.77±3.70	84.88±17.32
Hayır	32.74±4.83	16.67±2.90	12.54±2.66	18.35±2.44	80.32±11.17
	p= 0.400	p= 0.368	p= 0.287	p= 0.659	p= 0.349
Sigara Kullanma Durumu					
Evet	34.80±4.46	17.80±2.65	13.70±2.40	18.90±2.60	85.20±10.78
Hayır	33.26±5.99	16.78±2.87	12.42±3.90	18.78±2.46	81.26±13.51
Bırakmış	31.45±5.82	16.27±3.06	12.81±2.82	17.45±3.23	78.0±12.99
	p= 0.401	p= 0.473	p= 0.260	p= 0.371	p= 0.442

Tablo 4.9. DGT Alan Hastaların Hastalık Durumlarına Ait Stigma

	Hissedilen Stigma	Kendini Algılama	Aile-Arkadaş İlişkileri	İçselleştirilmiş Stigma	THSÖ Toplam Puan
TB Durumu					
Yeni Olgu	33.35±4.12	17.35±2.40	13.46±2.25	18.92±2.73	83.10±9.96
Nüks	32.0±4.24	20.0±4.24	15.0±2.82	20.50±2.12	87.50±13.43
	p= 0.657	p= 0.159	p= 0.364	p= 0.436	p= 0.558
TB Yeri					
Akciğer	33.52±4.07	17.89±2.44	14.0±2.64	19.10±2.42	84.52±9.71
Akciğer Dışı	32.81±4.23	16.90±2.70	12.81±1.16	18.90±3.23	81.45±10.65
	p= 0.655	p= 0.315	p= 0.152	p= 0.852	p= 0.427
Ailede TB Olma Durumu					
Evet	31.20±2.16	16.20±1.64	12.40±0.54	18.0±2.34	77.80±3.96
Hayır	33.68±4.26	17.80±2.62	13.80±2.41	19.24±2.75	84.52±10.50
	p= 0.220	p= 0.204	p= 0.203	p= 0.357	p= 0.242
Sigara Kullanma Durumu					
Evet	34.0±4.16	17.60±2.98	14.0±2.90	19.80±2.25	85.40±10.53
Hayır	33.28±3.85	17.71±2.49	13.28±1.72	18.64±3.10	82.92±9.95
Bırakmış	32.0±4.85	17.0±2.19	13.50±2.50	18.66±2.50	81.16±10.38
	p= 0.652	p= 0.852	p= 0.760	p= 0.562	p= 0.709

VGT alan ve DGT alan hastaların THSÖ alt boyutlarından Hissedilen Stigma' yı oluşturan önermelere verdikleri puan ortalamaları Tablo 4.10' da gösterilmiştir. Her iki grupta da en fazla puan ortalamasını 32. önerme olan 'İnsanlar genellikle iyi beslenemeyen insanların tüberküloz olduğunu düşünür.' önermesi almıştır. VGT alan ve DGT alan hastalar arasında THSÖ alt boyutlarından Hissedilen Stigma için anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. VGT ve DGT Alan Hastalarda Hissedilen Stigma Alt Boyutu Önergeleri Puan Ortalamaları

Hissedilen Stigma	VGT (Ort±SS)	DGT (Ort±SS)	P
4.İnsanlar tüberküloz olan biriyle evlenmekten çekinmezler.	2.50±0.59	2.46±0.50	0.807
5.İnsanlar genellikle hijyen alışkanlıkları kötü olan insanların tüberküloz olduğunu düşünür.	2.50±0.67	2.50±0.68	0.872
13.Hastanedeki diğer hasta veya yakınları tüberküloz hastalarının yanına gelmekten korkuyor.	2.77±0.57	2.86±0.50	0.558
14.İşverenler çalışanlardan birinin tüberküloz olduğunu öğrendiğinde hastanın işine son verebilir.	2.42±0.67	2.40±0.49	0.865
23.İnsanlar tüberküloz olduğumu öğrendiklerinde çocuklarına yakın olmamdan rahatsızlık duymaz.	2.60±0.59	2.73±0.52	0.329
24.İnsanlar tüberküloz olan biriyle aynı ortamda (aynı oda) çalışmak istemez.	2.57±0.59	2.60±0.49	0.853
25.İnsanlar tüberküloz olan birine evlerini kiralar.	2.17±0.50	2.06±0.25	0.310
26.İnsanlar tüberkülozun evlilik veya ilişkiyi etkilemeyeceğini düşünür.	2.60±0.63	2.66±0.47	0.631
29.Tüberküloz olan insanlar toplumdan dışlanır.	2.57±0.74	2.56±0.56	0.959
30.İnsanlar tüberküloz olan biriyle aynı otobüste seyahat etmekten çekinmez.	2.52±0.59	2.63±0.49	0.422
31.Kayınvalidesi/kayınpederi tüberküloz olan bir kişinin gelini/damadı ona kendi evlerinde bakmaktan rahatsızlık duymaz.	2.07±0.61	2.03±0.41	0.849
32.İnsanlar genellikle iyi beslenemeyen insanların tüberküloz olduğunu düşünür.	3.17±0.84	3.16±0.83	0.967
33.Tüberküloz hastalarına karşı toplumda ayrımcılık yapılır.	2.65±0.73	2.56±0.56	0.813

VGT alan ve DGT alan hastaların THSÖ alt boyutlarından Kendini Algılama' yı oluşturan önermelere verdikleri puan ortalamaları Tablo 4.11' de gösterilmiştir. Her iki grupta da en fazla puan ortalamasını 3. önerme olan 'Tüberküloz olduğumu öğrendiğimden bu yana hiçbir şeyden zevk almıyorum.' önermesi almıştır. VGT alan ve DGT alan hastalar arasında THSÖ alt boyutlarından Kendini Algılama için anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. VGT ve DGT Alan Hastalarda Kendini Algılama Alt Boyutu Önermeleri Puan Ortalamaları

Kendini Algılama	VGT (Ort±SS)	DGT (Ort±SS)	P
2.Tüberküloz olduğum için kendimi suçlamıyorum.	2.25±0.54	2.36±0.55	0.382
3.Tüberküloz olduğumu öğrendiğimden bu yana hiçbir şeyden zevk almıyorum.	2.67±0.65	2.76±0.56	0.542
6.Tüberküloz olduğum için utanıyorum.	2.50±0.50	2.65±0.56	0.683
7.Tüberkülozun bana verilen bir ceza olduğunu düşünüyorum.	2.22±0.57	2.36±0.55	0.305
15.Tüberküloz olduğum için kendimi hastalığı sürekli başkalarına bulaştıran biri olarak görüyorum.	2.55±0.67	2.60±0.56	0.870
16.Tüberküloz hastası olmam kendimi yalnız hissetmeme neden oluyor.	2.45±0.59	2.56±0.56	0.412
17.Kendimi en az diğer insanlar kadar iyi hissediyorum.	2.22±0.69	2.30±0.53	0.625

VGT alan ve DGT alan hastaların THSÖ alt boyutlarından Aile/Arkadaş İlişkileri' ni oluşturan önermelere verdikleri puan ortalamaları Tablo 4.12' de gösterilmiştir. Her iki grupta da en fazla puan ortalamasını 8. önerme olan 'Yakınlarım tüberküloz olmam benim suçummuş gibi davranıyor.' önermesi almıştır. VGT alan ve DGT alan hastalar arasında THSÖ alt boyutlarından Aile/Arkadaş İlişkileri için anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. VGT ve DGT Alan Hastalarda Aile/Arkadaş İlişkileri Alt Boyutu Önermeleri Puan Ortalamaları

Aile/Arkadaş İlişkileri	VGT (Ort±SS)	DGT (Ort±SS)	P
8.Yakınlarım tüberküloz olmam benim suçummuş gibi davranıyor.	2.27±0.64	2.40±0.56	0.398
9.Tüberküloz olduğumdan bu yana arkadaşlarım benimle tokalaşmıyor.	2.22±0.61	2.36±0.49	0.305
18.Akrabalarım tüberküloz olduğumu öğrendikten sonra da benimle görüşmeye devam ediyor.	2.07±0.61	2.13±0.43	0.550
19.Arkadaşlarım beni ziyarete geldiklerinde hazırladığım / ikram ettiğim şeyleri yiyor.	2.12±0.64	2.30±0.53	0.233
27.Tüberküloz olmam ailemle ilişkilerimi etkilemez.	2.02±0.65	2.06±0.36	0.451
28.Tüberküloz olduğumu söylemem arkadaşlarımla olan ilişkilerimi etkilemez.	2.12±0.75	2.30±0.53	0.128

VGT alan ve DGT alan hastaların THSÖ alt boyutlarından İçselleştirilmiş Stigma' yı oluşturan önermelere verdikleri puan ortalamaları Tablo 4.13' de gösterilmiştir. VGT alanlarda en fazla puan ortalamasını 12. önerme olan 'Tüberküloz olduğumdan bu yana insanlardan fiziksel olarak uzak duruyorum.' önermesi alırken DGT alan hastalarda en fazla puan ortalamasını 10. ve 12. önermeler olan 'Tüberküloz hastası olduğumdan bu yana sosyal ortamlardan uzak duruyorum.' ve 'Tüberküloz olduğumdan bu yana insanlardan fiziksel olarak uzak duruyorum.' önermeleri almıştır. VGT alan ve DGT alan hastalar arasında THSÖ alt boyutlarından İçselleştirilmiş Stigma önermelerinden 'İlaçlarımı insanların bulunduğu ortamlarda da rahat bir şekilde içebilirim.' önermesi için anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.13. VGT ve DGT Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma Alt Boyutu Önermeleri Puan Ortalamaları

İçselleştirilmiş Stigma	VGT (Ort±SS)	DGT (Ort±SS)	P
1.Tüberküloz olduğumu sosyal yaşantımda hiç kimseye söylemiyorum.	2.27±0.55	2.50±0.62	0.117
10.Tüberküloz hastası olduğumdan bu yana sosyal ortamlardan uzak duruyorum.	2.80±0.56	2.86±0.50	0.703
11.Hastanede zorunlu olmadıkça odamdan dışarı çıkmıyorum.	2.77±0.57	2.83±0.53	0.762
12.Tüberküloz olduğumdan bu yana insanlardan fiziksel olarak uzak duruyorum.	2.82±0.59	2.86±0.50	0.846
20.Tüberküloz mikrobunu yaymamak için çevremden uzak duruyorum.	2.72±0.59	2.66±0.54	0.677
21.Ailemin hastalanmaması için sürekli odamda kalıyorum.	2.65±0.53	2.56±0.56	0.532
22.İlaçlarımı insanların bulunduğu ortamlarda da rahat bir şekilde içebilirim.	2.40±0.49	2.73±0.44	0.006*

5. TARTIŞMA

Tarihte bilinen en eski hastalıkların başında gelen tüberküloz günümüzde de önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmektedir.(2) Gerek kronik bir hastalık olduğu için uzun süreli tedavilerinin olması gerekse bulaşıcı hastalıklar grubunda olması, hasta olan kişinin dışında toplumsal etkilerinin de olduğunu göstermektedir. Hastalık tanısı konulduktan sonra hem kişinin kendi içinde yaşadığı süreç hem de toplum tarafından maruz kaldığı damgalanma süreci, hastalarda tanı ve tedavi sürecinin gecikmesine, tedaviden terklerin artmasına, kişinin hastalığını saklama ihtiyacı hissetmesine, toplumdaki soyutlanmasına ve depresyona girmesine, neticede hastalığın toplumda varlığını sürdürmesine sebep olmaktadır.(15, 72)

Çalışmamızda tüberküloz hastalarının aldıkları tedavi yöntemine göre maruz kaldıkları damgalanma ve ayrımcılık düzeyleri değerlendirilmiştir. Mevcut çalışmalara bakıldığında tüberküloz hastalarının maruz kaldıkları damgalanma ve ayrımcılık, bu ayrımcılığın nedenleri ve tüberküloz hastalığı üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar bulunsada aldıkları tedavi yöntemlerine göre maruz kaldıkları damgalanma ve ayrımcılık için yapılan çalışma bilindiği kadarıyla yoktur.(71, 73, 74) Başta Sert ve arkadaşları ile Açikel ve arkadaşlarının çalışmaları olmak üzere literatür taranarak konumuzla ilgili çalışmalarla karşılaştırmalar yapılmıştır.(12, 75)

Yapılan bir çok farklı çalışma hastaların damgalanma düzeylerinin cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, eğitim düzeyleri, gelir düzeyleri, hastalık süreleri gibi faktörlere bağlı olarak değişebildiğini göstermektedir.(76, 77)

Hastaların aldıkları tedaviye göre ayırım yapılmadan aldıkları toplam damgalanma puan ortalaması 82.22 ± 11.58 iken sadece VGT alan hastalarda 81.35 ± 12.70 ve sadece DGT alan hastalarda 83.4 ± 9.99 çıkmıştır. Bulgular daha önce yapılmış olan Sert (80.93) ile Açikel (83.79)' in çalışmaları ile benzerdir.(12, 75) THSÖ tüm alt boyutlarında DGT alan hastalar VGT alan hastalara göre daha yüksek damgalanma puanlarına sahiptir. VGT alan hastaların %42.5'i ve DGT alan hastaların %40'ı toplam damgalanma puan ortalamasından daha yüksek puan almıştır. Bu oranlar Öztürk (%53.4) ve Sert (%52.3)' in çalışmalarındaki bulgular ile örtüşmektedir.(12, 78)

Juniarti ve Evans çalışmalarında tüberküloz hastalığının damgalanmaya sebep olmasında hem hastaların hem de toplumun yeterli bilgi düzeyine olmaması, bulaşıcı hastalıklar grubunda yer alması ve eski zamanlardan beri hastalığın kötü bir üne sahip

olması gibi nedenler olduğunu bildirmişlerdir.(79) Damgalanma korkusu bireyi hem tanı aşamasında hem de tedavi aşamasında olumsuz etkilemektedir. Porto ve arkadaşları çalışmalarında hastaların bir kısmının tanı aldıktan sonra kendi içlerinde benlik saygılarında kaybolma yaşadığını, utanma, kendilerini suçlama gibi tavırlar geliştirdiklerini ve bunun sonucunda toplumdan izole olabildiklerini bildirmiştir.(80) Macq ve arkadaşları çalışmalarında HIV/ADIS' ten sonra en sık damgalanmaya maruz kalan hastalığın tüberküloz olduğunu bildirmiştir.(81) Aryal ve arkadaşları çalışmalarında hastaların çoğunun başkaları tarafından hasta olduklarının bilinmesini istemediklerini gösterdi.(82) Atre ve arkadaşları çalışmalarında hastaların bazılarının damgalanmamak için yanlış kimlik bilgileri verdiğini bildirmiştir.(83) Arıkan ve arkadaşları çalışmalarında tüberküloz hastalarının %24' ünün aldıkları tanıyı birlikte yaşadıkları aile bireyleri dışında hiç kimseye söyleyemediklerini göstermiştir.(84) Çam ve arkadaşları çalışmalarında tüberkülozun hem hasta için hem de hasta yakınları için psikolojik etkileri olduğunu ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini bildirmiştir.(66) Taşkın ve arkadaşları çalışmalarında tüberküloz hastalarının %17.9'unda tanı aldıktan sonra aile ilişkilerinde bozulma olduğunu ve %19.8' inde de arkadaşlık ilişkilerinde bozulma olduğunu göstermiştir.(85) Courtwright ve Turner çalışmalarında yaşanan damgalanmanın aileyle olan ilişkilerde bozulma, eş bulmada zorluk yaşanması ve iş kayıplarına yol açabildiğini göstermektedir.(71) Tüm bu damgalanma olayları tüberküloz hastalığının eradike edilememesinin en önemli nedenlerindendir. Brohan ve arkadaşlarının çalışmasında hem kendilerine uyguladıkları hem de çevreleri tarafından kendilerine uygulanan damgalanmanın anlaşılması, hastaların tedavi süreçlerini tamamlayarak daha rahat bir şekilde topluma karışmalara neden olacaktır.(86)

Ülkemizde 2020 yılında yayınlanan Türkiye'de Verem Savaşı Raporu verilere göre verem savaş dispanserlerine kayıtlı 11.786 kişi bulunmaktadır. Bu hastaların %57.5' i erkek ve %42.5' i kadındır.(23) Yaptığımız çalışmada tüm hastaların %48.6' i erkek ve %51.4' ü kadın olarak bulundu. Hastaları aldıkları tedaviye göre gruplandırdığımızda VGT alan hastaların %47.5' i erkek ve %52.5' i kadın, DGT alan hastaların da %50' si erkek ve %50' si de kadın olarak bulundu. Verilerimiz yayınlanan son rapordan farklı olarak bölgemiz için kadın hastaların çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Arpacı ve arkadaşları çalışmalarında kadınların erkeklere göre hastalıklarını daha geç bildirdiklerini belirtmiştir.(87) Yine Zambia ve Malezya'

da yapılan çalışmalarda kadınların sağlık merkezlerine erkeklerden daha geç başvurduklarını belirlenmiştir.(88) Yaptığımız çalışmada kadın hastaların sayıca üstün olmasının nedeni günümüzde daha aktif iş yaşamına katılmaları ve sağlık hizmetlerine daha rahat şekilde ulaşabiliyor olmaları olabilir.

Aboiye ve arkadaşları çalışmalarında kadınların erkeklerden daha fazla damgalanma yaşadığını bildirmiştir.(67) Yine Golden ve arkadaşları damgalanma ile ilgili benzer görüşler bildirmiştir.(89) Ancak Açikel ve arkadaşları çalışmalarında erkeklerin damgalanma düzeylerinin kadınlardan fazla olduğunu bulmuştur.(75) Taşkın ve arkadaşları da benzer biçimde erkeklerde damgalanmayı daha fazla düzeyde bulmuşlardır.(85) Bizim çalışmamız için hastaların cinsiyetlerine göre damgalanma düzeylerine bakıldığında tüm hastalar için ve VGT alan hastalar için kadın cinsiyette daha yüksek toplam THSÖ puanı alındığı bulunurken DGT alan hastalar için erkek cinsiyette daha yüksek toplam THSÖ puanı alındığı bulunmuştur. Her üç grupta ortak olan 'Hissedilen Stigma' alt boyutunda kadınların erkeklerden daha yüksek puan aldıklarıdır. VGT alan hastalarda diğer tüm alt boyutlarda da kadınlar erkeklerden daha yüksek puan almışken DGT alan hastalarda diğer tüm alt boyutlarda erkekler kadınlardan daha yüksek puan almışlardır. Fakat cinsiyetlere göre alınan damgalanma puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Ülkemizde 2020 yılında yayınlanan Türkiye'de Verem Savaşı Raporu verilere göre yaş arttıkça tüberküloz hasta sayısı da artmaktadır.(23) Çalışmamıza katılan en küçük hastamız 18 yaşında en büyük hastamız 77 yaşında olup tüm hastalar için yaş ortalaması 50.31 ± 18.21 yıl olup VGT alan hastalarda 47.5 ± 18.27 yıl ve DGT alan hastalarda 54.06 ± 17.75 yıl olarak bulunmuştur. Suleiman ve arkadaşları çalışmalarında yaşlı hastalarda genç hastalara göre daha yüksek damgalanma düzeyleri olduğunu bulmuştur.(74) Farklı olarak Sert' in çalışmasında yaş ile damgalanma düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir.(12) Roeloffs ve arkadaşları da çalışmalarında benzer olarak yaşın damgalanmaya uğrama düzeyi ile ilişkili olmadığını belirtmiştir.(90) Benzer şekilde çalışmamızda hem tüm hastalarda hem de VGT alan ve DGT alan hastalarda yaş ile damgalanmaya uğrama düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu sonucun etkenlerinden biri de az sayıda hastanın çalışmaya katılması olabilir.

Öztürk ve arkadaşları çalışmalarında evli ya da bekar olmanın damgalanmaya uğrama düzeyini etkilediğini bildirmiştir.(78) Buna göre evli veya dul olanlar bekarlara göre

‘Aile/Arkadaş İlişkileri’ alt boyutunda damgalanmaya daha fazla uğramaktadır. Dhingra ile Khan çalışmalarında bekar kızların aileleri tarafından ilerde evde kalırlar korkusu ile çocuklarının hastalıklarını açıklamada çekindiklerini göstermiştir.(72) Açıknel ve arkadaşları ise çalışmalarında medeni durum ile damgalanmaya uğrama düzeyi arasında anlamlı farklılık bulamamıştır.(75) Çalışmamızda her üç grup için ortak olan sonuç bekar olanların evli olanlara göre daha yüksek toplam THSÖ puanı almış olmalarıdır. Ancak biz de evliler ile bekarlar arasında damgalanma düzeyi için anlamlı farklılık bulamadık.

Courtwright ve Turner çalışmalarında eğitim durumu ile damgalanmaya uğrama düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğunu belirtmiştir. Şöyle ki eğitim durumu düşük olan hastaların damgalanma düzeyleri artmaktadır.(71) Arıkan ve arkadaşları da çalışmalarında benzer olarak eğitim durumu ile damgalanmaya uğrama düzeyi arasında ters ilişki olduğundan bahsetmiştir.(91) Yine Kipp ve arkadaşları çalışmalarında benzer sonuçları bulmuştur.(92) Sert ve arkadaşları çalışmalarında okuryazar olmayanların ‘Kendini Algılama’ alt boyutunda daha fazla damgalanmaya maruz kaldıklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da literatürdeki çalışmalara benzer olarak tüm hastalarda toplam THSÖ puanı ile ‘Kendini Algılama’ ve ‘Aile/Arkadaş İlişkileri’ alt boyutlarında ilköğretim mezunlarının üniversite mezunlarına göre daha fazla damgalanma düzeylerine sahip olduğu ve bu düzeyin anlamlı farklılık oluşturduğu bulundu. VGT alan hastalarda toplam THSÖ puanında ilköğretim mezunlarının lise mezunlarına göre daha fazla damgalanma düzeyine sahip olduğu ve bu düzeyin anlamlı farklılık oluşturduğu bulundu. Yine VGT alan hastalarda ‘Kendini Algılama’ alt boyutunda okuryazar olmayanların lise mezunlarına göre ve ilköğretim mezunlarının da lise mezunlarına göre daha fazla damgalanma düzeyine sahip olduğu ve bu düzeyin anlamlı farklılık oluşturduğu bulundu. DGT alan hastalarda ise eğitim durumu ile damgalanma düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Hastaların aile tipine göre damgalanmaya uğrama düzeylerine bakıldığında literatürde yapılan çalışma sayısının oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Baltacı ve arkadaşları çalışmalarında aile tipinin damgalanmaya uğrama düzeyi ile arasında anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmiştir.(93) Çalışmamızda da aile tipi ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durumun sebeplerinden biri de

çalışmamızdaki hastalarımızın hem VGT alan grupta (%80) hem de DGT alan grupta (%83.3) çoğunlukla çekirdek aile tipine sahip olması olabilir.

Buseh ve arkadaşları çalışmalarında hastaların gelir düzeyleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunduğunu bildirmiştir.(94) Liu ve arkadaşları da çalışmalarında tüberküloz görülme sıklığının hastaların ekonomik düzeylerine göre değişkenlik gösterdiğini ve aralarında anlamlı farklılık bulunduğunu göstermiştir.(95) Sert ve arkadaşları da çalışmalarında gelir düzeyi daha az olan hastaların alt boyutlardan 'Hissedilen Stigma', 'Aile/Arkadaş İlişkileri' ve 'İçselleştirilmiş Stigma' damgalanma düzeylerinin daha fazla olduğunu bulmuştur.(12) Çalışmamızda tüm hastalarda alt boyutlardan 'Hissedilen Stigma', 'Kendini Algılama' ve 'Aile/Arkadaş ilişkileri' damgalanma düzeylerinin asgari ücret ve altında alanlarda asgari ücret üzerinde alanlara göre daha fazla olduğu ve bu düzeyin anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. VGT alan hastalarda toplam THSÖ puanı ile alt boyutlardan 'Hissedilen Stigma', 'Kendini Algılama' ve 'Aile/Arkadaş ilişkileri' damgalanma düzeylerinin asgari ücret ve altında alanlarda asgari ücret üzerinde alanlara göre daha fazla olduğu ve bu düzeyin anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. DGT alan hastalarda ise gelir düzeyleri ile damgalanmaya maruz kalma düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Açıkel ve arkadaşları çalışmalarında hastaların çalışma durumları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmadığını göstermiştir.(75) Biz de benzer şekilde çalışmamızda hastaların çalışma durumları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulamadık. Bu durumun bir sebebi de hastaların sadece çalışıp çalışmama durumlarına bakılmış olması olabilir.

Açıkel ve arkadaşları çalışmalarında hastaların sosyal güvence durumları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmadığını göstermiştir.(75) Sert ve arkadaşları çalışmalarına sosyal güvencesi olmayan hastaların alt boyutlardan 'Aile/Arkadaş İlişkileri' damgalanma düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur.(12) Çalışmamızda tüm hastalarda ve VGT alan hastalarda sosyal güvence durumları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. DGT alan hastalarda ise Sert ve arkadaşlarının çalışmalarından farklı olarak sadece alt boyutlardan 'Aile/Arkadaş İlişkileri' damgalanma düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamış diğer tüm alt boyutlarda ve toplam THSÖ puanında sosyal güvencesi olmayanların sosyal güvencesi

olanlara göre daha yüksek damgalanmaya uğrama düzeyine sahip olduğu ve bu düzeyin anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür. Bulduğumuz sonuçlar sosyal güvenceye sahip olmayan hastaların daha fazla damgalanma maruz kaldıklarını göstermektedir.

Ülkemizde 2020 yılında yayınlanan Türkiye’de Verem Savaşı Raporu verilere göre tüberküloz tanısı alan hastaların %92.9’ u yeni olgu, %5.3’ ü nüks, %1.4’ ü takip dışı kalıp dönen ve %0.4’ü tedavi başarısızlığından gelenlerdir.(23) Çalışmamızda tüm hastaların %92.9’u yeni olgu ve %7.1’ i nüks, VGT alan hastalarda %92.5’ i yeni olgu ve %7.5’ i nüks, DGT alan hastalarda ise %93.3’ ü yeni olgu ve %6.7’ si nüks olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hasta sayısının azlığı ve çalışmada zaman aralığı olması takip dışı kalıp dönen veya tedavi başarısızlığından gelen hasta sayısı olmamasını açıklayabilir.

Açıkel ve arkadaşları çalışmalarında hastaların tedavi süreleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmiştir.(75) Sert ve arkadaşları çalışmalarında hastaların tedavi süreleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu belirtmiştir.(12) Çalışmamızın verilerine göre de tüm gruplarda toplam THSÖ puanlarının nüks olgularında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak bu yükseklik tüm hastalarda ve VGT alan hastalarda alt boyutlardan ‘Kendini Algılama’ damgalanmaya uğrama düzeylerinde anlamlı farklılık oluşturmaktadır. DGT alan hastalarda nüks olguları daha yüksek damgalanmaya uğrama düzeylerine sahip olsa da anlamlı farklılık bulunamamıştır. Nüks olgularda tedavi süresinin daha uzun olması daha fazla damgalanmaya uğrama düzeylerini açıklamaktadır.

Ülkemizde 2020 yılında yayınlanan Türkiye’de Verem Savaşı Raporu verilere göre tüberküloz tanısı alan hastaların %65.7’ i akciğer tüberkülozlu, %34.3’ ü akciğer dışı tüberkülozudur.(23) Öztürk ve arkadaşları da çalışmalarında akciğer tüberkülozu olan hastaların tüm hastaların %60.5’ ini oluşturduğunu ve akciğer dışı tüberkülozu olan hastaların da tüm hastaların %39.5’ ini oluşturduğunu bildirmiştir.(78) Çalışmamızda tüm hastalarda %65.7 akciğer tüberkülozu ve %34.3 akciğer dışı tüberkülozu olgusu varken bu oran VGT alanlarda sırasıyla %67.5 ile %32.5 ve DGT alan hastalarda sırasıyla %63.3 ile %36.7 olarak bulunmuştur. Verilerimiz literatür verileri ile uyumludur. Tüm gruplarda akciğer tüberkülozlu hastaların toplam THSÖ puanlarının daha yüksek olduğu ve daha fazla damgalanmaya uğrama düzeylerine sahip oldukları

belirlenmiştir. Ancak bu akciğer dışı tüberkülozlu hastalarla aralarında anlamlı farklılık oluşturmamaktadır. Akciğer tüberkülozunun bulaştırıcılık özelliğinin daha fazla olması, akciğer tüberkülozlu hastaların damgalanmaya uğrama düzeylerinin neden daha yüksek olduğunu açıklamaktadır.

Sert ve arkadaşları çalışmalarında hastaların hastalık süreleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında aynı hastaların tedavi sürelerinde olduğu gibi doğru orantılı bir ilişki olduğunu bildirmiştir.(12) Rajeswari ve arkadaşları çalışmalarında tedavisi biten hastaların bazılarının damgalanma hissini yaşamaya devam ettiğini bildirmişlerdir.(90) Çalışmamızda hastaların hastalık süreleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışmamıza katılan hasta sayısının azlığı ve katılan hastaların çoğunun tedavilerinin ilk 6 aylık diliminde olmaları (%81.5) sonucun böyle çıkmasında bir etken olabilir.

Sert ve arkadaşları çalışmalarında hastaların tüberküloz dışında ek hastalıklara sahip olup olmamalarının damgalanmaya uğrama düzeyleri ile arasında anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmiştir.(12) Ülkemizde 2020 yılında yayınlanan Türkiye’de Verem Savaşı Raporu verilere göre tüberküloz tanısı alan hastaların %71.1’ ine HIV testi yapılmış ve %0.6’ sında pozitiflik olduğu saptanmıştır.(23) Çalışmamızda hastaların hiç birinde HIV pozitifliği yoktu. Tüberküloza en sık eşlik eden hastalıklar 1. Sırada Kardiyovasküler hastalıklardan Hipertansiyon ve 2. Sırada Diabetes Mellitus olarak bulundu. Ancak tüberküloz hastalarının tüberküloz dışında ek hastalıklara sahip olup olmamalarının damgalanmaya uğrama düzeyleri ile arasında biz de anlamlı farklılık bulamadık. Var olan diğer çalışmalara benzer olarak ulaştığımız sonuç hastaların tüberküloz dışında ek hastalıklarının olup olmaması damgalanmaya uğrama düzeylerini etkilememektedir.

Öztürk ve arkadaşları çalışmalarında tüberküloz hastalarının %19.4’ ünün kendilerinden başka aile bireylerinde de tüberküloz olduğunu ifade ettiklerini bildirmiştir.(78) Jittimane ve arkadaşları çalışmalarında benzer şekilde tüberküloz hastalarının %23’ ünde kendilerinden başka aile bireylerinde de tüberküloz olduğunu söylemiştir.(96) Çalışmamızda da hastalarımızın %20’ si kendilerinden başka aile bireylerinde de tüberküloz olduğunu ifade etmiştir. Sert ve arkadaşları çalışmalarında tüberküloz hastalarının kendilerinden başka aile bireylerinde de tüberküloz olup olmamasının damgalanmaya uğrama düzeyi ile ilişkisi olmadığını belirtmiştir.(12) Öztürk ve arkadaşları ise çalışmalarında tüberküloz hastalarının kendilerinden başka

aile bireylerinde de tüberküloz hastalığı olanların olmayanlara göre alt boyutlardan ‘İçselleştirilmiş Stigma’ damgalanmaya uğrama düzeylerinin daha fazla çıktığını bildirmiştir.(78) Çalışmamızda tüm hastalarda ve VGT alan hastalarda kendilerinden başka aile bireylerinde de tüberküloz hastalığı olanların toplam THSÖ puanı olmayanlara göre yüksek çıkmış ancak anlamlı farklılık bulunamamıştır. DGT alan hastalarda ise farklı olarak toplam THSÖ puanı kendilerinden başka aile bireylerinde de tüberküloz hastalığı olmayanlarda olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ancak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verilerine bakıldığında ülkemizde 15 yaş ve üzerindeki kişilerde sigara kullanımı %28’ dir.(97) Öztürk ve arkadaşları çalışmalarında tüberküloz hastalarının %24’ ünün her gün aktif olarak sigara içtiğini bildirmiştir. Çalışmamızda tüm hastaların %28.6’ sı düzenli olarak her gün sigara içerken %47.1’ i sigara kullanmadığını ve %24.3’ ü de sigarayı bıraktığını bildirmiştir. VGT alan hastalar için oranlar sırasıyla %25, %47.5 ve %27.5 iken DGT alan hastalar için oranlar sırasıyla %33.3, %46.7 ve %20 olarak çıkmıştır. Her üç grup için de ortak olan sonuç sigara içenlerin toplam THSÖ puanları sigaraya içmeyen ve bırakanlara göre daha yüksektir ancak anlamlı farklılık oluşturmamaktadır. Sigara ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalar sonucunda tüberküloz gelişimini kolaylaştırıcı risk faktörlerinden biri olduğu bulunmuştur.(98) Ancak sonuçlarımıza göre sigara kullanım durumu damgalanmaya uğrama düzeyini etkilememektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verilerine bakıldığında ülkemizde 15 yaş ve üzerindeki kişilerde alkol kullanımı %14.9 ve yaşam boyu madde kullanım yaygınlığı %3.1 olarak bulunmuştur.(97) Çalışmamızda alkol kullanan hastaların oranı %7.1 madde kullanan hastaların oranı ise %2.9 çıkmıştır ve bu veriler Türkiye geneli istatistikleri ile uyumlu görünmektedir. Çam ve arkadaşları çalışmalarında alkol bağımlılığı olan hastaların alt boyutlardan ‘İçselleştirilmiş Stigma’ damgalanmaya maruz kaldıklarını göstermektedir.(66) Benzer şekilde Aslan ve arkadaşları çalışmalarında alkol bağımlılık tedavisi alan hastalarda alt boyutlardan ‘İçselleştirilmiş Stigma’ damgalanmaya uğrama düzeylerinin yüksek çıktığını ifade etmiştir.(99) Çalışmamızda tüm hastalarda ve VGT alan hastalarda tüm alt boyutlarda ve toplam THSÖ puanlarında alkol kullananlar kullanmayanlara göre daha yüksek puan alırken DGT alan hastalarda tüm alt boyutlarda ve toplam THSÖ puanlarında alkol kullanmayanlar kullanan hastalara göre daha yüksek puan almıştır. DGT alan

hastalarda alkol kullanan hasta sayısının çok az olmasının bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir. Ancak bu hiçbirinde anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

‘Hissedilen Stigma’ alt boyutu hastalarının hasta olmalarından duydukları utançları ve damgalanmaya uğramaktan duydukları korkuları göstermektedir.(100) Sert ve arkadaşları çalışmalarında hastaların bu alt boyutta aldıkları puan ortalamasını 34.76 ± 8.39 olarak bildirmiştir.(12) Çalışmamızda literatüre benzer olarak tüm hastaların bu alt boyutta aldıkları puan ortalaması 33.20 ± 4.97 olup VGT alan hastalar için 33.15 ± 5.60 ve DGT alan hastalar için 33.26 ± 4.072 bulunmuştur. Bu alt boyutu oluşturan önermelerden ‘İnsanlar genellikle iyi beslenemeyen insanların tüberküloz olduğunu düşünür.’ önermesi tüm gruplarda en yüksek puan ortalamasını (3.17 ± 0.83) almıştır. Literatürde de tüberkülozun gelir düzeyi düşük insanlarda daha sık görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur.(95)

‘Kendini Algılama’ alt boyutu hastaların hastalıklarıyla kendi duygu ve düşünceleri arasında kurdukları ilişkiyi tanımlar.(101) Sert ve arkadaşları çalışmalarında hastaların bu alt boyutta aldıkları puan ortalamasını 16.56 ± 5.32 olarak bildirmiştir.(12) Çalışmamızda literatüre benzer olarak tüm hastaların bu alt boyutta aldıkları puan ortalaması 17.17 ± 2.72 olup VGT alan hastalar için 16.90 ± 2.86 ve DGT alan hastalar için 17.53 ± 2.54 bulunmuştur. Bu alt boyutu oluşturan önermelerden ‘Tüberküloz olduğumu öğrendiğimden bu yana hiçbir şeyden zevk almıyorum’ önermesi tüm gruplarda en yüksek puan ortalamasını (2.71 ± 0.61) almıştır. Polat ve arkadaşları çalışmalarında tüberküloz hastalarının yalnızlık çektiğini ve depresyona girdiklerini bildirmiştir.(102) Yine Çelik ve arkadaşları çalışmalarında tüberkülozlu hastalarda azımsanmayacak oranda depresyon görüldüğünü bildirmiştir.(103) Bu alt boyutu oluşturan önermelerden ‘Kendimi en az diğer insanlar kadar iyi hissediyorum.’ önermesi tüm gruplarda en düşük puan ortalamasını (2.25 ± 0.62) almıştır. Bu durum hastalarımızın sadece fiziksel olarak değil psikolojik olarak da bu hastalıktan etkilendiklerini göstermektedir.

‘Aile/Arkadaş İlişkileri’ alt boyutu hastaların çevreleri tarafından kendilerine uygulanan davranışları tanımlar. Sert ve arkadaşları çalışmalarında hastaların bu alt boyutta aldıkları puan ortalamasını 10.83 ± 4.19 olarak bildirmiştir.(12) Çalışmamızda tüm hastaların bu alt boyutta aldıkları puan ortalaması 13.15 ± 2.88 olup VGT alan hastalar için 12.85 ± 3.27 ve DGT alan hastalar için 13.56 ± 2.26 bulunmuştur. Bu alt boyutu oluşturan önermelerden ‘Yakınlarım tüberküloz olmam benim suçummuş gibi

davranıyor' önermesi tüm gruplarda en yüksek puan ortalamasını (2.32 ± 0.60) almıştır. Kelly ve arkadaşları çalışmalarında tüberküloz hastalarının ailelerinden ve çevrelerinden kendilerini soyutladıklarını belirtmiştir.(73) Açikel ve arkadaşları çalışmalarında hastaların %49.5' inin çevreleri tarafından damgalanmaya uğramaktan çekindikleri için hastalıklarını söylemediklerini bulmuştur.(75) Yine Öztürk ve arkadaşları çalışmalarında aile bireylerinin kendilerine de hastalık bulaşı olabilir korkusuyla hastalara daha sert davrandıklarını ve bunun da hastaların damgalanmaya uğrama korkularını arttırdığını ifade etmişlerdir.(78) Tüberküloz bulaşının en sık aynı evde yaşayan bireyler arasında görüldüğü düşünüldüğünde hastaların da neden daha sıklıkla aile içinde damgalanmaya uğradıkları açıktır.

'İçselleştirilmiş Stigma' alt boyutu hastaların toplumun kendi hastalıkları ile ilgili olumsuz düşüncelerini kendi düşünceleriymiş gibi kabul edip, kendilerini değersiz hissederek toplumdaki uzaklaşmalarını tanımlar.(104) Sert ve arkadaşları çalışmalarında hastaların bu alt boyutta aldıkları puan ortalamasını 18.77 ± 4.91 olarak bildirmiştir.(12) Çalışmamızda tüm hastaların bu alt boyutta aldıkları puan ortalaması 18.70 ± 2.70 olup VGT alan hastalar için 18.45 ± 2.72 ve DGT alan hastalar için 19.03 ± 2.69 bulunmuştur. Bu alt boyutu oluşturan önermelerden 'Tüberküloz hastası olduğumdan bu yana sosyal ortamlardan uzak duruyorum.' önermesi tüm gruplarda en yüksek puan ortalamasını (2.82 ± 0.53) almıştır. Taşkın ve arkadaşları çalışmalarında tüberküloz hastalarının %19.8' inde arkadaşlarıyla ve komşularıyla olan ilişkilerinin azaldığını belirtmiştir.(85) Dhingra ve arkadaşları hastaların %60' ının çevrelerinden soyutlanmamak için hastalıklarını sakladıklarını bildirmiştir.(72)

'İçselleştirilmiş Stigma' alt boyutu önermelerinde yer alan 'İlaçlarımı insanların bulunduğu ortamlarda da rahat bir şekilde içebilirim.' önermesinin ortalama puanları DGT alan hastalarda VGT alan hastalara göre daha yüksek çıkmıştır ve bu yükseklik anlamlı farklılık oluşturmaktadır ($p<0.05$). Buradan VGT alan hastaların ilaçlarını kalabalık ortamlarda içerken daha az damgalanmaya maruz kaldıkları sonucunu çıkarabiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız Samsun ili Merkez Verem Savaş Dispanseri' nde 15 Ağustos 2021- 15 Ocak 2022 tarihleri arasında tedavisi devam eden veya yeni tanı alan ve tedavisi başlanan 70 tüberküloz hastası ile yapılmıştır.

Hastaların %57.1' i VGT alırken ve %42.9' u DGT almaktaydı. VGT alan hastaların yaş ortalaması 47.50 ± 18.27 yıl iken VGT alan hastaların yaş ortalaması 54.06 ± 17.75 yıldır. Çalışmamız için hastaların yaşları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Hastaların toplam THSÖ puan ortalamaları VGT alan hastalarda 81.35 ± 12.70 ve DGT alan hastalarda 83.40 ± 9.99 tür. VGT alan hastaların %42.5'i ve DGT alan hastaların %40'ı toplam damgalanma puan ortalamasından daha yüksek puan almıştır.

VGT alan hastaların %52.5' i ve DGT alan hastaların %50' si kadındır. Hastaların cinsiyetleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

VGT alan hastaların %70' i ve DGT alan hastaların %83.3' ü evliydi. Her iki grupta da bekar hastaların toplam THSÖ puan ortalamaları daha fazla çıkmıştır ancak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun evli olmasının sonuçların böyle çıkmasını etkilediğini düşünmekteyiz.

VGT alan hastaların %50' si ilköğretim mezunuyken DGT alan hastaların %36.7' si ilköğretim mezunuydu. VGT alan hastalarda 'THSÖ Toplam Puanı' ile 'Kendini Algılama' alt boyutunda anlamlı farklılık varken DGT alan hastalarda eğitim durumları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. VGT alan hastalarda ilköğretim mezunları ile lise mezunlarının 'THSÖ Toplam Puanları' arasında ve lise mezunları ile okuryazar olmayanların ve ilköğretim mezunları ile lise mezunlarının 'Kendini Algılama' alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır. Hastalar aldıkları tedavi şekline göre ayrılmadan bakıldığında tüm hastalarda ilköğretim mezunları ile üniversite mezunlarının 'THSÖ Toplam Puanları' ile 'Kendini Algılama' ve 'Aile/Arkadaş İlişkileri' alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır.

VGT alan hastaların %80' i çekirdek aile yapısında iken DGT alan hastaların %83.3' ü çekirdek aile yapısında idi. Her iki grupta da hastaların aile tipleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

VGT alan hastaların %47.5' i asgari ücret üzerinde gelire sahipken DGT alan hastalarda bu oran %73.3' tü. VGT alan hastalarda 'İçselleştirilmiş Stigma' alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda ve toplam THSÖ puan ortalamalarında anlamlı farklılık varken, DGT alan hastalarda gelir düzeyleri ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. VGT alan hastalarda asgari ücret alanlarla hem asgari ücret altında alanlar hem de asgari ücret üzerinde alanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. VGT alan hastalarda asgari ücret altında alanlar tüm damgalanma puan ortalamalarında asgari ücret üzerinde alanlardan daha yüksek puan almıştır. Hastalar aldıkları tedavi şekline göre ayrılmadan bakıldığında tüm hastalarda 'İçselleştirilmiş Stigma' ve 'THSÖ Toplam Puan' ortalamalarında anlamlı fark bulunmamış, diğer tüm damgalanma puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur. Tüm hastalarda asgari ücret altında alanlar tüm damgalanma puan ortalamalarında asgari ücret üzerinde alanlardan daha yüksek puan almıştır.

VGT alan hastaların %77.5' i çalışmazken DGT alan hastalarda bu oran %70' di. Her iki grupta da hastaların çalışma durumları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

VGT alan hastaların %70' i sosyal güvenceye sahipken DGT alan hastalarda bu oran %93.3' tü. VGT alan hastalarda sosyal güvence durumu ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmazken DGT alan hastalarda 'Aile/Arkadaş İlişkileri' alt boyutu dışındaki tüm damgalanma puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Sosyal güvenceye sahip olmayan hastalar daha fazla damgalanmaya uğrama düzeylerine sahiptir.

VGT alan hastaların %92.5' i yeni olgu tanımına uyarken DGT alan hastalarda bu oran %93.3' tü. VGT alan hastalarda 'Kendini Algılama' alt boyutu damgalanma puan ortalamasında yeni olgular ile nüks olgular arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Nüks hastaları yeni tanı almış hastalara göre daha yüksek damgalanma puanlarına sahiptir. DGT alan hastalarda ise nüks hastaları daha yüksek damgalanmaya uğrama düzeyine sahip olsa da yeni olgu tanımına uyan hastalarla aralarında anlamlı farklılık yoktur.

VGT alan hastaların %67.5' inde yerleşim yeri akciğer iken DGT alan hastalarda bu oran %63.3' tür. Her iki grupta da akciğer tüberkülozu olan hastalar daha fazla

damgalanmaya uğrama düzeyine sahip olsa da bu fazlalık anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

Hem VGT alan (%80) hem de DGT alan (%83.4) hastaların büyük çoğunluğu tedavilerinin ilk 6 ayındaydılar. Her iki grup içinde hastalık süresi ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonucun nedeni hastaların büyük çoğunluğun tedavilerinin ilk 6 aylık dilimde olmaları olarak açıklanabilir.

Hem VGT alan hem de DGT alan hastalarda tüberküloza eşlik eden en sık görülen hastalıklar 1. Sırada Kardiyovasküler hastalıklar (%37.5, %40) ve 2. Sırada Diabetes Mellitus (%25, %30) olarak bulunmuştur. Her iki grup içinde hastaların tüberküloza eşlik eden ek hastalıkları ile damgalanmaya uğrama düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

VGT alan hastaların %22.5' inde ve DGT alan hastaların %16.7' sinde kendilerinden başka aile bireylerinde de tüberküloz hastalığı bulunmaktaydı. VGT alan hastalarda kendilerinden başka aile bireylerinde de tüberküloz hastalığı bulunanlar daha fazla damgalanmaya uğrama düzeyine sahipken DGT alan hastalarda kendilerinden başka aile bireylerinde tüberküloz hastalığı bulunmayanlar daha fazla damgalanmaya uğrama düzeyine sahip çıkmıştır. Ancak her iki grupta da anlamlı farklılık bulunmamıştır.

VGT alan hastaların %25' i ve DGT alan hastaların %33.3' ü aktif sigara içmekte olup her iki grupta da sigara içen hastalar daha fazla damgalanmaya uğrama düzeyine sahip olsa da bu anlamlı farklılık oluşturmamaktadır.

VGT alan hastaların %10' u ve DGT alan hastaların %3.3' ü alkol kullanırken, madde kullanım oranları sırasıyla VGT alanlar için %2.5 ve DGT alanlar için %3.3 olarak bulunmuştur. Her iki grupta da hem sigara kullanımının hem de madde kullanımının damgalanmaya uğrama düzeyleri ile arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Her iki grubunun aldıkları tedaviden memnuniyet puan ortalaması VGT için 9.75 ± 0.43 ve DGT için 8.63 ± 0.71 olarak hesaplandı. VGT ve DGT alan hastalar için aldıkları tedaviden memnuniyet puan ortalamaları arasından anlamlı fark bulundu. VGT alan hastalar tedavilerinden daha memnundu.

VGT alan ve DGT alan hastaların THSÖ ve alt boyutlarını oluşturan önermelere verdikleri cevaplara bakıldığında sadece 'İşelleştirilmiş Stigma' alt boyutunda

bulunan ‘İlaçlarımı insanların bulunduğu ortamlarda da rahat bir şekilde içebilirim.’ önermesinde anlamlı farklılık bulunmuştur. VGT alan hastalar ilaçlarını kalabalık ortamlarda daha rahat içebildiklerini ifade etmiştir.

Sonuç olarak tüberküloz hastalığı sadece hasta olan kişiler için değil toplumumuz için de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Hastalığın ortadan kaldırılmasında etkin tedavi yöntemleri kadar hastaların bu tedavilere uyumu da önemlidir. Hastaların tedavi uyumlarını arttırmak için tedavileri planlanırken hastaların da olaya dahil edilmesi önemlidir. Bu açıdan VGT yöntemi DGT yöntemine göre uygulanabilirlik açısından daha rahat ve esnek olarak görülmektedir. VGT yönteminin uygulanabilirliğinin ve maliyet etkinliğini araştıran birçok çalışma DGT yöntemine göre daha etkili takip ve tedavi seçeneği olduğunu ve maliyet açısından da daha uygun olduğunu göstermektedir.(105-107)

Tüberküloz hastalığında etkin tedavi yöntemi kadar hastaların tedavilerine uyumu da önemlidir. Tedaviye uyumda tedavi sürelerinin uzun olmasının olumsuz etkisinin yanında bir de hastaların damgalanmaları, tedavinin yarım bırakılmasına veya geciktirilmesine sebep olabilmektedir.(72) Yani kendi başına damgalanma tüberküloz hastalığının tamamen bitmesinde engel olarak durmaktadır. Hem toplum tarafından uygulanan hem de kişilerin kendilerine uyguladıkları damgalanmanın önüne geçilmesinde hem toplumun hem de hasta ve yakınlarının eğitilmesi önemlidir.

Hastaların yaşadıkları damgalanmaya uğrama korkusunun önüne geçilmesinde hem hastaların hem de yakın çevrelerinin sosyal açıdan desteklenmesi ve bilinç oluşturulması için hasta olmayan insanların da formlarla değerlendirilmesi faydalı olabilir. Hastaların damgalanmaya uğrama düzeylerinin erken dönemde tespit edilmesi ve gereken hastalara psikolojik desteklerin verilmesi tedavi terklerinde azalmaya ve daha etkin tedavilere yol açabilir.

Tüberküloz ile savaşta farkındalık oluşturmak için her yıl ülkemizde de kutlanan ‘Verem Eğitim ve Propaganda Haftası’ ile ‘24 Mart Dünya Tüberküloz Günü’ etkinliklerinde tüm kitlelere ulaşılmaya çalışılarak eğitimlerin verilmesinin toplumda bilinç oluşturmak adına önemli olacağını düşünüyoruz.

Son olarak tüberküloz hastalarının aldıkları tedavi yöntemleri ve damgalanmaya uğrama düzeyleri ile çözümlerini araştırmak için daha fazla tüberküloz hastası ile daha çok sayıda çalışma yapılmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. 2021.
2. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. 2019.
3. Hardy A. Thomas M Daniel, Captain of death: the story of tuberculosis. Medical History. 1999;43(1).
4. Houston M. The white death: a history of tuberculosis. British Medical Journal Publishing Group; 1999. p. 1705.
5. Baris IY. Dünyada Tüberkülozun Tarihçesi. Toraks Dergisi, 2002;3(3): 338-340. 2002.
6. Çoker S, Hamzaoğlu O. Aile Hekimlerinin Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulama Durumları. Yayın Kurulu. 2016:136.
7. International Standards for Tuberculosis Care. 2014;3rd edition.
8. Nahid P, Dorman SE, Alipanah N, Barry PM, Brozek JL, Cattamanchi A, et al. Official American thoracic society/centers for disease control and prevention/infectious diseases society of America clinical practice guidelines: treatment of drug-susceptible tuberculosis. Clinical Infectious Diseases. 2016;63(7):e147-e95.
9. Gandhi NR, Nunn P, Dheda K, Schaaf HS, Zignol M, Van Soolingen D, et al. Multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis: a threat to global control of tuberculosis. The Lancet. 2010;375(9728):1830-43.
10. Migliori GB, Sotgiu G, Gandhi NR, Falzon D, DeRiemer K, Centis R, et al. Drug resistance beyond extensively drug-resistant tuberculosis: individual patient data meta-analysis. European Respiratory Journal. 2013;42(1):169-79.
11. Pope D, Chaisson RE. TB treatment: as simple as DOT?[Counterpoint]. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2003;7(7):611-5.
12. SERT H. Tüberkülozlu Hastalarda Stigmanın Değerlendirilmesi. 2010.
13. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annual review of Sociology. 2001;27(1):363-85.
14. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity: Simon and Schuster; 2009.
15. Erdem M, Taşçı N. Tüberküloz hastalarında benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2003;51(2):171-6.
16. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. Schizophrenia bulletin. 1999;25(3):467-78.

17. Dodor EA, Neal K, Kelly S. An exploration of the causes of tuberculosis stigma in an urban district in Ghana. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2008;12(9):1048-54.
18. Kamble BD, Singh SK, Jethani S, Chellaiyan VGD, Acharya BP. Social stigma among tuberculosis patients attending DOTS centers in Delhi. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;9(8):4223.
19. DeMaio J, Schwartz L, Cooley P, Tice A. The application of telemedicine technology to a directly observed therapy program for tuberculosis: a pilot project. *Clinical infectious diseases*. 2001;33(12):2082-4.
20. Garfein RS, Collins K, Muñoz F, Moser K, Cerecer-Callu P, Raab F, et al. Feasibility of tuberculosis treatment monitoring by video directly observed therapy: a binational pilot study. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2015;19(9):1057-64.
21. World Health Organization. Handbook for the use of digital technologies to support tuberculosis medication adherence. 2017.
22. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. 2020.
23. Türkiye’de Verem Savaşı 2020 Raporu
24. Wirth T, Hildebrand F, Allix-Béguec C, Wölbeling F, Kubica T, Kremer K, et al. Origin, spread and demography of the Mycobacterium tuberculosis complex. *PLoS pathogens*. 2008;4(9):e1000160.
25. Hacıevliyagıl SS. Tuberkuloz’da Bulasma.
26. Riley RL, Mills C, O’grady F, Sultan L, Wittstadt F, Shivpuri D. Infectiousness of air from a tuberculosis ward: ultraviolet irradiation of infected air: comparative infectiousness of different patients. *American Review of Respiratory Disease*. 1962;85(4):511-25.
27. Avkan Oguz V. Tüberküloz basilinin bulas yolları ve konaktaki seyri.
28. Kumar V, Abbas AK, JC A. Robbins Temel Patoloji.
29. Özbal Y. Tüberküloz immünolojisi. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2006;28(1):25-34.
30. Secko D. A gene for susceptibility to tuberculosis. *Cmaj*. 2005;172(11):1436-.
31. Raviglione MC. The TB epidemic from 1992 to 2002. *Tuberculosis*. 2003;83(1-3):4-14.
32. Wilkinson D. Drugs for preventing tuberculosis in HIV infected persons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000(3).
33. Woldehanna S, Volmink J. Treatment of latent tuberculosis infection in HIV infected persons (Cochrane Review). *The cochrane library*. 2004(3).

34. Comstock G, Baum C, Snider Jr DE. Isoniazid prophylaxis among Alaskan Eskimos: a final report of the Bethel Isoniazid Studies. *American Review of Respiratory Disease*. 1979;119(5):827-30.
35. Özkara Ş, Aktaş Z, Özkan S, Ecevit H. Türkiye’de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı. 2003.
36. Dowdy DW, Basu S, Andrews JR. Is passive diagnosis enough? The impact of subclinical disease on diagnostic strategies for tuberculosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2013;187(5):543-51.
37. Selcuk MB. Tüberkülozda Radyolojik Tanı 2012.
38. Leung A, Müller N, Pineda P, FitzGerald J. Primary tuberculosis in childhood: radiographic manifestations. *Radiology*. 1992;182(1):87-91.
39. Lee KS, Song KS, Lim TH, Kim PN, Kim I, Lee BH. Adult-onset pulmonary tuberculosis: findings on chest radiographs and CT scans. *AJR American Journal of Roentgenology*. 1993;160(4):753-8.
40. Im J-G, Itoh H, Shim Y-S, Lee JH, Ahn J, Han MC, et al. Pulmonary tuberculosis: CT findings--early active disease and sequential change with antituberculous therapy. *Radiology*. 1993;186(3):653-60.
41. Zwirerich C, Vedal S, Miller R, Müller N. Solitary pulmonary nodule: high-resolution CT and radiologic-pathologic correlation. *Radiology*. 1991;179(2):469-76.
42. Primack SL, Logan PM, Hartman TE, Lee KS, Müller NL. Pulmonary tuberculosis and *Mycobacterium avium-intracellulare*: a comparison of CT findings. *Radiology*. 1995;194(2):413-7.
43. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy: Citeseer; 1979.
44. Breen R, Smith C, Bettinson H, Dart S, Bannister B, Johnson M, et al. Paradoxical reactions during tuberculosis treatment in patients with and without HIV co-infection. *Thorax*. 2004;59(8):704-7.
45. Başhekimlik HSU-İ. Tüberkülin testi sonuçlarının yorumlanması ülkemiz standartları ve yeni gereksinimler. *Toraks Dergisi*. 2000;1:25-9.
46. Kılınç O. TÜBERKÜLİN DERİ TESTİ (TDT), YORUMU ve SON GELİŞMELER.
47. Sbarbaro JA. Skin test antigens: an evaluation whose time has come. *American Lung Association*; 1978. p. 1-5.
48. Gökçay G. Tüberkülin Cilt Testi. *Çocuk Dergisi*. 2010.
49. YALÇIN İ, Hatipoğlu N. BCG aşısı. *Güncel Pediatri*. 2005;3(1):37-9.

50. Arıca V, Gunher Arıca S, Şilfeler İ, Özer C. Tüberkülin cilt testi uygulanması ve yorumlanması. 2013.
51. Varan Ö. Anti-TNF Tedavisi Öncesi Latent Tüberküloz Taramasında Tüberkülin Deri Testi ile Interferon-Gama Salınım Testinin Karşılaştırılması. 2013.
52. Steingart KR, Ng V, Henry M, Hopewell PC, Ramsay A, Cunningham J, et al. Sputum processing methods to improve the sensitivity of smear microscopy for tuberculosis: a systematic review. *The Lancet infectious diseases*. 2006;6(10):664-74.
53. Chen T-C, Lu P-L, Lin C-Y, Lin W-R, Chen Y-H. Fluoroquinolones are associated with delayed treatment and resistance in tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*. 2011;15(3):e211-e6.
54. Şengül A, Ogan N, Aydemir Y. Akciğer dışı tüberküloz: Kocaeli Verem Savaş Dispanseri'nde takip edilen 331 olgunun retrospektif incelenmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2015;4(3):4-9.
55. Prideaux B, Via LE, Zimmerman MD, Eum S, Sarathy J, O'brien P, et al. The association between sterilizing activity and drug distribution into tuberculosis lesions. *Nature medicine*. 2015;21(10):1223-7.
56. Zhang Y, Yew W. Mechanisms of drug resistance in Mycobacterium tuberculosis: update 2015. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2015;19(11):1276-89.
57. KAYAOĞLU SÇ, ESİN MN. TÜBERKÜLOZ HASTALIĞINDA DOĞRUDAN GÖZETİMLİ TEDAVİ UYGULAMALARI: SİSTEMATİK İNCELEME. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2013;27(1):23-30.
58. Weis SE, Slocum PC, Blais FX, King B, Nunn M, Matney GB, et al. The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis. *New England journal of medicine*. 1994;330(17):1179-84.
59. KUZUCA İG. Tüberküloz Hastasında Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) Uygulamasında Karşılaşılan Etik İkilemler Ethical Dilemmas of Tuberculosis Patient during the Application of Directly Observed Treatment. 2016.
60. Öner C, Binali Ç. Birinci basamakta tüberküloz kontrolü: mevcut durum ve öneriler. *TJFMPC*. 2014;8(1):3-7.
61. Aydemir Y. Aile Hekimlerinin Tüberküloz ile İlgili Bilgi Düzeyi ve Verem Savaş Dispanserinde Çalışma İstekleri Konusundaki Tutum ve Görüşleri. 2015.
62. Kıter G, Uçan ES. Tüberkülozdan korunma. *Toraks dergisi*. 2001;2(1):85-90.
63. Fine PE. Bacille Calmette-Guerin vaccines: a rough guide. *Clinical Infectious Diseases*. 1995:11-4.

64. Bass Jr JB, Farer LS, Hopewell PC, O'Brien R, Jacobs R, Ruben F, et al. Treatment of tuberculosis and tuberculosis infection in adults and children. American Thoracic Society and The Centers for Disease Control and Prevention. American journal of respiratory and critical care medicine. 1994;149(5):1359-74.
65. Adinarayanan S, Culp RK, Subramani R, Abbas KM, Radhakrishna S, Swaminathan S. Role of bacille Calmette-Guérin in preventing tuberculous infection. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2017;21(4):420-4.
66. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011;2(3):136-40.
67. Abioye I, Omotayo M, Alakija W. Socio-demographic determinants of stigma among patients with pulmonary tuberculosis in Lagos, Nigeria. African health sciences. 2011;11:100-4.
68. Onur I. ITüberküloz ve Damgalanma: Toplumsal Bakış.
69. Mak WW, Mo PK, Cheung RY, Woo J, Cheung FM, Lee D. Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong. Social science & medicine. 2006;63(7):1912-22.
70. Kurspahić-Mujčić A, Hasanović A, Sivić S. Tuberculosis related stigma and delay in seeking care after the onset of symptoms associated with tuberculosis. Medicinski Glasnik. 2013;10(2).
71. Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. Public health reports. 2010;125(4_suppl):34-42.
72. Dhingra V, Khan S. A sociological study on stigma among TB patients in Delhi. The Indian Journal of Tuberculosis. 2010;57(1):12-8.
73. Kelly P. Isolation and stigma: the experience of patients with active tuberculosis. Journal of community health nursing. 1999;16(4):233-41.
74. Ahmed Suleiman M, Sahal N, Sodemann M, El Sony A, Aro AR. Tuberculosis stigma in Gezira State, Sudan: a case-control study. The International journal of tuberculosis and lung disease. 2013;17(3):388-93.
75. Açikel GY. Akciğer tüberkülozlu hastalarda damgalanmanın değerlendirilmesi: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2013.
76. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010;9(1).
77. Somma D, Thomas B, Karim F, Kemp J, Arias N, Auer C, et al. Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia [Special section on gender and TB]. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2008;12(7):856-66.

78. ÖZTÜRK FÖ. DAMGALANMA KAVRAMI VE TÜBERKÜLOZ (STIGMATIZATION CONCEPT AND TUBERCULOSIS. INTERNATIONAL REFEREED JOURNAL OF NURSING RESEARCHES.136.
79. Juniarti N, Evans D. A qualitative review: the stigma of tuberculosis. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(13-14):1961-70.
80. Pôrto Â. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41:43-9.
81. Macq J, Solis A, Martinez G, Martiny P, Dujardin B. An exploration of the social stigma of tuberculosis in five “municipios” of Nicaragua to reflect on local interventions. *Health policy*. 2005;74(2):205-17.
82. Aryal S, Badhu A, Pandey S, Bhandari A, Khatiwoda P, Khatiwada P, et al. Stigma related to tuberculosis among patients attending DOTS clinics of Dharan municipality. *Kathmandu University Medical Journal*. 2012;10(1):40-3.
83. Atre SR, Kudale AM, Morankar SN, Rangan SG, Weiss MG. Cultural concepts of tuberculosis and gender among the general population without tuberculosis in rural Maharashtra, India. *Tropical Medicine & International Health*. 2004;9(11):1228-38.
84. ARIKAN Z, KURUOĞLU AÇ, BELER N, Nursen O, EKİM NN, Köktürk O, et al. TÜBERKÜLOZ OLGULARINDA HASTALIĞIN ALGILANMASI VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ. *Kriz Dergisi*. 2000;8(2):39-45.
85. Taşkın F, Olgun N. Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal*. 2010;11(1).
86. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*. 2010;10(1):1-11.
87. Arpacı B, Bayrak S, Önel Z, Öcalan MÇ, Şirin BY. Tüberküloz kontrolü toplumsal cinsiyet rollerinden etkileniyor mu. XIII Öğrenci Sempozyumu Çalışma Gurubu Raporları, Başkent Üniversitesi Ankara. 2011.
88. Needham DM, Foster SD, Tomlinson G, Godfrey-Faussett P. Socio-economic, gender and health services factors affecting diagnostic delay for tuberculosis patients in urban Zambia. *Tropical Medicine & International Health*. 2001;6(4):256-9.
89. Golden J, Conroy RM, O’Dwyer AM, Golden D, Hardouin J-B. Illness-related stigma, mood and adjustment to illness in persons with hepatitis C. *Social science & medicine*. 2006;63(12):3188-98.
90. Roeloffs C, Sherbourne C, Unützer J, Fink A, Tang L, Wells KB. Stigma and depression among primary care patients. *General hospital psychiatry*. 2003;25(5):311-5.

91. Arıkan Z, Yasin Genç D, Çetin Etik D, Aslan S, Parlak Pİ. ALKOL VE DİĞER MADDE BAĞIMLILIKLARINDA HASTALAR VE YAKINLARINDA ETİKETLEME. *Journal of Dependence*. 2004;5:52-6.
92. Kipp AM, Pungrassami P, Nilmanat K, Sengupta S, Poole C, Strauss RP, et al. Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members. *BMC Public Health*. 2011;11(1):1-9.
93. BAITACI M, Arslan S, NeMNeZİ S, DeMİRel Y. Tüberküloz Hastalarında Damgalanma ve Ayırıcılığın Analizi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2021;35(1):11-21.
94. Buseh AG, Kelber ST, Hewitt JB, Stevens PE, Park CG. Perceived Stigma and Life Satisfaction: Experiences of Urban African American Men Living with HIV/AIDS. *International Journal of Men's Health*. 2006;5(1).
95. Liu J, Yao H, Liu E. Analysis of factors affecting the epidemiology of tuberculosis in China. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2005;9(4):450-4.
96. Jittimane SX, Nateniyom S, Kittikraisak W, Burapat C, Akksilp S, Chumpathat N, et al. Social stigma and knowledge of tuberculosis and HIV among patients with both diseases in Thailand. *PLoS One*. 2009;4(7):e6360.
97. Kandemir AŞ. TÜRKİYE'DE YAŞAYAN BİREYLERİN TÜTÜN ve ALKOL KULLANIMI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA. *TURAN-SAM*. 2020;12(48):499-503.
98. TUNCER LY, AKKAYA E, BARAN A, GÜNGÖR S, YALÇINSOY M, MİHMANLI A, et al. SİGARA KULLANIMININ TÜBERKÜLOZ SEYRİNE ETKİSİ. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2009;23(3):131-5.
99. Aslan M. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2020.
100. Aydemir N, Ünsal P, Özkara Ç. Epilepsisi olan bireylerin epilepsiye dair sahip oldukları tutum, bilgi ve bilgi kaynakları. *Epilepsi*. 2011;17(3):90-6.
101. İmamoğlu S. Genç yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerin cinsiyet, cinsiyet rolleri ve yalnızlık algısı açısından incelenmesi: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2008.
102. POLAT H, ERGÜNEY S. Tüberküloz hastalarının yalnızlık ve depresyon durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(1):40-7.
103. Çelik SB, Can H, Kılınç EA, Önde M, Çelepkolu T, Altuntaş M. Aktif tüberküloz hastalarında anksiyete ve depresyon birlikteliği Anxiety and depression in patients with active tuberculosis.

104. Corrigan PW, Larson JE, Ruesch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*. 2009;8(2):75.
105. Beeler Asay GR, Lam CK, Stewart B, Mangan JM, Romo L, Marks SM, et al. Cost of tuberculosis therapy directly observed on video for health departments and patients in New York City; San Francisco, California; and Rhode Island (2017–2018). *American journal of public health*. 2020;110(11):1696-703.
106. Lam C, Fluegge K, Macaraig M, Burzynski J. Cost savings associated with video directly observed therapy for treatment of tuberculosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2019;23(11):1149-54.
107. Gassanov MA, Feldman LJ, Sebastian A, Kraguljac MJ, Rea E, Yaffe B. The use of videophone for directly observed therapy for the treatment of tuberculosis. *Canadian Journal of Public Health*. 2013;104(3):e272-e.

8. EKLER

8.1.Ek-1. OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/484

16.08.2021

Sayın Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Tüberkuloz Hastalarının Aldıkları Tedavinin ve Damgalanma ile Ayrımcılığa Maruz Kalma Düzeylerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi başlıklı OMÜ KAEK 2021/375Karar nolu Anket alışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 29.07.2021 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir
Bilgilerinize arz/rica ederim.

8.2.Ek-2 Sosyodemografik Anket Formu

Tüberküloz Hastalarının Aldıkları Tedavinin ve Damgalanma ile Ayrımcılığa Maruz Kalma Düzeylerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim görevlisi Prof. Dr. Bektaş Murat Yalçın ve araştırma görevlisi Dr. Gökçe Çelik Kara tarafından yürütülmektedir. Bu anket ile Samsun Merkez Verem Savaş Dispanserine başvuran Tüberküloz Hastalarının Aldıkları Tedavinin ve Damgalanma ile Ayrımcılığa Maruz Kalma Düzeylerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırma nedeniyle elde edilecek bilgiler sadece bilimsel çalışma amacıyla kullanılacaktır ve başka kişi/kurum/kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle eşleştirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN

Dr. Gökçe ÇELİK KARA

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

1. Erkek
2. Kadın

3.Medeni durumunuz:

1. Evli
2. Bekar
3. Dul

4.Eğitim durumunuz:

1. Okur-yazar değil
2. İlköğretim mezunu
3. Lise mezunu
4. Yüksek okul-üniversite mezunu

5.Aile tipiniz:

1. Çekirdek aile
2. Geniş aile (anne, baba, çocuklar, dede, kardeşler)
3. Diğer ... (anne baba ayrı yaşıyor, yurttta kalıyor vs.)

6.Gelir düzeyiniz:

1. Asgari ücretin altında
2. Asgari ücret
3. Asgari ücretin üzerinde

7.Çalışma durumunuz:

1. Çalışıyor
2. Çalışmıyor

8.Sosyal güvenceniz:

1. Var
2. Yok

9.Tüberküloz durumunuz:

1. Yeni vaka
2. Nüks
3. Tedaviyi terkten dönen
4. Kronik

10.Tüberkülozun yeri:

1. Akciğer
2. Akciğer dışı

11.Ne kadar süredir tüberküloz hastasıınız:

1. 0-2 ay
2. 3-6 ay
3. 6-12 ay
4. 12 ay ve üzeri

12.Tüberküloz dışında ek hastalık:

13.Ailenizde sizden başka tüberküloz hastası var mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır

14.Sigara kullanıyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bıraktım : yıl günde..... dal sigara içtim.

15.Alkol kullanıyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

16.Bağımlılık yapıcı madde (eroın, kokain, extacy hap vs..) kullanıyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır

17.Her gün bir sağlık kuruluşuna yerine akıllı telefonda/WhatsApp uygulamasından ilaçlarınızı içtiğinizi gösteren düzenli video kaydı gönderiyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

18.Aşağıdaki ifadeleri size doğru gelen şekilde işaretleyiniz.

	1.Kesinlikle katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Kararsızım	4.Katılıyorum	5.Kesinlikle katılıyorum
Tüberküloz için uygulanan video gözetimli tedavi sayesinde her gün bir sağlık kuruluşuna başvurup tedavi almaya göre tedavim için daha az zaman harcadığımı düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tüberküloz için uygulanan video gözetimli tedavinin her gün bir sağlık kuruluşuna başvurup tedavi almaya göre daha ekonomik olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.Tüberküloz video gözetimli tedaviniz sırasında en sık karşılaştığınız sosyal problemi (telefon arızası, internetin olmaması vs.) yazar mısınız?

20.Tüberküloz video gözetimli tedaviniz sırasında sizi en çok memnun eden durumu yazar mısınız?

21.Şu an almakta olduğunuz video gözetimli tedaviden memnun musunuz?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiç memnun değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çok memnunuz.

22. Tüberküloz tedavi yönteminiz için ek öneriniz var mı?

8.3.Ek-3 Tüberkülozlu Hastalarda Stigma Ölçeği (THSÖ)

TÜBERKÜLOZLU HASTALARDA STİGMA ÖLÇEĞİ (THSÖ)

Aşağıda maddeler halinde 33 tane önerme belirtilmiştir. Bu önermelere kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum/katılıyorum/kesinlikle katılıyorum şeklindeki cevaplardan sadece birini işaretleyerek cevap verebilirsiniz. Size en uygun gelen kutucuğu işaretleyiniz.

SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle 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 zorunlu olmadıkça odamdan dışarı çıkmıyorum.				
12.Tüberküloz olduğumdan bu yana insanlardan fiziksel olarak uzak duruyorum.				
13. Hastanede 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.				

SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
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.				
25.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 toplumdaki 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.				

8.4.Ek-4 Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Onayı



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-26521195-604.02
Konu : Gökçe ÇELİK KARA'nın Tez Onayı

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Ondokuz Mayıs Üniversitesinin 24/06/2021 tarihli ve 61646299-E-49933177-605.01-72876 sayılı yazısı.
b) Ondokuz Mayıs Üniversitesinin 19/08/2021 tarihli ve 61646299-102345 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazılara istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak görev yapan Dr. Gökçe ÇELİK KARA'nın, Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN'ın danışmanlığında yürüteceği "**Tüberküloz Hastalarının Aldıkları Tedavinin ve Damgalanma ile Ayrımcılığa Maruz Kalma Düzeylerinin Hastalar Açısından Değerlendirilmesi**" konulu tez çalışmasını yapması Müdürlüğümüz "Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu" tarafından uygun görülmüştür.

Müdürlüğümüz ile imzalanan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

8.5. Ek-5 Orijinallik Beyanı

ORJİNALLİK RAPORU

%**9**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**9**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**2**

YAYINLAR

%**2**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**3**

2

hsgm.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

3

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

4

www.researchgate.net

İnternet Kaynağı

<%**1**

5

nek.istanbul.edu.tr:4444

İnternet Kaynağı

<%**1**

6

mardinism.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

7

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

8

jag.journalagent.com

İnternet Kaynağı

<%**1**

9

paperzz.com

İnternet Kaynağı

<%**1**