

Tüberküloz Hemşireliğinde Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisi

The Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action in Tuberculosis Nursing

Filiz HİSAR^a

^aGazi Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 05.03.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 25.08.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Filiz HİSAR
Gazi Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
fhisar@gazi.edu.tr

ÖZET Tüberküloz (TB) bilinen en eski hastalıklardan biridir. Tüberküloz geçmişte olduğu gibi günümüzde de en sık görülen ve en çok öldüren hastalıklardan biri olduğu için önemini hala korumaktadır. Bu hastalığın yayılımının kolay olmasının yanında tedavisi de uzun ve sıkıntılıdır. Hastalığın yayılımını önlemek için tedavi ve koruyucu önlemlerin yerine getirilmesi önemlidir. Bazı bireyler tedavi ve koruyucu önlemleri yerine getirirken bazılarının neden yerine getirmediğini anlamak ve olumlu sonuçlar elde etmek için modellerle çalışmalıdır. Sağlık davranışlarının tanımlanmasında kullanılan pek çok model vardır. Bu modellerin içinde tüberküloz için en çok kullanılan modellerden biri Sağlık İnanç Modeli (SİM), diğeri ise Eylem Teorisidir (ET). SİM'i, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını açıklamaya yönelik, ET'si ise, bireyin olaylar karşısında gözlenebilir davranışlarını tahmin edebilme konusu üzerindedir. Bunların temel kavramları yatkınlık, ciddiyet, yarar, engeller, harekete geçiren etmenler, niyet, kişisel normlar ve tutumdur. Model ve teoriler, kavramsal çerçeve oluşturdukları için hemşirelerin çalışmalarını kolaylaştırmasının yanısıra bakımlarında da temel bilgi ve önermeler sağlar. Sonuç olarak; Verem Savaş Dispanserlerinde ve Göğüs Hastalıkları Hastanelerinde izlenmekte olan bireyler için eğitim, danışmanlık, korunma ve tedavilerinde görev alan hemşireler SİM ve ET'den yararlanabilirler. Bu model ve teori ile bireylerin hastalıklardan korunmada ve tedavide algıladıkları fayda, hastalığın şiddeti, normatif inanışları ve algılanan engelleri belirlenerek ve bu doğrultuda eğitim, danışmanlık hizmeti verilmesi ile bireylerin sağlıklarının geliştirilmesine yardımcı olunabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; tüberküloz; halk sağlığı hemşireliği

ABSTRACT Tuberculosis (TB) is one of oldest known disease. Tuberculosis disease has protected still importance the most lethal diseases and the most common as in the past, today. So this disease being easy spread, treatment is the long and troubled. For prevent spread of disease is important to implement preventive and treatment. While some individuals carry out the treatment and prevention, to understand why some people do not and to obtain positive results nurses should work with the model. There are many models used to describe health behaviors. One of the most frequently used this models to describe tuberculosis is the Health Belief Model (HBM) and, the other one is the Theory of Reasoned Action (TRA). HBM has been to explain the protective health behaviors of individuals whereas TRA focuses on ability of predicting the behaviors which can be observed in various circumstances. Fundamental conception of these is susceptibility, severity, benefit, barriers, motivation to comply, intention, general personal norm and attitude. Models and theories for the conceptual framework created provides in care basic information or recommend such as facilitate the work of nurses. As a result: nurses can benefit from HBM and TRA for individuals being tracked War on Tuberculosis Dispensary and in Chest Diseases Hospital. With these models and theories by setting perceived benefits, severity of illness, of normative beliefs and perception barriers in treatment and protection of individuals from disease.

Key Words: Nursing; tuberculosis ; community health nursing

Tüberküloz, insanlık tarihinin mortalitesi ve morbiditesi yüksek bilinen en eski hastalıklarından olup, günümüzde de önemini hâlâ korumakta, daha çok geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.¹⁻³

TB enfeksiyonunun kontrol altına alındığı ülkelerde hastalığın görülme oranının genç nüfusta çok düşük olmakla beraber yaşlı kişilerde yüksek oranda olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde ise tüberküloz hastalığının daha çok genç yaşta görüldüğü, bununla birlikte hastalığın görülme oranının 65 yaş ve üzerinde hız kazandığı belirlenmiştir.^{1,4-6} Hastalığın genç nüfusta görülmesi tüberkülozun henüz kontrol altına alınmadığının göstergelerinden birisi olarak kabul edilmektedir.^{5,6}

Türkiye’de Verem Savaş Dispanserlerinin (VSD) kayıtlarına göre; 2006 yılında, tedavi olan hasta sayısı 20.535, tüberküloz insidansı da yüz binde 28’dir.⁵ Avrupa ülkelerinin çoğunda bu oran yüz binde 0-24 iken, Güney Afrika ülkelerinde yüz binde 100-299’in üstündedir.⁷ DSÖ’nün 2008 tüberküloz raporunda olgu bulma ve tedavi başarısı için hedef bölgeler belirtilmiştir. Bu bölgeler içinde Çin, Bulgaristan, Peru, Somali gibi ülkelerin yanı sıra Türkiye de yer almaktadır. Bölgenin hedefi ülkelerdeki TB vakalarının %70’ini bulma ve %80’ininde tedavi başarısı sağlamadır.^{5,7} Tüberkülozda ilaç duyarlılık testleri sonuçlarına bakıldığında, yeni olguların %14,4’ünde, tedavi görmüş olguların %34,8’inde en az bir ilaca direnç saptanmıştır.^{5,8} Bu rakamlar İngiltere’de %8,2, Fransa’da %9,6 ve İspanya’da %11,4 olarak belirlenmiştir.⁹ Oranlar karşılaştırıldığında, ülkemizdeki kombine ilaçlara direnç oranlarının Avrupa ülkelerinin kombine ilaçlara direnç oranlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bütün bu sonuçlar ülkemizde tüberküloz hastalığının büyüyen bir hızla arttığını ve halen baş edilemediğini göstermektedir.

TB hastalığı gelişmekte ve geri kalmış olan toplumlarda büyük bir risk ve ekonomik yük olmasına rağmen, hastaların ilaç uyumları kötü olduğu ve bununla ilgili eğitimler ihmal edildiği görülmektedir. Bu nedenle toplumda tüberküloz insi-

dansını azaltmak ve hastalığa uyumsuzlukları önlemek için hasta ve sağlıklı bireylerin sağlık davranışlarının ve sağlık inanışlarının değerlendirilmesi önemlidir.¹⁻³

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir aktivite olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlarının tanımlanmasında kullanılan modeller arasında tüberküloz için en çok kullanılan modellerden biri Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) ve Eylem Teorisidir (Theory of Reasoned Action). Sağlık İnanç Modeli, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını açıklamaya yönelik olarak geliştirilmiştir. Eylem teorisi ise, bireylerin olaylar karşısında gözlenebilir davranışlarını tahmin edebilme konusu üzerinde durmaktadır.¹⁰⁻¹⁷

Poss’un¹¹ yaptığı çalışmada; PPD testi yaptıran bireylerin inançlarının %71 oranında davranışa dönüştüğü, davranışın uygulama durumunun daha önceki niyetleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Hemşireler tüberküloz hastalarının niyetlerini tedavi veya izlemlerinden önce değerlendirilip, gerekli önlemler alabilirler.^{11,12,18-22} Hastanın belirlenen niyetleri doğrultusunda hastalığın şiddeti, algılanılan engeller, algılanılan hassasiyet ve algılanılan fayda doğrultusunda eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilebilir.²³ Yapılan çalışmada koruma tedavisi alan bireylere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile hastaların tedaviye uyumlarının ortalama olarak %25 oranında arttırdığı gözlenmiştir.¹⁸

Sonuç olarak; hemşireler, Verem Savaş Dispanserlerinde ve Göğüs Hastalıkları Hastanelerinde izlenmekte olan bireylere/hastalara Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisi doğrultusunda eğitim ve danışmanlık hizmetleri vererek; TB hastalığından korunma ve hastaların tedavi başarısını arttırmaya yardımcı olabilirler.

SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Sağlık İnanç Model 1950’li yıllarda, bir grup sosyal psikolog tarafından TB tarama programına katılmayan bireylerin katılmama nedenini anlamak için geliştirilmiştir.^{18,21,24} Bu çalışmanın sonucunda, ta-

rama programına katılımı etkileyen faktörler belirlenmiştir. Model yalnızca hastalıktan korunma davranışlarını değil, hasta davranışlarını açıklamada da kullanılmıştır.²⁴ Sağlık inanç modeli, toplum sağlığını korumaya yönelik pek çok programda kullanılmaktadır. Bu programlar; meme kanseri, osteoporoz, tüberküloz, diyabetir.^{1,12, 14-16.}

SAĞLIK DAVRANIŞINI BENİMSEMEDE ETKİLİ OLAN ETMENLER

1. Bireysel Algılar

Bireyin sağlığına zarar verecek olan durumu algılayarak sakınması gerektiğini hissetmesidir. Örneğin: Sigara kullanan bireylerde TB görülme olasılığı kullanan bireylere göre daha fazladır.²⁵ TB riski taşıyan bireylerin, bu durumu değerlendirerek sigaradan sakınması gerektiğini algılamasıdır.

2. Pozitif Beklentilere Sahip Olma

Bireyin sağlığını olumsuz etkileyecek bir durumdan kaçınarak veya koruyucu önlemler alarak hastalıktan korunabileceğine inanmasıdır. Diğer bir deyişle önerilen eylemin hastalıktan korumada başarılı olması demektir. Bunu etkileyen etmen bireysel özellikler kadar hastalıkla ilgili değişkenleri de etkilemektedir.^{26,27}

3. Eylem Olasılığı

Hastalıktan korunmak için yapılacak eylemi bilmek davranışa dönüşmesi için yeterli değildir. Önerilen faaliyetin başarılı bir şekilde uygulanabileceğine yönelik inancın olması, uygulamayı kolaylaştırmaktadır. Örneğin: TB'de koruma tedavisi alan kişinin ilaçlarını 6 ay kullanabileceğine ilişkin inancının olması.^{1,15}

SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN ALT KAVRAMLARI

1. Yatkinlik Algısı

Herhangi bir hastalığa yakalanmada bireysel riskin algılanmasıdır. Algıda rolü olan faktörler; demografik, psiko sosyal, sosyo ekonomik ve hastalıkla ilgili değişkenlerdir. Demografik değişkenler; yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken vb.dir. Örneğin: Ailesinde tüberküloz hastası görünen bireyle görünmeyen bireyin hastalığı tehdit olarak algılamaları farklılık gösterir.^{26,27}

2. Ciddiyet Algısı

Herhangi bir hastalığa yönelik bireysel tehditin algılanmasıdır. Bu algı hastalığın vereceği zararlar orantılı olarak değişmektedir. Hastalığın verebileceği zararı bilmek için ya hastalığın yakın çevresinde vuku bulması ya da hastalık hakkında bilgi sahibi olunması gerekir. Bu nedenle TB hastasının tedaviyi ciddiye alabilmesi için eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Bu hizmetler hastalıklardan korunma ve tedavi için motivasyon etkisi sağladığı gibi¹² tedavide ilaç uyumlarını da arttırmaktadır.^{20,26,27}

3. Yarar Algısı

Herhangi bir hastalıkla ilgili yapılan uygulamaların korunmada veya tedavide yararının algılanmasıdır.²⁶ Bu durum sağlık davranışının başlamasına temel oluşturacağı gibi devamı üzerinde de etkili olabilir. TB hastaları, tedavinin ikinci ayının sonunda hastalıkla ilgili şikâyetleri ortadan kalkması nedeni ile iyileştiklerini düşünerek dört ay daha devam etmeleri gereken tedaviyi yarıda bırakabilmektedirler.¹ Tedavinin yarıda kalması hastalığın tedavi edilebilir durumdan edilemez duruma gelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle yarar algısının devam etmesi için eğitim ve danışmanlık hizmeti sırasında tedavinin önemi üzerinde durulmalıdır. Yapılan bir çalışmada da algılanılan faydanın artması bireylerin sağlığını geliştirici davranışların başlatılmasında pozitif etkili olduğu belirlenmiştir.²¹

4. Engel Algısı

Herhangi bir sağlık sorununu çözmek veya sağlığı geliştirmek için bireysel veya toplumsal düzeyde çeşitli engellerin algılanmasıdır. Birey koruyucu sağlık davranışının koruyuculuğuna inandığı halde yapamıyorsa bu durum engellere bağlı olabilir. TB hastalığında sağlık davranışlarının uygulamaya konulmasını engelleyen bireysel veya dış çevreden kaynaklanan faktörler vardır. Tedavinin en büyük dış engeli ilaç miktarının fazla, yan etkilerinin çok ve 9 ay gibi uzun süre kullanılmasıdır. İç engeller ise, hastaların hastalığa ve tedaviye inanmamalarıdır.²⁸ Engel algısının azaltılabilmesi için sorunun nedeni tespit edilip, eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmelidir.^{1,18}

5. Harekete Geçiren Etmenler

Sağlık hizmetlerinde koruyucu veya tedavi edici uygulamaların uygulamaya geçmesini etkileyen faktörler vardır. Bunlar; sağlık eğitimi, medya kampanyaları, gazete ve mecmualarda yayımlanan sağlık yazıları, çevreden edinilen bilgiler, sağlık kuruluşlarından (sağlık personelinin) gelen hatırlatıcılardır. Bu etkenler hastalıkları ve risklerini gündeme getirerek koruyucu önlemlerin alınmasında pozitif etki sağlamaktadırlar. Yapılan çalışmada TB'le ilgili televizyon programından sonra bireylerin TB'den korunmak için harekete geçtikleri görülmüştür.²⁹

6. Tutum

Kişinin koruyucu sağlık davranışını yerine getirmede algıladığı güven seviyesidir.^{10,11,15} Diğer bir deyişle davranış yerine getirilirken herhangi bir riskle veya tehlikeyle karşılaşma veya karşılaşmama durumudur. Hastalıktan korunmak için yapılan uygulamalar bazı sağlık risklerini de birlikte getirebilir. Bu durum uygulamaya karşı güvenin yok olmasına neden olabilir. Örneğin: Tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinin olması gibi.

Bireylerin koruyucu davranışı yerine getirmesini etkileyen etmenler; demografik, psikososyal, hastalıkla ilgili bilgi durumu ve hastalığı önceden geçirmiş olma durumudur.

Hastalıklardan korunmayı etkileyen pek çok faktör vardır. Öncelikle bireyin hastalığı algılaması önemlidir. Eğer hastalıkla ilgili belirti varsa, önerilen davranış kabullenip davranışa dönüştürmesi daha kolay olurken, hastalık belirtisi gözlenmeyen fakat hastalığa yakalanma olasılığı yüksek olanlarda önerilen sağlık davranışlarını kabullenilmesi zor olabilmektedir. Bu tür durumlarda öncelikle hastalığa yakalanma olasılığını algılaması sağlanmalı ve hastalık hakkında bilgi verilmelidir. Hastalık hakkında bilgi; korunma ve tedavi içerikli olmalıdır. Bireylere verilecek eğitim için değişik yöntemler kullanılabilir. Bunlardan biri de toplum kampanyalarıdır. Toplum kampanyaları görsel, yazılı veya sözlü iletişim araçları ile yapılmaktadır. Toplum kampanyalarının en etkili olanlarından

olan medya, bireyleri duyarlı hale getirecek yayınlar yapabilir. Bunun sonucunda bireyler hastalığın önemini ve şiddetini kavramaya başlayabilirler.^{10,11,18,29}

EYLEM TEORİSİ

Eylem Teorisi bir davranış teorisidir, 1967 yılında Fishbein tarafından oluşturulmuş ve daha sonra Fishbein ve Ajzen tarafından geliştirilmiş olup, teori inanç, tutum, niyet ve davranışlar arasındaki ilişkiyi inceler.^{13,30} ET'ye göre davranışlar niyet sonucu oluşmaktadır. Niyetler ölçülerek, bireylerin davranışları önceden tahmin edilebilir ve koruyucu önlemler zamanında alınabilir. Niyetleri etkileyen iki faktör vardır. Bunlar; kişilerin kişisel normları ve tutumlarıdır. Tutumlar, bireyin kendi duygu ve düşüncelerini çevresindeki kişilere ifade etme biçimi iken, kişisel normlar kişinin sosyal kuralları algılamasıdır.^{12,30}

Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisinin ortak yönleri bulunmaktadır. Her ikisi de davranış teorisi, inanç ve tahmin edilebilen davranışlar üzerinde durmaktadır.^{1,11} Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisi, sağlıkla ilgili birçok çalışmada kullanılmıştır. Bir çalışmada, HIV'in yaygın olduğu bölgede yaşayan erkeklerin kondom kullanımı model doğrultusunda değerlendirilmiş, inanç ve kondom kullanımı arasında pozitif ilişki bulunmuştur.³¹ Hisar ve Kubilay tarafından yapılan çalışmada tüberküloz hastalarının sağlığının geliştirilmesinde SİM ve ET'i uygulamış, modeller doğrultusunda verilen eğitim ve danışmanlık hizmeti ile hastalarının tedaviye uyumları arttığı gözlenmiştir. Diğer bir çalışmada ise yazar sigara bırakmak isteyen kadınların istekleri ile uygulamaları arasındaki ilişkiye bakmış ve katılımcıların sigara bırakma isteği ile sigaranın vücuda vereceği zarar arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.³²

EYLEM TEORİSİNİN ALT KAVRAMLARI

1. Tutum

Kişilerin davranış biçimi olup karmaşık sorunlar karşısında tepki ya da görüşleri oluşturan öge ve yaşam boyunca öğrenilen değerlerden oluşmaktadır.

Değerler bireyin deneyimleri, kuralları ve çevresinin kurallarının bütünüdür. Bunlar olumlu olabileceği gibi olumsuz davranışlarda olabilir.^{12,30} Örneğin: Akciğer tüberkülozlu hastanın çevre faktörlerinin etkisi altında kalarak köpek akciğerini yemesinin hastalığına faydalı olabileceğini zaman zaman ifade etmesi gibi.¹

2. Niyet

Bir kimseyi, bir amaca ulaşmaya iten düşünce ve tasarılar olup, kişisel normlar ve tutumların etkisi ile oluşmaktadır. Demografik değişiklikler ve kişisel özellikler niyeti etkilemektedir. Örneğin genç yaştaki birey ile ileri yaştaki bireylerin hastalık algıları farklı olabilmektedir. Yaş ile orantılı olarak hastalıklardan korunma davranışı artabilmektedir.

3. Kişisel Normlar

Bir kişinin kendisi için ilke edindiği ve eylemlerini yönlendiren kuralların tümüdür. Bireylerin kuralları çevresindeki kişilerden ve olaylardan etkilenebilir. Tüberküloz hastalarının kullandığı geleneksel uygulamaların aynı bölgede yaşayan kişilerle benzerlik taşıması örnek olarak gösterilebilir.^{1,12,31,32}

TB HASTALIĞINDA BİREYLERİN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Model, kavramlar arasında ilişkilerin gösterilmesi olarak tanımlanırken hemşirelik modelleri, hemşirelerin insan, çevre, sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl tanımladığını göstermektedir.^{10,33,34}

Hemşirelik girişimlerinde modelleri kullanmanın birçok yararı vardır. Bunlar; bakımı planlama, uygulama ve sonuçlarını değerlendirmede destekleyici yaklaşımlar sağlar, hemşirelik aktivitelerinin organizasyonu için yol gösterir, uygulamalar için kavramsal bir çerçeve oluşturur, temel

bilgi ya da öneriler sağlar, toplanacak verilerin tipini, tanıların nasıl konulacağını, hangi girişimlerin seçileceğini ve sonuçların nasıl değerlendirileceğini gösterir ve hemşireler arasında bilgi paylaşımını ve iletişimi artırır.^{1,16,33,34}

Literatürde hemşirelerin, TB hastalarının sağlıklarını geliştirmek için Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisi ile çalışmaları önerilmektedir.^{1,12,18,30} Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisi ile bireylerin algıladıkları fayda, şiddet, normatif inanışları ve engeller belirlenmelidir. Belirlenen sorunlar doğrultusunda eğitim, danışmanlık hizmeti verilerek bireylerin sağlıklarının geliştirilmesine yardımcı olunabilmektedir.^{16,35}

TB hastalığında sağlığın geliştirilmesi için hemşireler aşağıda belirtilen hususlarda rol almaktadır:

- Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisi yaklaşımını kullanarak bireyin tedaviden algıladığı faydaları, engelleri ve hastalığın şiddetini belirleyerek çözüm yolları aranması.^{16,17}

- Bireylerin yaşadığı sıkıntılarda danışmanlık yapılarak sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, ailesinin eğitim programına alınması ve eğitimi pekiştirmek için araç gereç kullanılması.³⁴

- İzleme ve tedaviye ara verme durumunda yaşanılacak sıkıntılar konusunda bilgilendirilmesi, düzenli kontrollerinin sağlanmasının önemini anlatılması.³⁶

- Bireye ev ziyareti yaparak hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi, motive edecek ve cesaretlendirecek iletişimin kurulmasıdır.^{1,2,10,35}

Sonuç olarak tüberküloz hastalığından korunma, izlem ve tedaviye uyumda yaşanan problemler gün geçtikçe artmaktadır. Bireylerin korunma, tedavi ve izlemdeki uyumunu artırabilmek için, hemşireler tarafından SİM ve ET doğrultusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hisar F, Kubilay G. [The implementation of the theory of reasoned action and health belief model in the promotion of the health of tuberculosis patients]. *Journal of Hacettepe University School of Nursing* 2007; 14(1):1-14.
2. Johansson E, Diwan VK, Huong ND, Ahlberg BM. Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: an exploratory study in a district in Vietnam. *Tuber Lung Dis* 1996;77(2):178-83.
3. Poss JE. Developing an instrument to study the tuberculosis screening behaviors of Mexican migrant farmworkers. *J Transcult Nurs* 1999;10(4):306-19.
4. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Faaliyetleri. Türkiye'de Verem Savaş 2007 Raporu. [(Ministry of Health Tuberculosis Control Activities Tuberculosis war 2007 report In Turkey]. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı Ankara; 2007. p.5-9.
5. Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa TB Sürveyansı Raporlarında Türkiye verileri. Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Verem Savaşı 2008 Raporu (Turkey data in the European TB Surveillance and World Health Organization, Ministry of Health, Tuberculosis war 2008 report In Turkey)T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı Ankara 2008,p.7-18.
6. Özkar Ş, Aktaş Z, Özkan S, Ecevit H. Türkiye'deki Durum. Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı. [Situation in Turkey, References Book for the Control of Tuberculosis in Turkey]. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı, 2003, p.7-10-32, 99-111.
7. World Health Organization. Progress towards impact targets included in the Millennium Development Goals. *Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing, WHO Report 2008*. Geneva: World Health Organization; 2008. p.33-4.
8. Kısa O, Albay A, Baylan O, Balkan A, Doganci L. Drug resistance in Mycobacterium tuberculosis: a retrospective study from a 2000-Bed teaching hospital in Ankara, Turkey. *Int J Antimicrob Agents* 2003;22(4): 456-7.
9. Kartaloğlu Z, Bozkanat E, Öztürkeri H, Okutan O, İlvan A. [365 tuberculosis case with primer anti-tuberculosis drug resistance using BACTEC method]. *Solunum* 2002;4(4) 443-8.
10. Heiss GL. Health promotion and risk reduction in the community. In: Maurer FA, Smith CM, eds. *Community/Public Health Nursing Practice*. 3rd ed. St Louis: Elsevier Saunders; 2005. p.419-21.
11. Poss JE. Factors associated with participation by Mexican migrant farmworkers in a tuberculosis screening program. *Nurs Res* 2000;49(1):20-8.
12. Poss JE. Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *ANS Adv Nurs Sci* 2001; 23(4):1-15.
13. Claudia MS. Origins and future of community health nursing. In: Smith CM, Maurer FA, eds. *Community Health Nursing Theory and Practice*. 2nd ed. New York: WB Saunders; 2000. p.452-7.
14. Gökdoğan F, Akıncı F. [Practices and perceptions about their health and diseases of patients with diabetes mellitus in Bolu]. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing* 2001;5(1)11-7.
15. Walden LS, Heiss G. Health promotion and risk reduction in the community. In: Smith CM, Maurer FA, eds. *Community Health Nursing Theory and Practice*. 2nd ed. New York: WB Saunders; 2000. p.452-3.
16. Avcı IA, Kurt H. Health beliefs and mammography rates of Turkish women living in rural areas. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(2): 170-5.
17. Karayurt O, Dramali A. Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nurs* 2007;30(1):69-77.
18. Gibson N, Cave A, Doering D, Ortiz L, Harms P. Socio-cultural factors influencing prevention and treatment of tuberculosis in immigrant and Aboriginal communities in Canada. *Soc Sci Med* 2005;61(5):931-42.
19. Ailinger RL, Lasus H, Dear M. Americans' knowledge and perceived risk of tuberculosis. *Public Health Nurs* 2003;20(3):211-5.
20. Chang LC, Hung LL, Chou YW, Ling LM. Applying the health belief model to analyze intention to participate in preventive pulmonary tuberculosis chest X-ray examinations among indigenous nursing students. *J Nurs Res* 2007;15(1):78-87.
21. Rodríguez-Reimann DI, Nicassio P, Reimann JO, Gallegos PI, Olmedo EL. Acculturation and health beliefs of Mexican Americans regarding tuberculosis prevention. *J Immigr Health* 2004;6(2):51-62.
22. CDC. Controlling Tuberculosis in the United States: Recommendations from the American Thoracic Society, CDC and the Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recommendations and Reports*. November 4, 2005 / 54(RR12);1-81.
23. Cabrera DM, Morisky DE, Chin S. Development of a tuberculosis education booklet for Latino immigrant patients. *Patient Educ Couns* 2002;46(2):117-24.
24. Onega LC, Jensen AA. Community health education. Theories, models and principles. In: Stanhope M, Lancaster J, eds. *Community & Public Health Nursing*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2004. p.295-315.
25. Karlıkaya C. [Smoking and respiratory tract infections]. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(46):57-62.
26. Çenesiz E, Atak N. [The evaluation of the researches in health belief model in Turkey]. *TAF Prev Med Bull* 2007;6(6)427-35.
27. Nahcivan ÖN, Seçginli S. [Attitudes and behaviors toward breast cancer early detection: using the health belief model as a guide]. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing* 2003;7(1)33-9.
28. Moro ML, Resi D, Lelli B, Nicoli A, Gagliotti C, Falcone F. Barriers to effective tuberculosis control: a qualitative study. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9(12):1355-60.
29. Braun KL, Conybeare CR. HealthScope: a model for a low cost health education program using commercial television. *Public Health Rep* 1995;110(4):483-91.
30. Liou SR. Nurses' intention to leave: critically analyse the theory of reasoned action and organizational commitment model. *J Nurs Manag* 2009;17(1):92-9.
31. VanLandingham MJ, Suprasert S, Grandjean N, Sittitrai W. Two views of risky sexual practices among northern Thai males: the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. *J Health Soc Behav* 1995; 36(2):195-212.
32. Manfredi C, Lacey LP, Warnecke R, Petraitis J. Sociopsychological correlates of motivation to quit smoking among low-SES African American women. *Health Educ Behav* 1998; 25(3):304-18.

33. Fawcett J. Analsis and Eveluation of Conceptual Models of Nursing. Contemporary Nursing Knowledge Analsis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005. p.117-367.
34. Piper SM, Brown PA. Psychology as a theoretical foundation for health education in nursing: empowerment or social control? Nurse Educ Today 1998;18(8):637-41.
35. Patient and Professional Education. WHO/CDC. Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programs. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2004. p.2-11.
36. Kaya H. [Patient education in health services and responsibilities of nurse]. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci 2009;1(1):19-23.