

## Aktif ve inaktif tüberküloz olgularında yaşam kalitesi ve durumluk sürekli kaygı düzeyleri ile ilişkisi

Demet ÜNALAN,<sup>1</sup> Mustafa BAŞTÜRK,<sup>2</sup> Ferhan SOYUER,<sup>1</sup>  
Osman CEYHAN,<sup>3</sup> Ahmet ÖZTÜRK<sup>4</sup>

### ÖZET

**Giriş ve amaç:** Tüberküloz genel sağlık algısı, bedensel duyu, psikolojik sağlık, ruhsal huzur, fiziksel, sosyal ve rol işlevsellik gibi yaşam kalitesinin bütün alanlarını etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, aktif ve inaktif tüberküloz olgularının yaşam kalitesi düzeyini belirlemek, yaşam kalitesi ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. **Yöntem ve Gereç:** Bu araştırmanın kapsamını, bir yıllık sürede, Kayseri Verem Savaş Dispanseri'ne başvuran 196 aktif ve 108 inaktif olgu ile 196 sağlıklı kontrol grubu oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen bir anket formu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri kullanılmıştır. **Bulgular:** Yaşam kalitesinin bütün boyutlarında kontrol grubunun puanlarının hasta gruplarınınkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farklılık SF-36 sağlık statüsünün ağrı dışındaki bütün boyutlarında anlamlıdır ( $p<0.05$ ). İnaktif olgularda, fiziksel ve sosyal işlevsellik puanları aktif olgulara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Aktif olgularda ve kontrol grubunda SF-36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında, inaktif olgularda ise sosyal işlevsellik dışındaki bütün boyutlarında erkeklerin ortalama puanları kadınların puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Durumluk sürekli kaygı puanları yönünden hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Aktif olgularda kadınlarda, inaktif olgularda kırsal kesimde yaşayanlarda durumluk kaygı puanları; aktif olgularda boşanmış veya dul olanlarda sürekli kaygı puanları yüksek bulunmuştur. Aktif olgularda sürekli kaygı puanı ile yaşam kalitesinin emosyonel rol sınırlamaları hariç bütün boyutlarında; inaktif olgularda ise genel sağlık algısı, enerji/canlılık, emosyonel rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. **Sonuç:** Aktif olgularda olduğu gibi, inaktif olguların da yaşam kalitesinin bozulduğu, aktif olgularda sürekli kaygı puanı ile yaşam kalitesinin emosyonel rol sınırlamaları hariç bütün boyutlarında; inaktif olgularda ise genel sağlık algısı, enerji/canlılık, emosyonel rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:22-30)

**Anahtar sözcükler:** Yaşam kalitesi, tüberküloz, durumluk-sürekli kaygı düzeyi

## Quality of life in active and inactive cases with tuberculosis and its relationship to the levels of state-trait anxiety

### ABSTRACT

**Objective:** Tuberculosis affects all the predicted fields of quality of life like general health perception, bodily sense, psychological health, mental wellbeing and functionality of physical and social roles. The aim of this study is to evaluate quality of life (QOL) in outpatients with active and inactive tuberculosis and to search relations

<sup>1</sup> Yrd.Doç.Dr., Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, KAYSERİ

<sup>2</sup> Prof.Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KAYSERİ

<sup>3</sup> Prof.Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, KAYSERİ

<sup>4</sup> Öğr.Gör.Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, KAYSERİ

**Yazışma adresi:** Yrd.Doç.Dr. Demet ÜNALAN, Erciyes Ün. Halil Bayraktar Sağlık Hiz. MYO, 38039 KAYSERİ

E-posta: dunalan@erciyes.edu.tr

between QOL and state-trait anxiety level. **Methods:** A hundred ninety six active, 108 inactive cases applying to dispensary for tuberculosis within a year and 196 healthy control group formed the extent of the study. In this study, questionnaire forms, SF-36 QOL scale and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was used. **Results:** It was determined that in all fields of QOL, scores of control group were higher than patient groups'. This height is significant in all dimensions of SF-36 health status except for pain ( $p<0.05$ ). QOL scores in physical and social functionality dimensions of inactive cases were higher than active cases ( $p<0.001$ ). It was determined that average scores for males were higher than those for females in active cases and in all dimensions of SF-36 health status in the individuals forming the control group and in all dimensions of inactive cases except for social functionality. A significant difference was not found between the patients and the control groups from the scores of state-trait anxiety. The score of state-trait anxiety were found to be high in active female cases who are divorced or widows, in active female cases and inactive cases who live in rural areas. It was determined that there was a significant positive relationship between the score of state-trait anxiety and all dimensions of quality of life except for its limitations of emotional roles, but in inactive cases, between general health perception, vitality/energy, limitations of emotional role and the field of mental health. **Conclusions:** As in active cases, it was determined that quality of life of inactive cases was harmed, and in active cases there was a positive significant relationship between state-trait anxiety and all dimensions of quality of life except for limitations of emotional role, but in inactive cases between general health perception, vitality/energy, limitations of emotional role and the dimensions of mental health. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9:22-30)

**Key words:** quality of life, tuberculosis, state-trait anxiety level

## GİRİŞ VE AMAÇ

Hastalık, hasta için fiziksel boyutun ötesinde ruhsal, sosyal, çevresel, psikoseksüel boyutları da kapsayan bir durumdur. Fiziksel hastalıklar, hastalığın ne olduğuna, kişinin kim olduğuna, çevresinin özelliklerine göre değişik ve çoğul psikiyatrik tepkiler oluşturur.<sup>1</sup>

Fiziksel hastalık kişinin homeostazisini bozar, emosyonel tepkiye neden olur. Her fiziksel hastalık bir krizdir. Basit sıkıntıdan, kayıp-yaş tepkisine, narsisistik bütünlüğün tehdit edildiği duygulanıma kadar değişen tepkiler uyandırır. Ayrıca endişe, ölüm korkusu, bağımsızlığını kaybedeceği korkusu, beden, organ ve bölümlerinin zedeleneceği kaygısı, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi değişik tepkiler hastanın duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel-duygusal özerkliğini, beden imgesini ve sosyal yaşamını etkiler. Hastalığa, hastanın kişilik yapısına ve psikososyal ortama göre değişmekle birlikte, hastalığa karşı gelişen emosyonel tepkilerin en yaygınlarından biri de kaygı ve depresyondur.<sup>2</sup>

Fiziksel hastalığı olanlarda ruhsal bozukluklar sağlıklılara göre daha sık görülmektedir. Kronik fiziksel hastalığı olanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı %42 olup bunların çoğunu madde kötüye kullanımı, duygu durumu ve anksiyete bozuklukları oluşturmaktadır.<sup>3</sup>

Tüberküloz genel sağlık algılarını, bedensel duyuyu, ruh sağlığını, ruhsal huzuru ve fiziksel, sosyal ve rol işlevselliği dahil olmak üzere yaşam kalitesinin bütün alanlarını etkilemektedir. Ayrıca sosyal açıdan damgalanma, yalnızlık

duygusu, ilaç yan etkileri, uzun süreli tedavi, cinsel işlev bozukluğu, gelir kaybı ve korku tüberküloza bağlı özel sorun alanlarıdır. Uluslararası çalışmalar tüberküloz hastalarının aile üyelerinden, arkadaşlarından ve tanıdıklarından uzaklaşmayı ve damgalanma duygusu yaşadıklarını göstermektedir. Hastalar gelecek hakkında belirsizlik ve kısıtlılıklar nedeniyle, yalnızlık-terkedilmişlik duygusu ya da depresyon-kayıp yaşadıklarını belirtmektedir.<sup>4</sup>

Bu çalışmanın amacı, aktif ve inaktif tüberküloz olgularının yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek, yaşam kalitesi ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın kapsamını, 15 Eylül 2003-2004 tarihleri arasında Kayseri Verem Savaş Dispanseri'ne başvuran aktif ve inaktif olgu grupları ile sağlıklı kontrol grubu oluşturmuştur. Belirlenen sürede dispansere kayıtlı 256 aktif olgudan 196'sı (%76.6) araştırmaya alınmıştır. Olgulardan 22'si (%8.6) 16 yaşından küçük olma, 15'i (%5.9) ağır hasta, zeka geriliği, bunama, işitme sorunu gibi dil dışı iletişim güçlüğü, 8'i (%3.1) başka bir dispansere nakledilme, 8'i (%3.1) ölüm, 3'ü (%1.2) dil sorunu, 2'si (%0.8) reddetme, 1'i (%0.4) akibeti meçhul, 1'i (%0.4) yurt dışına çıkma gibi nedenlerle toplam 60'ı araştırmaya alınamamıştır. Ayrıca belirlenen sürede dispansere kontrol amaçlı başvuran inaktif olgulara da aynı dışlama ölçütlerinin uygulanması sonucunda 108 inaktif olgu çalışmaya alınmıştır.

Araştırmada, bilinen bir hastalığı olmayan, yaş grubu, cinsiyet, gelir durumu ve eğitim açısından aktif gruba benzer 196 sağlıklı birey kontrol grubu olarak seçilmiştir.

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen ve hastanın kişisel bilgilerini, günlük yaşam etkinliklerini ve hastalığa ilişkin bilgileri almak amacıyla oluşturulan bir anket formu ile Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği Pınar<sup>5</sup> tarafından yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öner<sup>6</sup> tarafından yapılan Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Anket formu, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

**SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği:** SF-36, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir.<sup>7</sup> Çalışmamızda SF-36'nın güvenilirliği Cronbach alfanın kullanıldığı içsel tutarlılık yöntemi ile test edilmiş olup Cronbach  $\alpha$  değerleri, hasta grubunda yaşam kalitesinin bütün boyutlarında 0.72-0.92, kontrol grubunda ise 0.64-0.82 olarak bulunmuştur. Wang ve ark.<sup>8</sup> Çin'de yaptıkları çalışmada, SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin akciğer tüberkülozu olan hastaların yaşam kalitesini ölçmek için de uygun bir ölçek olduğunu belirtmektedir. SF-36, sekiz sağlık kavramını değerlendiren çok maddeli bir ölçüm aracıdır. Bunlar fiziksel işlevsellik (PF), fiziksel rol sınırlamaları (RP), duygusal rol sınırlamaları (RE), sosyal işlevsellik (SF), ağrı (BP), ruh sağlığı (MH) ve enerji/canlılık (VT), genel sağlık algısıdır (GH). Ayrıca, ölçekte geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklikleri değerlendiren bir madde daha vardır. Kolay kullanılabilir ve hastalarca kabul edilebilir bir ölçüm aracı olan SF-36, 14 yaş ve üzerindeki bireylerin kendi kendilerine veya eğitilmiş anketörlerin bireylere yüz yüze veya telefon aracılığıyla uygulayabilecekleri şekilde geliştirilmiştir.<sup>5,7,9-11</sup>

**Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory-STAI):** 1975 yılında Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek yirmişer maddelik durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinden oluşmaktadır.<sup>12</sup> Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20-80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir. Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel korkudur. Sürekli kaygı ise, bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır.<sup>6</sup>

Araştırmada, niteliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenleri karşılaştırmak amacıyla değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu test edilerek parametrik ve parametrik olmayan analizler yapılmıştır. Cinsiyete göre ölçek puanları yönünden ortalamaların karşılaştırılmasında Student-t ve/veya Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup arasında ölçek puanlarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi ve/veya Kruskal Wallis testi uygulanmış, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi için çoklu karşılaştırma testlerinden (post hoc) Tukey ve/veya Dunn's testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Çalışmanın verileri SPSS-11.5 programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışma kapsamını, 180'i (%90) yeni tüberküloz, 16'sı (%8.0) relaps ve 4'ü (%2.0) tedavi terkten dönen olgular olmak üzere toplam 200 aktif olgu, 110 inaktif olgu ve 200 sağlıklı kontrol grubu oluşturmuştur. Aktif olguların %57.5'i, inaktif olguların %66.4'ü erkekti.

Aktif olguların ortalama yaşı  $40.15 \pm 16.70$ , kontrol grubunun ise  $37.59 \pm 12.37$  yıl olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t=1.74$ ,  $p=0.08$ ). Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik verileri Tablo 1'de sunulmuştur.

Yaşam kalitesinin bütün alanlarında kontrol grubunun puanlarının hasta gruplarınınkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu yükseklik ağrı dışındaki boyutlarda anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). İnaktif olgular, fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarında aktif olgulara göre daha yüksek puan almışlardır ( $p < 0.001$ ) (Tablo 2).

Aktif olgularda fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutlarında; inaktif olgularda fiziksel işlevsellik, ağrı ve duygusal rol sınırlamaları boyutlarında; kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutlarında erkeklerin puanları kadınlarınkinden anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Aktif olguların durumluk kaygı ortalama puanı

**Tablo 1.** Demografik-sosyokültürel özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Aktif olgular		İnaktif olgular		Kontrol grubu	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Kadın	85	42.5	37	33.6	92	46.0
Erkek	115	57.5	73	66.4	108	54.0
Ortalama yaş (Aralık)	40.15±16.70 (15-71)		41.00±15.03 (15-73)		37.59±12.37 (15-70)	
Medeni durum						
Bekar	47	23.5	23	20.9	45	22.5
Evlü	138	69.0	82	74.5	145	72.5
Dul + boşanmış	15	7.5	5	4.5	10	5.0
Eğitim durumu						
Okuryazar değil	32	16.0	14	12.7	17	8.5
Okuryazar	6	3.0	7	6.4	5	2.5
İlkokul	90	45.0	59	53.6	91	45.5
Ortaokul	23	11.5	9	8.2	33	16.5
Lise	38	19.0	16	14.6	42	21.0
Yüksekokul	11	5.5	5	4.5	12	6.0
İş durumu						
İşçi	10	5.0	7	6.4	42	21.0
Serbest meslek	46	23.0	31	28.2	48	24.0
Memur	8	4.0	7	6.4	18	9.0
Ev kadını	72	36.0	30	27.3	62	31.0
Çalışmıyor	23	11.5	20	18.2	5	2.5
Emekli	24	12.0	12	10.9	19	9.5
Diğer	17	8.5	3	2.7	6	3.0
Aylık gelir ortancası (Aralık)	350 YTL (100 YTL-2000 YTL)		300 YTL (100 YTL-2000 YTL)		400 YTL (100 YTL-2000 YTL)	
Sağlık güvencesi						
Var	173	86.5	93	84.5	151	75.5
Yok	27	13.5	17	15.5	49	24.5
Aile yapısı						
Geleneksel	48	24.0	28	25.5	51	25.5
Çekirdek	126	63.0	69	62.7	130	65.0
Parçalanmış	26	13.0	13	11.8	19	9.5
Yerleşim yeri						
İl	135	67.5	77	70.0	142	71.0
İlçe	35	17.5	13	11.8	38	19.0
Köy	30	15.0	20	18.2	20	10.0

49.50±4.14, inaktif olguların 50.16±3.65; kontrol grubunun ise 49.70±3.47 olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildi (F=1.08, p=0.340).

Aktif tüberkülozu olan kadın hastaların durumluk kaygı ortalama puanı (50.45±3.65), erkek hastalarinkine (48.81±4.35) olup gruplar arasında-

ki fark anlamlıydı (t=2.81, p=0.005). İnaktif olgularda ve kontrol grubunda da aktif olgularla benzer şekilde kadınların durumluk kaygı puanları yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildi (p>0.05).

İnaktif olgular ve kontrol grubundan farklı ola-

## 26 Aktif ve inaktif tüberküloz olgularında yaşam kalitesi ve durumluk sürekli kaygı düzeyleri...

**Tablo 2.** Hasta ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi puanları

SF-36 Sağlık Statüsü Boyutları		Aktif olgular (n=200)	İnaktif olgular (n=100)	Kontrol grubu (n=200)	$\chi^2$	p
Fiziksel işlevsellik	Ort.±SD	66.70±26.52 <sup>a</sup>	75.37±23.52 <sup>b</sup>	86.40±12.90	63.32	<0.001
	Ortanca (min-max)	75.0 (0-100)	82.5 (0-100)	90.0 (35-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	Ort.±SD	33.93±40.07 <sup>a</sup>	42.59±41.62 <sup>a</sup>	65.05±37.00 <sup>b</sup>	56.48	<0.001
	Ortanca (min-max)	25.0 (0-100)	25.0 (0-100)	75.0 (0-100)		
Ağrı	Ort.±SD	58.74±31.52	57.84±31.42	64.09±24.60	4.27	0.218
	Ortanca (min-max)	61.0 (0-100)	61.0 (0-100)	62.0 (0-100)		
Genel sağlık algısı	Ort.±SD	50.45±23.32 <sup>a</sup>	47.85±26.21 <sup>a</sup>	62.22±19.39 <sup>b</sup>	33.26	<0.001
	Ortanca (min-max)	52.0 (0-100)	47.0 (0-97)	63.5 (10-97)		
Enerji/sağlık	Ort.±SD	45.03±25.13 <sup>a</sup>	44.07±25.47 <sup>a</sup>	54.36±21.01 <sup>b</sup>	19.31	<0.001
	Ortanca (min-max)	45.0 (0-100)	45.0 (0-100)	55.0 (0-100)		
Sosyal işlevsellik	Ort.±SD	60.43±28.68 <sup>a</sup>	67.36±29.34 <sup>b</sup>	72.64±23.48 <sup>b</sup>	19.08	<0.001
	Ortanca (min-max)	62.5 (0-100)	75.0 (0-100)	75.0 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	Ort.±SD	40.65±39.91 <sup>a</sup>	42.21±40.06 <sup>a</sup>	53.74±42.06 <sup>b</sup>	10.02	0.007
	Ortanca (min-max)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)	66.7 (0-100)		
Ruh sağlığı	Ort.±SD	55.65±21.17 <sup>a</sup>	53.11±22.33 <sup>ab</sup>	58.94±19.53 <sup>ac</sup>	6.14	0.046
	Ortanca (min-max)	56.0 (0-96)	52.0 (8-100)	60.0 (0-100)		

Benzer harfler grupların birbirine benzer olduğunu, farklı harfler ise grupların farklılığını göstermektedir.

**Tablo 3.** SF-36 sağlık statüsü boyutları ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ile demografik-sosyokültürel özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler arasındaki ilişki

Özellikler	PF r	RP r	BP r	GH r	VT r	SF r	RE r	MH r	Dur. kaygı r	Sür. kaygı r
Aktif olgular (n=196)										
Yaş (196)	-.405 <sup>a</sup>	-.254 <sup>a</sup>	-.102	-.321 <sup>a</sup>	-.286 <sup>a</sup>	-.248 <sup>a</sup>	-.029	-.161 <sup>c</sup>	.165 <sup>b</sup>	-.118
Gelir (181)	.120	.084	.111	.092	.067	.096	.197		-.117	.009
Uyku/gün (196)	.148 <sup>c</sup>	.097	.180 <sup>c</sup>	.135	.171 <sup>c</sup>	.169 <sup>c</sup>	.082	.105	-.208 <sup>b</sup>	.192 <sup>c</sup>
İnaktif olgular (n=108)										
Yaş (108)	-.445 <sup>a</sup>	-.340 <sup>a</sup>	-.183	-.217 <sup>c</sup>	-.243 <sup>c</sup>	-.204 <sup>c</sup>	-.063	-.159	.014	-.042
Gelir (97)	.195	.138	.132	.115	.242 <sup>c</sup>	.036	.038	.064	.042	.046
Uyku/gün (108)	.194 <sup>c</sup>	.143	.146	.220 <sup>c</sup>	.216 <sup>c</sup>	.243 <sup>c</sup>	.046	.283 <sup>b</sup>	-.073	.057
Kontrol grubu (n=196)										
Yaş (196)	-.416 <sup>a</sup>	-.131	-.134	-.120	-.104	.075	-.035	-.063	.084	.156 <sup>a</sup>
Gelir (181)	.089	.147 <sup>c</sup>	.043	.093	.090	.154 <sup>c</sup>	.066	.046	-.038	-.013
Uyku/gün (196)	.021	.125	.011	.043	.129 <sup>c</sup>	.068	.076	.143 <sup>c</sup>	.098	.016

<sup>a</sup>: p<0.001, <sup>b</sup>: p<0.01, <sup>c</sup>: p<0.05,

rak yalnız yaşayan aktif olguların durumluk kaygı puanı, ailesiyle yaşayan hastalarinkinden yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (p>0.05).

Okuryazar olmayan ve yüksek okul mezunu olan aktif olguların ve kontrol grubunun durumluk

kaygı puanı yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (p>0.05).

Aktif ve inaktif olgularda bekarların, kontrol grubunda boşanmış veya dul olanların durumluk kaygı puanı düşük olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (p>0.05).

Aktif ve inaktif olgularda emekli ve ev kadınlarının, kontrol grubunda ise memur ve ev kadınlarının durumluk kaygı puanı yüksek bulunmuş, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Aktif olgularda il, ilçe ve köyde yaşayanların durumluk kaygı ortalama puanı birbirine yakın; kontrol grubunda köyde yaşayanlarda yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $p>0.05$ ). İnaktif olguların yerleşim yerine göre durumluk kaygı ortalama puanı arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4.48$ ,  $p=0.014$ ).

Aktif olguların sürekli kaygı ortalama puanı  $47.68\pm 4.17$ , inaktif olguların  $47.38\pm 3.36$ , kontrol grubunun ise  $48.35\pm 3.27$  olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $F=2.83$ ,  $p=0.060$ ).

Aktif tüberkülozu olan kadın hastaların sürekli kaygı ortalama puanı ( $47.38\pm 4.14$ ), erkek hastalarinkine ( $47.90\pm 4.19$ ) olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $t=-0.88$ ,  $p=0.377$ ). İnaktif olgularda ve kontrol grubunda da gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $p>0.05$ ).

Kontrol grubundan farklı olarak yalnız yaşayan aktif ve inaktif olguların sürekli kaygı ortalama puanı ailesiyle yaşayan hastalarinkinden daha yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Hasta gruplarında eğitim düzeyi yükseldikçe sürekli kaygı puanı artmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $p>0.05$ ).

Boşanmış veya dul olan aktif olguların sürekli kaygı puanı anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $F=4.38$ ,  $p=0.014$ ).

Aktif olgularda memurların, inaktif olgularda serbest meslek sahiplerinin, kontrol grubunda ise emeklilerin sürekli kaygı ortalama puanı yüksek olup gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $p>0.05$ ).

Hasta gruplarında il, ilçe ve köyde yaşayanların sürekli kaygı puanı birbirine yakın; kontrol grubunda ise köyde yaşayanlarda yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $p>0.05$ ).

Aktif olgularda ve kontrol grubunda parçalanmış aile yapısına sahip olanların sürekli kaygı puanı düşük olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $p>0.05$ ).

Aktif olgularda hastanın yaşı arttıkça, yaşam kalitesinin fiziksel rol sınırlamaları ve ağrı dışındaki bütün alanlarında, inaktif olgularda fiziksel işlevsellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık

algısı, enerji/canlılık, sosyal işlevsellik; kontrol grubunda ise, fiziksel işlevsellik sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Aktif olgularda hastanın yaşı ile durumluk kaygı puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon, sürekli kaygı puanı arasında ise negatif yönde korelasyon saptanmıştır (Tablo 3).

Çalışmamızda aylık gelir arttıkça, aktif olgularda ruh sağlığı, inaktif olgularda fiziksel işlevsellik, enerji/canlılık; kontrol grubunda ise fiziksel rol sınırlamaları sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 3).

Günlük uyku süresi arttıkça, aktif olgularda fiziksel işlevsellik, ağrı, enerji/canlılık, sosyal işlevsellik; inaktif olgularda fiziksel işlevsellik, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal işlevsellik, ruh sağlığı; kontrol grubunda ise enerji/canlılık ve ruh sağlığı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Aktif olgularda uyku süresi/gün ile durumluk kaygı puanı arasında negatif yönde, sürekli kaygı puanı ile pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (Tablo 3).

Aktif, inaktif ve kontrol grubunda durumluk kaygı düzeyi puanı ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Aktif olgularda sürekli kaygı düzeyi ile yaşam kalitesinin emosyonel rol sınırlamaları hariç bütün boyutları arasında; inaktif olgularda genel sağlık algısı, enerji/canlılık, emosyonel rol sınırlamaları ve mental sağlık boyutlarında; kontrol grubunda ise enerji/canlılık ve mental sağlık boyutları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda, aktif ve inaktif tüberküloz olgularının yaşam kalitesinin kontrol grubununkinden düşük bulunmuştur. Wang ve ark.<sup>8</sup> aktif pulmoner tüberkülozda, Marra ve ark.<sup>13</sup> odak grup görüşmeleri, Dion ve ark.<sup>14</sup> ise aktif tüberkülozla ilgili çalışmalarında tüberküloz hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini bildirmektedir. Aktif olgulardaki çalışma sonuçlarımız literatürle uyumludur. Çalışmamızda inaktif tüberküloz olgularında da, aktif tüberkülozlulara benzer şekilde yaşam kalitesinin düştüğü, ancak inaktif olgularda, fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarındaki yaşam kalitesi puanlarının aktif olgulara göre daha yüksek

olduğu gösterilmiş olup, literatürde inaktif olgularla ilgili yaşam kalitesi çalışmasına rastlanmamıştır. Öksürük, iştah kaybı, yorgunluk, kilo kaybı, ateş ve gece terlemesi gibi belirtilerle giden aktif tüberkülozda<sup>15-18</sup> yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik alanında düşük olması beklenen bir sonuçtur. Marra ve ark.,<sup>13</sup> tüberkülozun yaşam kalitesinin birçok alanında olumsuzluklar oluşturduğunu, sosyal işlevselliğin bozulması ve izolasyon, sosyal etkinlikler, insan ilişkileri gibi alanların belirgin olarak etkilendiğini ortaya koymuştur. Çalışmamızın sonuçları, aktif olgularda sosyal işlevsellik alanlarında yaşam kalitesinin inaktif olgulardan daha çok bozulmuş olmasına bir açıklık getirebilir.

Çalışmamızda, aktif olgularda yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal işlevsellik, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise sosyal işlevsellik dışındaki bütün boyutlarında; inaktif olgularda fiziksel işlevsellik, ağrı ve duygusal rol sınırlamaları boyutlarında erkeklerin puanlarının kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İngiltere’de yapılan birkaç araştırmada tüberkülozun yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin kadınlarda erkeklerdekinden daha fazla olduğu bildirilmektedir.<sup>19</sup> Liefoghe ve ark.<sup>20</sup> hem kadın, hem de erkek tüberküloz hastalarının birçok sosyal ve ekonomik sorunlarla yüz yüze geldiğini, ancak kadın hastaların daha çok etkilendiğini bildirmektedir. Değişik hasta gruplarıyla yapılan başka bazı çalışmalarda da yaşam kalitesi puanı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.<sup>5,21,22</sup> Bizim çalışmamızda ve başka birçok çalışmada ortaya konduğu gibi, hem hasta, hem de kontrol grubundaki kadınlarda yaşam kalitesi puanının düşük çıkması, kadın ve erkek cinsiyetlerine ait toplumsal rollerle ve kısıtlılıklarla açıklanabileceği gibi, kadınların fizyolojik yapıları, hormonal farklılıkları ile de ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, aktif ve inaktif olgularda yaş arttıkça yaşam kalitesi birçok alanda düşmüştür. Bazı çalışmalarda yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir.<sup>5,23</sup> Erengin ve ark.,<sup>24</sup> yaşın artmasıyla sağlık sorunlarının arttığını ve kişilerin sağlık algılarının olumsuzlaştığını bildirmiştir. Artan yaşla birlikte artan fiziksel, sosyal zorluklar tüberküloza ait olumsuz etkilerle daha belirgin duruma gelmekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda aylık gelir arttıkça, aktif olgularda ruh sağlığı; inaktif olgularda fiziksel işlevsellik, enerji/canlılık; kontrol grubunda ise fiziksel rol sınırlamaları sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu saptanmıştır. Tüberkülo-

zun yaygınlaşmasında yoksulluğun çok önem taşıdığı, yoksulluk giderilmediği sürece tüberkülozun yayılmasının önlenemeyeceği, dolayısıyla yaşam standardı ve yaşam kalitesinin bütünüyle etkileneceği bildirilmektedir.<sup>25</sup> Aylık gelirin artması hastaların gerek kendilerini iyi hissetmelerini, gerekse hastalığın getirdiği zorluklarla daha kolay baş edebilmelerini, yaşam standartlarını yüksek tutabilmelerini, kişinin kendine güvenini kaybetmemesini sağlayabilir.

Çalışmamızda, günlük uyku süresi arttıkça, aktif olgularda fiziksel işlevsellik, ağrı, enerji/canlılık, sosyal işlevsellik; inaktif olgularda fiziksel işlevsellik, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal işlevsellik, ruh sağlığı; kontrol grubunda ise enerji/canlılık ve ruh sağlığı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artış olduğu saptanmıştır. Yaman ve ark.<sup>22</sup> kronik hastalıklardan dolayı hastanede yatan hastaların yaşam kalitesini belirlemeye yönelik çalışmada, uyku ve dinlenmenin genel olarak yaşam kalitesi değerlendirmesinde önemli parametreler olduğunu düşündüklerini bildirmiştir.

Hasta ve kontrol gruplarının durumluk ve sürekli kaygı ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Utkaner ve ark.,<sup>26</sup> durumluk-sürekli kaygı düzeyi yönünden tüberküloz olguları ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulmadıklarını belirtmiştir. Üskül ve ark.<sup>27</sup> KOAH ve akciğer tüberkülozlu olguların sürekli kaygı ortalama puanını diğer hasta gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulduklarını belirtmiştir. Literatürde hastanede yatan hastaların %30-60’ında tıbbi hastalıkları ile ilişkili bir psikiyatrik sendrom gözlendiği,<sup>28</sup> Feldman ve ark.<sup>29</sup> bedensel hastalığı olanların %14.6’sında bedensel hastalığa ek olarak anksiyete ve depresyonun karma belirtilerinin gözlendiğini bildirmiştir. Çalışma bulgularımız, solunum sistemi hastalıklarında kaygının en yaygın psikiyatrik sorun olduğu klasik bilgisi ile örtüşmemektedir.<sup>2</sup> Bu durum hastaların hastalıkla birlikte yaşamaya uyum sağlamış olmalarının yanı sıra, normal kişilerde de sendromal boyutta olmamakla beraber bir ölçüde anksiyetenin olması olasılığıyla açıklanabilir.

Aktif tüberkülozlu kadın olguların durumluk kaygı düzeyi puanı erkeklerinkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hasta ve kontrol gruplarında sürekli kaygı düzeyi ortalama puanı kadın olgularda yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildi. Utkaner ve ark.<sup>26</sup> kadınların durumluk kaygı düzeyi ortalama puanını erkeklerinkinden anlamlı düzeyde yüksek, sürekli kaygı düzeyini ise yüksek

bulmuştur. Arıkan ve ark.<sup>30</sup> aktif tüberkülozlu kadınların %8'inin, erkeklerin %18'inin toplum dışına itileceği kaygısı yaşadıklarını ve utanç duyduklarını belirtmiştir. Bu sonuç, kadınların hastalığa hem aktif, hem de inaktif dönemde göstermiş oldukları emosyonel tepkinin daha çok ve uyumun daha zayıf olması ile açıklanabilir. Öte yandan, kadınlar çoğunlukla çekinik konumda bulunmaları ve başkalarının onlar hakkındaki yargıları yönünde kendilik algılaması oluşturacağından daha olumsuz etkilenebilirler.

Yalnız yaşayan aktif olguların durumluk kaygı düzeyi puanı, aktif ve inaktif olguların sürekli kaygı puanı, ailesiyle yaşayan hastalarından yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Yalnızlık uyum güçlüğü ve güvensizliği de beraberinde barındıran ve kişinin yaşamını zorlaştıran bir durumdur.<sup>31</sup> Yalnız yaşayanlarda durumluk kaygı düzeyinin yüksek bulunması, kronik hastalığın zorluklarıyla baş etme çabalarında yalnız kalması, destek alabileceği yakın çevrenin bulunmaması ve kişinin belirli bir çevre içinde olsa bile gelecekte çevresinde kimse kalmayacağına ilişkin bir korku ve endişe yaşamıyla açıklanabilir.

Aktif ve inaktif olgularda bekarlarda, kontrol grubunda ise boşanmış veya dul olanların durumluk kaygı puanı düşük olmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Boşanmış veya dul olan aktif olguların sürekli kaygı puanının düşük bulunması, bu kişilerin aktif hastalık sürecinde olmalarının eşi ile ilişkilerinde sürdürmeleri gereken rollerini yeterince yapamamaları ve hastalıkları ile ilişkili olarak dışlanma, eleştirilme gibi zorluklarla karşılaşmaktan kurtulmuş olma, sadece kendine yeter olmak ve sorumluluk yüklenmek zorunda kalmamaları ile açıklanabilir.

Aktif ve inaktif olgularda eğitim düzeyi yükseldikçe sürekli kaygı puanı artmakla beraber, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Eğitim düzeyinin yükselmesi, beden algısı ve sağlık algısı değişiklik yaratmakta ve hastalığın oluşturması olası rol-yeti yitimi statü gereği daha belirgin olabilecektir. Doğan ve ark.<sup>32</sup> okuryazar olmayanların anksiyete belirtilerini anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Üskül ve ark.<sup>27</sup> eğitim düzeyi ile sürekli kaygı toplam puanı arasında ters ilişki bulmuştur. Bu farklı bulguların çalışma grubunu oluşturan bireylerin sosyoekonomik ve kültürel yapılarındaki farklı-

lıklardan kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Aktif olgularda hastanın yaşı ile durumluk kaygı puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon, sürekli kaygı puanı arasında ise negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte durumluk kaygı düzeyinin artmış olması kişinin yaşın ilerlemesi ile birlikte hem ruhsal, hem de bedensel anlamda dayanma gücünün düşmesi, beden algısının değişmesi ile açıklanabilir. Diğer yandan sürekli kaygı düzeyinin yaşla birlikte düşmesi ise, insanların yaşları ilerledikçe geleceğe ilişkin beklenti ve yatırımlarının azalması ile açıklanabilir.

Aktif olgularda uyku süresi/gün ile durumluk kaygı puanı arasında negatif, sürekli kaygı puanı ile pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Uyku süresinin kısa olmaması kişinin ruhsal yönden sorunsuz olduğunun, uykusunu kaçırarak boyutta emosyonel yüklenmesinin olmamasının bir göstergesidir. Öte yandan uyku süresinin azalması ile sürekli kaygı düzeyi arasındaki ilişki de ortak bir nedenin iki ayrı sonucu gibi görünmektedir. Yani olumsuz emosyonel yüklenme uyku düzenini bozmakta ve sürekli kaygı düzeyini artırmaktadır.

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile durumluk kaygı düzeyi arasında negatif, sürekli kaygı düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Yaşam kalitesinin artmasıyla durumluk kaygı düzeyinde düşme beklenir. Yaşam kalitesinde o anda saptanan yüksek puanlar bireyin kronik hastalığa bağlı olarak yaşayacağı sürekli kaygı düzeyini gidermede yeterli olamaması ile açıklanabilir. Zamana yayılmış sürekli kaygı düzeyi yaşam kalitesini durumluk kaygı düzeyinde olduğu kadar düşüren bir olumsuzluk olarak kendini göstermemektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda aktif olgularda olduğu gibi, inaktif olgularda da yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Yaşam kalitesi ile durumluk kaygı düzeyi arasında negatif korelasyon, sürekli kaygı düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Tüberküloz hastalığının tedavi ile yönetimi sadece antitüberküloz ilaçların verilmesinden ibaret olmamalı, hastanın ruhsal ve sosyal açılardan da ele alınmasına dair önlem ve düzenlemeler sağlayan politikalar geliştirilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Özkan S. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi: Hastalıktan hayata biyolojik-psikolojik adaptasyon. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Tam Metin Kitabı, 2004, s.112-113, Kuşadası.
2. Özkan S. Dahili tıpta psikiyatrik bozukluklar. S Özkan (ed.), Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, 1993, s.109-113.
3. Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry. BJ Sadock, VA Sadock (eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, seventh ed., Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2000, p.1876-1887.
4. Hansel NN, Wu AW, Chang B, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. Qual Life Res 2004; 13:639-652.
5. Pınar R. Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1995.
6. Öner N, LeCompte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İkinci baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1998.
7. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF 36): I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30:473-483.
8. Wang Y, Lii J, Lu F. Measuring and assessing the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis. Zhonghua Jie He he Hu Xi Za Zhi 1998; 21:720-723.
9. Ware JE. SF-36 Health Survey Update. Spine 2000; 25:3130-3139.
10. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ 1992; 305:160-4.
11. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF 36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? BMJ 1993; 306:1440-1444.
12. LeCompte A, Öner N. Durumluk-sürekli kaygı envanterinin Türkçe'ye adaptasyon ve standardizasyonu ile ilgili bir çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları, 1975, s.457-462.
13. Marra CA, Marra F, Cox VC, Palepu A, Fitzgerald JM. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. Health Qual Life Outcomes 2004; 2:58-67.
14. Dion MJ, Tousignant P, Bourbeau J, Menzies D, Schwartzman K. Measurement of health preferences among patients with tuberculosis infection and disease. Med Decis Making 2002; 22 (Suppl.5):102-114.
15. Mungan D, Sin BA, Çelik G, Gürkan OU. Atopic status of an adult population with active and inactive tuberculosis. Allergy Asthma Proc 2001; 22:87-91.
16. Herer B, Kuaban C, Papillon F, Durieux P. Features in hospitalized patients with symptom detected or radiologically-detected pulmonary tuberculosis. Eur Respir J 1989; 2:3-6.
17. Goldstein GB, Reid JC, Keo L. A review of refugee medical screening in New South Wales. Med J Aust 1987; 146:9-12.
18. Nakielna EM, Cragg R, Grzybowski S. Lifelong follow-up of inactive tuberculosis: Its value and limitations. Am Rev Respir Dis 1975; 112:765-72.
19. Tocque K, Bellis MA, Beeching NJ, Syed Q, Remington T, Davies PD. A case-control study of lifestyle risk factors associated with tuberculosis in Liverpool, North- West England. Eur Respir J 2001; 18:959-964.
20. Liefoghe R, Michiels N, Habib S, Moran MB, De Muynck A. Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. Soc Sci Med 1995; 41:1685-1692.
21. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12:89-98.
22. Yaman G, Karan A, Erten N, Karan MA. Hastanede yatan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Klinik Gelişim 2003; 16:41-46.
23. Güneşlioğlu D, Özşeker F, Bilgin S, Uyanusta Küçük Ç, Akaya E. Sarkoidozun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52:31-37.
24. Erengin KH, Dedeoğlu N. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: Algılanan sağlık. Toplum ve Hekim 1997; 12:11-16.
25. Waaler HT. Tuberculosis and poverty. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6:745-746.
26. Utkaner G, Büyüksirin M, Yılmaz U, Yalnız E, Akpınar M, Bakır F. Tüberküloz olgularında kaygı (anksiyete) ve depresyonun incelenmesi. Tüberküloz ve Toraks 1997; 45:199-204.
27. Üskül TB, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. Akciğer Arşivi 2006; 7:11-15.
28. Hall RSW, Rundel JR, Popkin MK. Cost-effectiveness of the consultation-liaison service. Wise MG, Rundel RJ (eds.), Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, Washington, D.C., American Psychiatric Publishing, 2002, p.25-32.
29. Feldman E, Mayou R, Hawton K, Ardern M, Smith EB. Psychiatric disorder in medical inpatients. Q J Med 1987; 63:405-412.
30. Arıkan Z, Kuruoğlu AÇ, Beler N, Oral N, Ekim NN, Köktürk O, ve ark. Tüberküloz olgularında hastalığın algılanması ve kişilik özellikleri. Kriz Dergisi 2000; 8:39-45.
31. Hecht DT. Loneliness and attachment patterns in young adults. 1984; 40:193-197.
32. Doğan O, Kılıçkap Z, Erdoğan AR. Tüberkülozlarda bunalıtı belirtileri ve depresyon. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1992; 40:264-275.