

# Tüberkülozlu Hastalarda Depresyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Aktif, İnaktif ve Kontrol Gruplarında Belirlenmesi

Demet Ünalın<sup>1</sup>, Mustafa Baştürk<sup>2</sup>, Ferhan Soyuer<sup>1</sup>, Osman Ceyhan<sup>3</sup>, Ahmet Öztürk<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Yard.Doç.Dr., Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, <sup>2</sup>Prof.Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, <sup>3</sup>Prof.Dr., Halk Sağlığı Anabilim Dalı, <sup>4</sup>Uz.Dr., Biyoistatistik Anabilim Dalı, Kayseri

## ÖZET

**Amaç:** Ayaktan tedavi gören tüberkülozlu hastalarda, aktif, inaktif ve kontrol gruplarında, depresyon oranları ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın kapsamını, bir yıllık süre içerisinde, Kayseri Verem Savaş Dispanseri'ne başvuran 196 aktif ve 108 inaktif olgu ile 196 sağlıklı kontrol grubu oluşturmuştur. Çalışmada; anket formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. **Bulgular:** Yaşam kalitesinin bütün alanlarında kontrol grubunu oluşturan bireylerin puanlarının hasta gruplarını oluşturan bireylerinkinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aktif ve inaktif olguların beck depresyon puanı ortalaması kontrol grubunu oluşturan bireylerinkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Çalışmamızdaki depresyon görülme oranı, aktif tüberkülozlu hastalarda (beck cut off  $\leq 18$ ) %44.9, inaktif tüberkülozlu hastalarda ise %41.6'dır. BDE ile SF 36 sağlık statüsü boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Logistik analizinde ise aktif olgularda, yaşam kalitesinin fiziksel rol sınırlamaları, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı, inaktif olgularda; sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı yönünden iyilik hali arttıkça depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 0.001 kat daha azalmaktadır. **Sonuç:** Aktif olgularda olduğu gibi, inaktif olguların da yaşam kalitesi ve depresyon yönünden etkilendikleri ve bu iki değişken arasında anlamlı düzeyde ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Tüberküloz, depresyon, yaşam kalitesi.

(*Klinik Psikiyatri 2007;10:113-124*)

## SUMMARY

**Determining of the Effects of Depression on Quality of Life in Patients with Tuberculosis in Active, Inactive and Control Groups**

**Objectives:** The purpose of this study is to determine the levels of quality of life (QOL) and the rates of depression in outpatients with tuberculosis in active, inactive and control groups and to study the relationship between depression and QOL. **Methods:** This defining type study includes 196 active and 108 inactive cases with tuberculosis who applied to the dispensary for tuberculosis in one year and 196 healthy control groups. A questionnaire form, SF-36 quality of life scale and Beck Depression Inventory (BDI) are used in study. **Results:** It was determined that the scores of the control group were higher than those of the individuals in the patient groups, in all aspects of QOL. The average of BDI score of the active and inactive cases were found to be significantly higher than control group ( $p<0.001$ ). The ratio of depression is 44.9 % (beck cut off  $\leq 18$ ) in the patients with active tuberculosis and 41.6% in the patients with inactive tuberculosis. It was found that there was a significantly negative relationship between BDI score and SF-36 health status dimensions ( $p<0.05$ ). In logistic analysis, as physical role limitations, energy/liveliness, social functionality, emotional role limitations and mental health of QOL increases in active cases and social functionality and mental health increases in inactive cases, the possibility of depression score being 18 and more decreases with a rate of 0.001. **Conclusions:** Inactive cases are also affected with respect to QOL and depression, as well as active cases, and it is found that there was a significant relation between these two variables.

**Key Words:** Tuberculosis, depression, quality of life.

## GİRİŐ

Fiziksel semptomlar bir yana tüberküloz hastaları birçok fizyolojik, psikolojik, finansal ve sosyal problemlerle karşı karşıyadır. Bu problemler, tüberkülozdan muzdarip hastaların yaşam kalitelerini bozmakta ve hastaların iyilik halleri üzerinde ciddi olumsuz etkiler meydana getirmektedir (Dhingra ve Rajpal 2003). Literatürde, farklı ölçeklerle ve metodolojik uygulamalarla yapılan çalışmalar sonucunda tüberküloz hastalarında yaşam kalitesinin değişik derecelerde olmak üzere düştüğü yani tüberkülozun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ortaya konmuştur (Dhingra ve Rajpal 2003, Hansel ve ark. 2004, Wang ve ark. 1998, Marra ve ark. 2004, Rajeswari ve ark. 2005, Tocque ve ark. 2001).

Bununla birlikte tüberküloz mikroplarının yayıldığı, akciğer ve vücudun diğer parçalarında hasara neden olduğu aktif tüberkülozda, yaşam kalitesini değerlendiren birkaç çalışma bulunurken (Wang ve ark. 1998, Marra ve ark. 2004, Dion ve ark. 2002), vücudun tüberküloz mikroplarını içerdigi fakat hasara yol açmadığı inaktif tüberkülozda yaşam kalitesini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kronik ve subakut hastalıklar ve tedavileri insanların sağlık, iyilik hali ile algılarını değiştirmekte, hastalığın sosyal ve duygusal yükü hastalığın fiziksel etkisini geçmektedir (Bisschop ve ark. 2004, Wayne ve Ciechanowski 2002).

Tüberküloz genel sağlık algılarını, bedensel duyuyu, psikolojik sağlığı, ruhsal huzuru ve fiziksel, sosyal ve rol işlevselliğini tahmin edilen yaşam kalitesinin bütün alanlarını etkilemektedir. İlaveten sosyal açıdan damgalanma, yalnızlık, ilaç yan etkileri, uzun süreli terapi, cinsel fonksiyon bozukluğu, gelir kaybı ve korku tüberküloza bağlı özel problem alanlarıdır. Uluslararası çalışmalar gösteriyor ki tüberküloz hastaları aile üyelerinden, arkadaşlarından ve tanıdıklarından sosyal izolasyonu ve damgalamayı yaşamaktadır. Hastalar gelecek hakkında belirsizlik ve kısıtlılıklar nedeniyle; yalnızlık ve terkedilmişlik hissini veya depresyon ve kaygı yaşadıklarını belirtmektedirler (Hansel ve ark. 2004).

Tıbbi hastalık mevcudiyetinin herhangi bir psikiyatrik bozukluk riskini artırdığı bildirilmektedir

(Gagnon ve Patent 2002). Tüberküloz hastalarında başta depresyon olmak üzere psikiyatrik bozukluklar sık görülmekte olduğu sınırlı sayıda çalışmalarda bildirilmektedir (Editorial 2001, Kaplan ve ark. 1994).

Literatürde; hastanede yatan hastaların %30-60'ında tıbbi hastalıkları ile ilişkili bir psikiyatrik sendrom gözleendiği (Hall ve ark. 2002), ayaktan tedavi gören hastaların ise %6-20'sinde depresif belirtiler saptandığı bildirilmektedir (Levenson ve ark. 1987). Klinik bakımdan tamı koyduracak şiddette depresyon, bedensel hastalığı olanlarda %15 oranında görülmektedir (Bruce ve Hoff 1994). Feldman ve ark. (1987) bedensel hastalığı olanların %14.6'sında, bedensel hastalığa ek olarak anksiyete ve depresyonun karma belirtilerinin gözleendiğini bildirmişlerdir. Güney Afrika'da yatarak tedavi gören 100 tüberkülozlu hastanın %22'sinde hafif derecede, %38'inde orta derecede, %8'inde ise şiddetli derecede olmak üzere toplam %68'inde depresyon bulunduğu belirtilmektedir (Trenton ve Currier 2001). Aghanwa ve Erhabor (1998) yaptıkları çalışmada olguların %11.3'ünde depresyon saptadıklarını bildirmişlerdir. Bununla birlikte aktif ve inaktif tüberküloz olgularında depresyon oranını ayrı ayrı değerlendiren literatür bilgisi bulunmamıştır.

Düşük sosyoekonomik düzey, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavileri, depresyon için risk etmenleridir (Moldin ve ark. 1993, Swindle ve ark. 1998, Bruce ve ark. 1991).

Sağlıklı ve iyi durumda olma yaşam kalitesinin bütün alanlarında önemli rol oynar. Bazen, sıhhatin hayatın yalnızca bir yönü olduğu, hayattan tam bir zevk almanın iyi bir sağlığa topyekün bağlı olmadığı ya da kısıtlı bir şekilde bağlı olduğu yanlışlığına düşülmektedir (Alleyne 2003).

Literatürde tıbbi hastalıklarda depresyonun yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi, yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Schiber 2005, Gülseren ve ark. 2006, Hooley ve ark. 2005). Bu değişkenler arasındaki ilişkiye tüberküloz olgularında rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı; ayaktan tedavi gören tüberkülozlu hastalarda, aktif, inaktif ve kontrol gruplarında, depresyon oranları ve yaşam kalitesi

düzeylerini belirlemek, bu gruplarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın kapsamını, 15 Eylül 2003 tarihinden itibaren bir yıllık süre içerisinde, Kayseri Verem Savaş Dispanseri'ne başvuran aktif ve inaktif olgu grupları ile sağlıklı kontrol grubu oluşturmuştur. Belirlenen süre içerisinde 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 olmak üzere toplam 60'ı araştırma kapsamına alınamamıştır.

Ayrıca belirlenen süre içerisinde dispansere kontrol amaçlı başvuran inaktif olgulara da aynı dışlama kriterlerinin uygulanması sonucunda 108 inaktif olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

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; araştırma grubunun kişisel bilgilerini, günlük yaşam aktivitelerini ve hastalığa ilişkin bilgileri almak amacıyla oluşturulan bir anket formu ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. Anket formu, yüzyüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

SF 36, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Ware (1992) tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği Pinar (1995) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda; SF 36'nın güvenilirliği Cronbach's alpha'nın 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. (1998) Çin'de yaptıkları

çalışmada, SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin akciğer tüberkülozu olan hastaların yaşam kalitesini ölçmek için uygun bir ölçek olduğunu da belirtmektedirler. SF 36, 8 sağlık kavramını değerlendiren çok maddeli bir ölçüm aracıdır. Bunlar fiziksel fonksiyonellik (10 soru), fiziksel rol sınırlamaları (4 soru), duygusal rol sınırlamaları (3 soru) ve sosyal fonksiyonellik (2 soru), ağrı (2 soru), ruh sağlığı (5 soru) ve enerji/canlılık (4 soru), genel sağlık algısıdır (5 soru). 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 üzeri bireylerin, kendi kendilerine veya eğitilmiş anketörlerin bireylere yüz yüze veya telefon aracılığıyla uygulayabilecekleri şekilde geliştirilmiştir (Pinar 1995, Ware 2000a, Ware 2000b, Brazier ve ark. 1992, Garratt ve ark. 1993, Hays ve ark. 1993).

Orijinal biçimi 1961 yılında Beck ve ark. (1961) tarafından geliştirilen BDE'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda BDE'nin Cronbach  $\alpha$  değeri, aktif olgularda 0.91, inaktif olgularda 0.92, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise 0.86 olarak bulunmuştur. Ölçekte her madde 0-3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Ölçeğin kesim puanı 17'dir. BDE puan dağılımı aşağıdaki şekildedir: Hafif düzeyde depresyon (11-17 puan), orta düzeyde depresyon (18-29 puan), şiddetli depresyon (30-63 puan) (Salkind 1969, House ve ark. 1989).

## İstatistiksel analiz:

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 yaşam kalitesi ölçek puanları yönünden ortalamaların karşılaştırılmasında student t testi ve/veya Mann-whitney U, ikiden fazla grup arasında yaşam kalitesi ölçek puanlarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi ve/veya Kruskal Wallis testi uygulanmış, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden (post hoc) tukey ve/veya dunn's testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki

ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Aktif, inaktif olgularda ve kontrol grubunu oluşturan bireylerde Beck Depresyon Ölçeği puanının 18'nin altında ve üstünde olma durumunu etkileyen risk faktörlerinin çoklu lojistik regresyon analizi (backward - wald eleme yöntemi) ile değerlendirilmesi yapılmıştır.

Çalışmanın verilerini SPSS-11.5 programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

En sık tüberküloza eşlik eden hastalıklar; aktif olgularda diabetes mellitus (%8.2), hipertansiyon (%7.7) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%5.1) iken, inaktif olgularda hipertansiyon (%11.1), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%7.4) ve diabetes mellitus (%7.4) idi.

Araştırma kapsamına alınan 196 aktif olgunun 176'sı (%89.8) yeni olgu, 16'sı (%8.2) relaps, 4'ü (%2.0) tedaviye ara verip dönen olgudur. Aktif olguların %59.2'sinin 1-3 aydan beri tedavi görmekte olduğu tespit edilmiştir.

İnaktif olguların; %45.4'ünün hastalıklarını 1-5 yıl önce, %25.0'ının ise 11 yıl ve daha uzun süre önce geçirdikleri tespit edilmiştir.

Aktif olguların hastalıklarına %75.5'i kabullenme, %43.4'ü üzölme, %28.6'sı ise korku, karamsarlık, endişe ve öfke yaşama gibi tepkiler gösterdikleri tespit edilmiştir.

Çalışmamızda yeni olguların 99'unun (%56.3), relaps olguların 10'unun (%62.5), tedaviye ara verip dönen olguların 3'ünün (%75.0) bir ya da birden fazla stressör yaşadıkları ortaya konmuştur. Stressörlerden; yeni olgularda, en sık ailevi problemler (%34.3), relaps olgularda aile içi geçimsizlik (%50.0), tedaviye ara verip dönen olgularda ise iş ya da eğitimle ilgili problemler (%66.7) olduğu tespit edilmiştir.

### Yaşam kalitesine ilişkin bulgular;

Yaşam kalitesinin bütün alanlarında kontrol grubunu oluşturan bireylerin puanlarının hasta gruplarını oluşturan bireylerinkinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu yükseklik SF 36 sağlık statüsünün ağrı dışındaki bütün boyutlarında anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). İnaktif olgularda, fizik fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik alanlarındaki yaşam kalitesi puanları aktif olgulara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ) (Tablo 2).

Aktif olgularda ve kontrol grubunu oluşturan bireylerde SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında, inaktif olgularda ise sosyal fonksiyonellik dışındaki bütün boyutlarında erkeklerin ortalama puanlarının kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aktif olgularda fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutlarında, inaktif olgularda; fizik fonksiyonellik, ağrı ve duygusal rol sınırlamaları sağlık boyutlarında, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise; fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutlarında ortalama puanları arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

### Depresyon bulguları:

Aktif olguların BDE puanı ortalaması  $17.51 \pm 11.54$ , inaktif olguların  $17.43 \pm 12.34$ , kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise  $9.08 \pm 5.39$  olup, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $F = 43.55$ ,  $p < 0.001$ ). Aktif ve inaktif olguların BDE puanı ortalaması kontrol grubunu oluşturan bireylerinkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

BDE'nin şiddet değerlendirmesine göre hasta ve kontrol grupları arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bu farklılık kontrol grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 3).

### Korelasyon ve lojistik bulguları:

Aktif olgularda hastanın yaşı arttıkça fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı boyutlarında, inaktif olgularda fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, kontrol

**Tablo 1.** Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Aktif olgu		GRUPLAR İnaktif olgu		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	82	41.8	37	34.3	89	45.4
Erkek	114	58.2	71	65.7	107	54.6
<b>Yaş ortalaması</b> (min-max)	40.76±16.59 (16-71)		41.05±14.75 (16-73)		38.27±11.90 (17-70)	
<b>Medeni durum</b>						
Bekar	43	21.9	21	19.4	41	20.9
Evli	138	70.4	82	75.9	145	74.0
Dul veya boşanmış	15	7.7	5	4.6	10	5.1
<b>Eğitim durumu</b>						
Okur-yazar değil	32	16.3	14	13.0	17	8.7
Okur- yazar	6	3.1	7	6.5	5	2.6
İlkokul	89	45.4	59	54.6	91	46.4
Ortaokul	20	10.2	7	6.5	30	15.3
Lise	38	19.4	16	14.8	41	20.9
Yüksekokul	11	5.6	5	4.6	12	6.1
<b>Meslek durumu</b>						
İşçi	10	5.1	7	6.5	42	21.4
Serbest meslek	46	23.6	31	28.7	47	23.9
Memur	8	4.1	7	6.5	18	9.2
Ev hanımı	72	36.7	30	27.8	60	30.6
Çalışmıyor	23	11.7	20	18.5	5	2.6
Emekli	24	12.2	12	11.1	19	9.7
Diğer	13	6.6	1	0.9	5	2.6
<b>Aylık gelir (ortanca)</b> (min-max)	350 milyon (100 milyon-2 milyar)		300 milyon (100 milyon-2 milyar)		365 milyon (100 milyon-2 milyar)	
<b>Sağlık güvencesi</b>						
Var	170	86.7	91	84.3	148	75.5
Yok	26	13.3	17	15.7	48	24.5
<b>Aile yapısı</b>						
Geniş	47	24.0	28	25.9	51	26.0
Çekirdek	123	62.8	67	62.0	126	64.3
Parçalanmış	26	13.3	13	12.0	19	9.7
<b>Yerleşim yeri</b>						
İl	134	68.4	75	69.4	139	70.9
İlçe	35	17.9	13	12.0	37	18.9
Köy	27	13.8	20	18.5	20	10.2
<b>Konut tipi</b>						
Apartman dairesi	87	44.4	49	45.4	146	74.5
Gece kondu	65	33.2	44	40.7	21	10.7
Müstakil	36	18.4	15	13.9	29	14.8
Diğer*	8	4.1	0	0.0	0	0.0
<b>Toplam</b>	196	100.0	108	100.0	196	100.0

\* Çadırda, ceza evinde, askeri birlikte barınma

**Tablo 2.** Araştırmaya alınan hasta ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		GRUPLAR			İstatistiki değerlendirme	
		Aktif (n=196)	İnaktif (n=108)	Kontrol (n=196)	X <sup>2</sup>	P
Fiziksel fonksiyonellik	X±SS	66.70±26.52 <sup>a</sup>	75.37±23.52 <sup>b</sup>	86.40±12.90 <sup>c</sup>	63.319	<0.001
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	82.5 (0-100)	90.0 (35-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	X±SS	33.93±40.07 <sup>a</sup>	42.59±41.62 <sup>a</sup>	65.05±37.00 <sup>b</sup>	56.478	<0.001
	Ort.(min-max)	25.0 (0-100)	25.0 (0-100)	75.0 (0-100)		
Ağrı	X±SS	58.74 ±31.52	57.84±31.42	64.09±24.60	4.273	0.218
	Ort.(min-max)	61.0 (0-100)	61.0 (0-100)	62.0 (0-100)		
Genel sağlık algısı	X±SS	50.45±23.32 <sup>a</sup>	47.85±26.21 <sup>a</sup>	62.22±19.39 <sup>b</sup>	33.257	<0.001
	Ort.(min-max)	52.0 (0-100)	47.0 (0-97)	63.5 (10-97)		
Enerji/canlılık	X±SS	45.03±25.13 <sup>a</sup>	44.07±25.47 <sup>a</sup>	54.36±21.01 <sup>b</sup>	19.309	<0.001
	Ort.(min-max)	45.0 (0-100)	45.0 (0-100)	55.0 (0-100)		
Sosyal fonksiyonellik	X±SS	60.43±28.68 <sup>a</sup>	67.36±29.34 <sup>b</sup>	72.64±23.48 <sup>b</sup>	19.075	<0.001
	Ort.(min-max)	62.5 (0-100)	75.0 (0-100)	75.0 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	X±SS	40.65± 39.91 <sup>a</sup>	42.21±40.06 <sup>a</sup>	53.74±42.06 <sup>b</sup>	10.016	0.007
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)	66.7 (0-100)		
Ruh sağlığı	X±SS	55.65±21.17 <sup>a</sup>	53.11±22.33 <sup>ab</sup>	58.94±19.53 <sup>ac</sup>	6.137	0.046
	Ort.(min-max)	56.0 (0-96)	52.0 (8-100)	60.0 (0-100)		

\* Ort= Ortanca, X<sup>2</sup>= Kruskal Wallis Khi kare değeridir.

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

**Tablo 3.** Araştırma grubuna alınan hasta ve kontrol gruplarının Beck depresyon skorlarına göre dağılımı

GRUPLAR	Beck depresyon skorları								İstatistiki değerlendirme			
	<10		11-17		18-29		30-63		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Aktif	70	35.7	38	19.4	52	26.5	36	18.4	196	100.0	118.652	<0.001
İnaktif	36	33.4	27	25.0	24	22.2	21	19.4	108	100.0		
Kontrol*	123	62.8	73	37.2	0	0.0	0	0.0	196	100.0		
Toplam	229	45.8	138	27.6	76	15.2	57	11.4	500	100.0		

\* Farklılık kontrol grubundan kaynaklanmaktadır.

grubunu oluşturan bireylerin ise fizik fonksiyonellik sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir (p<0.05) (Tablo 4).

Çalışmamızda aylık gelir arttıkça, aktif olgularda ruh sağlığı, inaktif olgularda fizik fonksiyonellik, enerji/canlılık, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise fiziksel rol sınırlamaları sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Günlük uyku miktarı arttıkça, aktif olgularda fizik fonksiyonellik, ağrı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, inaktif

ogularda; fizik fonksiyonellik, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise enerji/canlılık ve ruh sağlığı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir (p<0.059) (Tablo 4).

Aktif olgularda, tedavi süresi ile fiziksel rol sınırlamaları sağlık boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p<0.05) (Tablo 4).

Aktif, inaktif ve kontrol gruplarında Beck depresyon puanı ile SF 36 sağlık statüsünün bütün boyut-

**Tablo 4.** Aktif, inaktif ve kontrol gruplarında SF 36 sağlık statüsü boyutları ile demografik sosyo-kültürel özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler ve Beck depresyon puanı arasındaki ilişki (pearson korelasyon analizi)

Aktif olgular (n=196)	Fizik fonksiyonellik sınırlamaları	Fiziksel rol sınırlamaları	Ağrı	Genel sağlık algısı	Enerji/ canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duyusal rol sınırlamaları	Ruh sağlığı
Yaş (n=196)	r = -0.405**	r = -0.254**	r = -0.102	r = -0.321**	r = -0.286**	r = -0.248**	r = -0.029	r = -0.161*
Aylık gelir (n=181)	r = 0.120	r = 0.084	r = 0.111	r = 0.092	r = 0.054	r = 0.067	r = 0.096	r = 0.197**
Uyku/gün (n=196)	r = 0.148*	r = 0.097	r = 0.180*	r = 0.135	r = 0.171*	r = 0.169*	r = 0.082	r = 0.105
Tedavi süresi/ay (n=196)	r = -0.080	r = 0.209**	r = 0.111	r = -0.016	r = 0.045	r = 0.137	r = 0.042	r = 0.031
Beck Depresyon Puanı	r = -0.536**	r = -0.584**	r = -0.487**	r = -0.654**	r = -0.699**	r = -0.621**	r = -0.531**	r = -0.696**
<b>İnaktif olgular (n=108)</b>								
Yaş (n=108)	r = -0.445**	r = -0.340**	r = -0.183	r = -0.217*	r = -0.243*	r = -0.204*	r = -0.063	r = -0.159
Aylık gelir (n=97)	r = 0.195*	r = 0.138	r = 0.132	r = 0.115	r = 0.242*	r = 0.036	r = 0.038	r = 0.064
Uyku/gün (n=108)	r = 0.194*	r = 0.143	r = 0.146	r = 0.220*	r = 0.216*	r = 0.243*	r = 0.046	r = 0.283**
Hastalığı geçirdiği süre								
(n=108)	r = 0.050	r = -0.152	r = -0.117	r = -0.076	r = -0.136	r = 0.125	r = -0.133	r = -0.096
Beck Depresyon Puanı	r = -0.554**	r = -0.618**	r = -0.602**	r = -0.733**	r = -0.727**	r = -0.662**	r = -0.488**	r = -0.739**
<b>Kontrol grubu (n=196)</b>								
Yaş (n=196)	r = -0.416**	r = -0.131	r = -0.134	r = -0.120	r = -0.104	r = 0.075	r = -0.035	r = -0.063
Aylık gelir (n=181)	r = 0.089	r = 0.147*	r = 0.043	r = 0.093	r = 0.090	r = 0.154*	r = 0.066	r = 0.046
Uyku/gün (n=196)	r = 0.021	r = 0.125	r = 0.011	r = 0.043	r = 0.129*	r = 0.068	r = 0.076	r = 0.143*
Beck Depresyon Puanı	r = -0.164*	r = -0.303**	r = -0.347**	r = -0.412**	r = -0.526**	r = -0.374**	r = -0.430**	r = -0.546**

\* p<0.05, \*\* p<0.01

**Tablo 5.** Aktif, inaktif olgularda ve kontrol grubunu oluşturan bireylerde Beck Depresyon Ölçeği puanının 18'in altında ve üstünde olma durumunu etkileyen faktörlerin çoklu lojistik regresyon analizi (backward-wald eleme yöntemi) ile değerlendirilmesi

Değişken	B	P	Odds ratio	%95 güven aralığı	
				Düşük	Yüksek
<b>Aktif olgular (n=196)</b>					
Tedavi süresi	0.236	0.025	1.266	1.030	1.556
Aile tipi (geniş)			1		
Çekirdek	0.428	0.498	1.534	0.446	5.277
Parçalanmış	2.939	0.002	18.904	2.821	126.688
Fiziksel rol sınırlamaları	-0.025	0.006	0.976	0.958	0.993
Enerji/canlılık	-0.049	0.001	0.952	0.925	0.980
Sosyal fonksiyonellik	-0.028	0.009	0.972	0.951	0.993
Duygusal rol sınırlamaları	-0.017	0.022	0.983	0.969	0.998
Ruh sağlığı	-0.063	<0.001	0.939	0.907	0.972
<b>İnaktif olgular (n=108)</b>					
Uyku/gün	-0.432	0.050	0.649	0.421	1.001
Tüberküloz dışı başka hastalığı olan (Hayır )			1		
Evet	1.945	0.028	6.996	1.236	39.600
Genel sağlık algısı	-0.088	<0.001	0.915	0.873	0.959
Sosyal fonksiyonellik	-0.038	0.026	0.963	0.931	0.996
Ruh sağlığı	-0.079	0.003	0.924	0.877	0.974
<b>Kontrol grubu (n=196)</b>					
Enerji/canlılık	-0.041	0.008	0.960	0.931	0.989
Duygusal rol sınırlamaları	-0.013	0.055	0.987	0.974	1.000

ları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4).

Aktif olgularda tedavi süresi arttıkça depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 1.266 kat daha artmaktadır (Tablo 5).

Aktif olgularda, çekirdek aile yapısına sahip olanların geniş aile yapısına sahip olanlara göre depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 1.534 kat daha artmaktadır. Parçalanmış aile yapısına sahip olanların geniş aile yapısına sahip olanlara göre depresyon puanlarının 18 ve üzerinde olma olasılığı 18.904 kat daha artmaktadır.

Aktif olgularda; fiziksel rol sınırlamaları, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı puanı arttıkça depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 0.001 kat daha azalmaktadır (Tablo 5).

İnaktif olgularda, günlük uyku saati arttıkça depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 1.540 kat daha azalmaktadır. Tüberküloz dışı başka hastalığı olanların olmayanlara göre depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 6.996 kat daha fazladır. Genel sağlık algısı, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı puanı arttıkça depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 0.001 kat

daha azalmaktadır (Tablo 5).

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde, enerji/canlılık puanı arttıkça depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 1.0416 kat daha azalmaktadır. Duygusal rol sınırlamaları puanı arttıkça depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 1.0266 kat daha azalmaktadır (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda, SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında kontrol grubunu oluşturan bireylerin puanlarının aktif ve inaktif tüberküloz olgularından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde tüberküloz hastalarının yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir (Wang ve ark. 1998, Marra ve ark. 2004, Dion ve ark. 2002). Çalışmamız ilk kez inaktif tüberküloz olgularında da, aktif tüberkülozlulara benzer şekilde yaşam kalitesinin düştüğü ancak inaktif olgularda, fizik fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik alanlarındaki yaşam kalitesi puanlarının aktif olgulara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Yetişkinlerde öksürük, iştahsızlık, yorgunluk, kilo kaybı, ateş ve gece terlemesi gibi semptomlarla seyreden aktif tüberküloz olguları (Mungan ve ark. 2001, Herer ve ark. 1989, Goldstein ve ark. 1987, Nakielna ve ark. 1975), semptom görülmeyen inaktif olgulardan fizik fonksiyonellik yönünden yaşam kalitesinin düşük olmasının beklenilebilecek bir sonuç olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda, aktif ve inaktif olguların BDE puanı kontrol grubunu oluşturan bireylerinkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde tüberkülozda depresyonun değerlendirilmesine ilişkin sınırlı sayıda çalışmada inaktif olgular ayırt edilmemiştir. Genel olarak depresyonun tüberkülozun bir sonucu olduğu bildirilmekte olup, karantina ve damgalanmadan veya kronik olarak hasta olmaktan kaynaklanan yalnızlığın sonucu olduğu ve özellikle ileri yaşlarda daha çok ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (Hansel ve ark. 2004). Tocque (2001), tüberküloz hastalarının, aile üyeleri, arkadaşları ve tanıdıkları tarafından dışlandıkları ve damgalanmaya maruz kaldıkları, yalnızlık, terk edilmişlik hissi, depresyon ve anksiyete, kısıtlılıklarına bağlı olarak da gelecek hakkında belirsizlik ve kaygı yaşadıkları bildirmektedir. Bir

diğer çalışmada ise Güney Afrika'da yatarak tedavi gören 100 tüberkülozlu hastanın %22'sinde hafif derecede, %38'inde orta derecede, %8'inde ise şiddetli derecede olmak üzere toplam %68'inde depresyon bulunduğu belirtilmektedir (Trenton ve ark. 2001). Aghanwa ve Erhabor (1998) olguların %11.3'ünde depresyon saptadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda ise, aktif olguların %26.5'inde orta, %18.4'ünde şiddetli derecede depresyon olduğu tespit edilmiş olup, bu değerler inaktif olgularda sırasıyla %22.2, %19.4'dür. BDE şiddet değerlendirmesine göre aktif ve inaktif olgularda ve kontrol grubunu oluşturan bireyler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bu farklılık kontrol grubundan kaynaklanmaktadır. Nakielna ve ark. (1975) tüberküloz olgularında depresyona neden olabilen en önemli faktörlerden birinin düşük sosyo-ekonomik durum olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda da aktif ve inaktif olgularda düşük sosyo-ekonomik durum benzerdi. Semptomlar, sosyal izolasyon, tedaviye bağlı olumsuzluklar ve aktif hastalık kaygısı yaşayan aktif tüberkülozda, depresyon oranının daha yüksek olması beklenebilirdi. Ancak inaktif olgularda tüberküloz dışı hastalık görülme oranları (%34.3) aktiflere göre daha fazladır ve bulgularımız da tüberküloz dışı hastalığı olanların olmayanlara göre depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığını 6.996 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Fiziksel hastalıkların sayısı arttıkça kişilerin bunlara vereceği psikolojik tepkiler de daha şiddetli olacaktır. Rajeswari ve Muniyandi'nin (2005) açıkladığı gibi damgalanmanın tedavinin bitiminden sonra bile kaygının önemli bir kaynağı olmaya devam ettiğini ve bu durumun arkadaş ziyareti gibi sosyal aktiviteleri kısıtladığını bildirmiştir. Bu bulgular inaktif olgularda da aktif olgulara benzer şekilde görülen depresyonu açıklayabilir. Çalışmamızdaki depresyon görülme oranı, aktif tüberkülozlu hastalarda (%44.9), inaktif tüberkülozlularda (%41.6) olup bu değerler diğer tıbbi hastalıklardakine göre (Hall ve ark. 2002, Levenson ve ark. 1987, Feldman ve ark. 1987) daha fazladır. Fiziksel hastalıklarla ruhsal hastalıklar (özellikle depresyon) arasında pozitif bir ilişki bildirilmektedir (1988). Diğer taraftan depresyonla tüberküloz arasındaki bağlantı, depresyon ile diğer fiziki hastalıklar arasındaki ilişkidir (Trenton ve ark. 2001).

Tüberküloz kronik bir hastalık olması yanında uzun süreli ve zor bir tedaviyi gerektirmesi, anti-tüberküloz ilaçlardan bir kısmının depresyon yaratıcı etkilerinin olması yanında hastalığın oluşturduğu fiziki yetmezlik, damgalanma-dışlanma nedeniyle iş gücü kayıplarına, psikososyal zorluklara sebep olması da depresyon gibi bir çok ruhsal bozuklukların gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Vega ve ark. 2004).

Çalışmamızda, aktif, inaktif ve kontrol gruplarında depresyonun şiddeti arttıkça SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında ortalama puanların anlamlı düzeyde düştüğü tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Logistik analizinde ise aktif ve inaktif olgularda yaşam kalitesinin bir çok boyutunda puanlar arttıkça depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı azalmaktadır. Rajeswari ve Muniyandi (2005) çalışmalarında, bir çok hastanın tüberküloz teşhisine ilk tepkisinin oldukça ağır olabildiği, buna %50 kaygı, %10 depresyon ve intihar düşüncesinin dahil olduğu bildirilmektedir. Hansel ve ark. (2004) çalışmalarında ise olgularda, rahatlamaadan korkuya, depresyondan öfkeye kadar geniş bir yelpazede psikolojik tepkilerin varolduğu rapor etmişlerdir. Bu konudaki sonucumuzu; depresyonun motivasyonu düşürdüğü, öğrenme ve başarıma duygusunu azalttığı, duygusal bir bozukluk ortaya çıkardığı, sosyal rollerin yerine getirilmesindeki güçlükler nedeniyle nedeni sonucunda bireyin yaşam kalitesini büyük ölçüde olumsuz etkileyebilmesi ile açıklayabiliriz.

Çalışmamızda, aktif ve inaktif olgularda hastanın yaşı arttıkça yaşam kalitesinin bir çok boyutunda literatürle uyumlu olarak (Pınar 1995) puanların anlamlı düzeyde düştüğü tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Rajeswari ve Muniyandi (2005) çalışmalarında, 45 ve altındaki yaşlardaki yeni vakaların %82'sinin sağlık algısının çoğu zaman iyi olduğunu bildirmişlerdir. Yaşla birlikte yaşam kalitesinin bir çok alanlarda düşmesinin; ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkabilen fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel işlevlerde ve gündelik aktivitelerde gerileme, sosyal ilişkilerde zayıflama, ekonomik durumda kötüleşme, sosyal destek sistemlerinin zayıf olmasının yanı sıra, yaşla artan başka fiziki problemler ve belki de artan yaşla birlikte tüberküloza ait olumsuz etkilerin de artması, ile bağlantılı olabilir.

Çalışmamızda aylık gelir arttıkça, aktif olgularda

ruh sağlığı, inaktif olgularda fizik fonksiyonellik, enerji/canlılık, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise fiziksel rol sınırlamaları sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir. Nitekim tüberkülozun yaygınlaşmasında fakirliğin çok önem taşıdığı, fakirliğin giderilmediği sürece tüberkülozun yayılmasının önlenemeyeceği dolayısıyla yaşam standardı ve yaşam kalitesinin bütünüyle etkileneceği bildirilmektedir (Waaler 2002). Aylık gelirin artması hastaların gerek kendilerini iyi hissetmeleri hususunda gerekse hastalığın getirdiği zorluklarla daha kolay baş edebilme, yaşam standartlarını yüksek tutabilme, fazla çalışmaya mecbur kalmama, kişinin kendine güvenini kaybetmemesi, gibi nedenlerle ilişkili olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda, günlük uyku miktarı arttıkça, yaşam kalitesinin bir çok boyutunda puanların anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir. Logistik analizde inaktif olgularda, günlük uyku saati arttıkça depresyon puanının 18 ve üzerinde olma olasılığı 1.5 kat azalmaktadır. Major depresyonluların %90'ında uyku bozukluklarının mevcut olduğu bilinmektedir. Depresyonda uykunun süresinde ve uyku safhalarının seyrinde bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (Neylan ve ark. 2004). Tüberküloza bağlı gelişen semptomlar uykunun süresini ve kalitesini düşürebilir.

Aktif olgularda, çekirdek aile yapısına sahip olanların diğer aile yapısına sahip olanlara göre, BDE puanlarının 18 ve üzerinde olma olasılığı artmaktadır. Parçalanmış ailelerde ve bir ölçüde çekirdek ailelerde geniş aile yapısında mevcut olan maddi ve manevi anlamda yakın aile desteği bulunamayacağı için yaşam zorlukları ile baş etme güçleşebilmekte, bunun sonucunda ruhsal problemler daha kolay gelişebilmektedir.

Araştırmamızın üstünlükleri arasında; inaktif olguların da değerlendirilmiş olması, olgu sayısının fazla olması, depresyon yaşam kalitesi ilişkisinin birlikte değerlendirilmiş olması sayılabilir.

Hastaların duygudurumunun sadece depresyon ölçüğü ile değerlendirilip psikiyatrist tarafından mental durum muayenesinin yapılmamış olması çalışmamızın sınırlılıklarından birisini oluşturmaktadır. Diğer taraftan tüberküloza eşlik eden başka hastalıkların da olduğu çalışma grubumuzda yaşam

kalitesinin bozulmasının sadece tüberküloza bağlanması doğru olmayacaktır. Yaşam kalitesi bir çok faktör tarafından olumsuz etkilenmektedir. Vaka sayısının çok olduğu çalışma gruplarında bu ayrım daha net ortaya konabilir.

Çalışmamız tüberkülozlu inaktif olguların da ayakta tedavi gören aktif olgularda olduğu gibi, yaşam kalitesi ve depresyon yönünden etkilendiklerini ve bu iki değişken arasında önemli oranda ilişkinin olduğunu göstermiştir.

Günümüzde hayatın bir çok alanında olduğu gibi kronik hastalıklar başta olmak üzere sağlık alanında da yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi çok önemsenme ve araştırmalara geniş ölçüde konu olmaktadır. Tüberküloz hastalığı da gerek kronik oluşu, gerekse uzun süreli tedaviyi gerektirmesi ve kısıtlanmalara yol açması nedeniyle yaşam kalitesini düşürmektedir. Diğer taraftan depresyon da kronik hastalıklarda genel popülasyondakinden daha sık görülen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren bir hastalıktır. Tüberkülozlularda klinik tabloya depresyonun da eklenmesi ile yaşam

kalitesinin çok daha fazla düşmesi kaçınılmaz gibi görünmektedir. Tüberküloz ilaçlarının depresyonun da içinde olduğu kimi mental bozukluklara da yol açabileceği düşünüldüğünde konu daha da önem kazanmaktadır. Günümüzde halen ciddi bir halk sağlığı olma özelliğini koruyan tüberküloz hastalığının yönetiminde yaşam kalitesinin korunması ve ilave olarak depresyon açısından da bilinçli olunması, gerekli tedbirlerin alınması ve uygun tedavilerin sağlanması büyük önem taşımaktadır.

İnsanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğu gerçeğinden hareketle hastalıkların sadece biyolojik yönden ele alınıp diğer boyutların dikkate alınmaması gibi bir yaklaşım yerine bütüncül yaklaşımla ele alınması gereken durumlarda hastanın multi-disipliner bir anlayışla tedavisi gerekmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Demet Ünalın, Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Kayseri, dunalan@erciyes.edu.tr

#### KAYNAKLAR

- Alleyn AOG (2003) Health and the quality of life. Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health, 9(1): 1-6.
- Aghanwa HS, Erhabor GE (1998) Demographic/socioeconomic factors in mental disorders associated with tuberculosis in Southwest Nigeria. J Psychosom Res, 45(4): 353-360.
- Beck AT, Ward Ch, Mendelson M (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571.
- Brazier JE, Harper R, Jones NM ve ark. (1992) Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ, 305:160-4.
- Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ (1991) Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. Arch Gen Psychiatry, 48(5):481.
- Bruce ML, Hoff RA (1994) Social and health risk factors for first-onset major depressive disorders in a community sample. Soc Psychiatry Epidemiol, 29:165-170.
- Bisschop MI, Kriegsman DMW, Beekman ATF ve ark. (2004) Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. Social Science & Medicine, 59:721-733.
- Dhingra VK, Rajpal S (2003) Health Related Quality of Life (HRQL) Scoring In Tuberculosis. Indian Journal Tuberculosis, 50:99-104.
- Dion MJ, Tousignant P, Bourbeau J ve ark. (2002) Measurement of health preferences among patients with tuberculous infection and disease. Med Decision Making, Sep-Oct; 22 (5 Suppl): 102-114.
- Editorial. Psychiatric disorders & illness perceptions in tuberculosis. The Indian Journal of Tuberculosis. New Delhi, April, 2001. Vo.48, no.2.
- Feldman E, Mayou R, Hawton K ve ark. (1987) Psychiatric disorder in medical inpatients. Q J Med, 63:405-412.
- Gagnon LM, Patten SB (2002) Major depression and its association with long-term medical conditions. Can J Psychiatry, 47:149-152.
- Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI ve ark. (1993) The SF 36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? BMJ, 306:1440-1444.
- Gelder M, Gath D, Mayou R (1998) Psychiatry and Medicine. Oxford Textbook of Psychiatry second edition. Oxford University press, New York Melbourne, 407-477.
- Goldstein GB, Reid JC, Keo L (1987) A review of refugee medical screening in new South Wales. Med J Aust, 146(1):9-12.
- Gülseren S, Gülseren L, Hekimsoy Z (2006) Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. Arch Med Res. 37(1):133-139.
- Hall RSW, Rundel JR, Popkin MK (2002) Cost-effectiveness of the consultation-liaison service. Wise MG, Rundel RJ (eds). Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 25-32.
- Hansel NN, Wu AW, Chang B, Diette GB (2004) Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. Quality of Life Research, 13:639-652.

- Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM (1993) The Rand 36-Item Health Survey 1.0. *Health Economics*, 2:217-227.
- Herer B, Kuaban C, Papillon F ve ark. (1989) Features in hospitalized patients with symptom detected or radiologically-detected pulmonary tuberculosis. *Eur Respir J*, 2(1):3-6.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 7(23):3-13.
- Hooley PJ, Butler G, Howlett JG (2005) The relationship of quality of life, depression, and caregiver burden in outpatients with congestive heart failure. *Congest Heart Fail*, 11(6):303-310.
- House A, Dennis M, Molyneux Warlow C (1989) Emotionatizm after stroke. *Br Med J*, 298:991-994.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb J (1994) Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry, William&Wilkins, Seventh edition, Baltimore, Maryland, 516-562.
- Levenson JL, Hamer R, Silverman JJ ve ark. (1987) Psychopathology in medical inpatients and its relationship to length of hospital stay. *Int J Psychiat Med*, 16:231-237.
- Marra CA, Marra F, Cox VC ve ark. (2004) Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health and Quality of life Outcomes*, 2:58-10.
- Moldin SO, Scheftner WA, Rice JP ve ark. (1993) Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychol. Med*, 23:755-761
- Mungan D, Sin BA, Çelik G ve ark. (2001) Atopic status of an adult population with active and inactive tuberculosis. *Allergy Asthma Proc*, 22(2):87-91.
- Nakielna EM, Cragg R, Graybowski S (1975) Lifelong follow-up of inaktif tuberculosis: Its value and limitations. *Am Pev Respir Dis*, 112(6):765-772.
- Neylan TC, Reynolds CF, Kupfer DJ (2004) Sleep Disorders. Hales RE, Yudofsky SC (Ed), *Esentials of clinical psychiatry*. Second edition, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc. s.737-757.
- Pınar R (1995) Diabetes Mellitüslü Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, doktora Tezi, İstanbul.
- Rajeswari R, Muniyandi M, Balasubramanian R ve ark. (2005) Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: a field report from south India. *Soc Sci Med*, 60(8):1845-1853.
- Salkind MR (1969) Beck Depression inventory in general practice. *Journal of Royal College General Practitioners*, 18:267-271.
- Schiber SC (2005) Psychiatric education. Sadock BJ, Sadock VA (Ed), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Cilt 2, 8. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, s.3931-3988.
- Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH (1998) Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*, 186 (8):462-469.
- Trenton AJ, Currier GW (2001) Treatment of comorbid tuberculosis and depression. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*, 3(6):236-243.
- Tocque K, Bellis MA, Beeching NJ ve ark. (2001) A case-control study of lifestyle risk factors associated with tuberculosis in Liverpool, North- West England. *Eur Respir J*, 18:959-964.
- Vega P, Sweetland A, Acha J ve ark. (2004) Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*, 8(6):749-759.
- Waalder HT (2002) Tuberculosis and poverty. *Int J Tuberc Lung Dis*, 6(9):745-746.
- Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-İtem Short Form Health Survey ( SF 36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30: 473-483.
- Ware, JE (2000) SF- 36 Health Survey Update. *Spine*, 25(24):3130-3139.
- 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(12):720-3.
- Wayne K, Cicchanowski P (2002) Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res*, 53:859-863.