

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TÜBERKÜLOZLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ,
YAŞAM KALİTESİNİN DEMOGRAFİK-SOSYOKÜLTÜREL
ÖZELLİKLER VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Demet ÜNALAN**

**Tezi Yöneten
Prof. Dr. Osman CEYHAN**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Eylül 2005
KAYSERİ**

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TÜBERKÜLOZLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ,
YAŞAM KALİTESİNİN DEMOGRAFİK-SOSYOKÜLTÜREL
ÖZELLİKLER VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Demet ÜNALAN**

**Tezi Yöneten
Prof. Dr. Osman CEYHAN**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Eylül 2005
KAYSERİ**

Prof.Dr.Osman CEYHAN danışmanlığında Demet ÜNALAN tarafından hazırlanan "Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi, Yaşam Kalitesinin Demografik-Sosyokültürel Özellikler ve Depresyonla İlişkisi" konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

08.09.2005

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK

Üye : Prof.Dr.Osman CEYHAN

Üye : Prof.Dr.Ferit KOÇOĞLU

Üye : Prof.Dr.Mustafa BAŞTÜRK

Üye : Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 19.09.2005 tarih ve 338 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

19.09.2005
Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞCIOĞLU

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde çok önemli katkı ve desteklerini gördüğüm tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Osman Ceyhan'a, tez izleme komitesi üyeleri Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Yusuf Öztürk'e ve Sayın Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya'ya, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Mustafa Baştürk'e ve psikolog Füsun Koçak'a, çalışmanın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki katkılarından dolayı Prof. Dr. Osman Günay'a ve Uzman Ahmet Öztürk'e, araştırmanın gerçekleştirildiği kurum olan Kayseri Verem Savaş Dispanseri Başhekimisi Dr. Müncibe Hüsrevoğlu ve tüm çalışanlarına teşekkür ederim.

TÜBERKÜLOZLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, YAŞAM KALİTESİNİN DEMOGRAFİK-SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLER VE DEPRESYONLA İLİŞKİSİ

ÖZET

Tüberküloz geçmişte pek çok salgınlara ve ölümlere sebep olmuş, halen de sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkeler başta olmak üzere ciddi bir halk sağlığı sorunu olma özelliğini sürdüren, her yıl 2 milyon kişinin ölümüne neden olan bir infeksiyon hastalığıdır. Tüberküloz, gerek bizzat kendisinin ya da uygulanan uzun süreli tedavilerin gerekse hastalık hakkında eskiden beri mevcut olan kötü izlenimlerin, hasta ve çevresi tarafından olumsuz algılanması ve damgalanmaya sebep olmasına bağlı olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışma grubunu, 196 aktif, 108 inaktif olgu ve 196 sağlıklı kontrol grubu oluşturmuştur. Aktif ve inaktif olguların sırasıyla %16.3, 13.0'ı okur-yazar değil, %11.7, %18.5'i ise çalışmamakta, %13.3 ve 15.7'sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Aktif ve inaktif olguların sırasıyla % 26.5 ve 34.3'ünde tüberküloza eşlik eden bir hastalıklarının bulunduğu tespit edilmiştir. Aktif olguların %25.5'inin düzensiz ilaç kullandığı, %56.6'sının başlangıç döneminde, %5.1'inin ise alevlenme döneminde bir ya da birden fazla stresörünün olduğu ortaya konmuştur. Aktif ve inaktif olguların ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin beck depresyon ölçeği puan ortalaması sırasıyla, 17.51 ± 11.54 , 17.43 ± 12.34 , 9.08 ± 5.39 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Aktif olgularda beck depresyon puanı ortalaması, kadınlarda, dul ya da boşanmış olanlarda, yalnız yaşayanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, ilave hastalığı olanlarda, ev hanımı, parçalanmış aile yapısına sahip olanlarda ve gecekondu oturanlarda yüksek bulunmuştur. Hasta gruplarının yaşam kalitesinin ağır sağlık boyutu dışındaki bütün alanlarında ortalama puanlarının kontrol grubunu oluşturan bireylerinkinden anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Aktif ve inaktif olgularda, yaşam kalitesi ortalama puanları; kadınlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, ilave hastalığı olmayanlarda, ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda yüksek bulunmuştur. Aktif ve inaktif olgularda depresyon skorları yükseldikçe SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise fizik fonksiyonellik sağlık statüsü boyutu dışındaki bütün boyutlarında puanların düştüğü tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Tüberküloz, yaşam kalitesi, depresyon, kronik hastalık

**QUALITY OF LIFE IN TUBERCULOSIS PATIENTS, THE RELATIONSHIP BETWEEN
QUALITY OF LIFE AND DEMOGRAPHIC-SOCIOCULTURAL FEATURE AND
DEPRESSION**

ABSTRACT

Tuberculosis, which led to many epidemics and deaths in the past and still continues to be a serious health problem for people especially in the socio-economically low countries, is an infectious disease that gives rise to two million people's death every year. Tuberculosis has a negative effect on the quality of life due to the illness itself, bad impressions dating back to olden times and long-lasting treatments, which are considered to be negative by patients and the people around the patients. They were 196 active cases and 108 inactive cases in study group and 196 cases in control group. The rate of man/woman is 1.4 in active cases and 1.9 in inactive cases. 16.3 %, 13.0 % of active and inactive cases were illiterate and 11.7 %, 18.5 % did not work respectively. Average monthly income of the active cases was 350 million Turkish liras and 13.3 % of them did not have any health care insurance. 26.5 % of the active and 34.3 % of the inactive cases were any proven to be associated with any other illness. It was found that 25.5 % of active cases took medicine irregularly, 56.6 % had one or more stressors at the beginning period, and 5.1% at the fever period. The point average of Beck depression of active and inactive cases and the individuals that formed the control group was 17.51 ± 11.54 , 17.43 ± 12.34 , 9.08 ± 5.39 respectively and the difference between the groups was found to be higher in women, widow (er)s or divorced people, lonely living people, people with low-level education, people with any other illness, house-wives, retired or unemployed people, people with a separated family, and those people that live in suburbs compared to the others. It was been determined that the average point of life-quality of patient groups in all the areas except pain health dimension was found to be significantly lower than the control group's. In active and inactive cases the average points of life quality were found to be high in men, people with high education level, people without an additional illness, and in those who took their medicine regularly. In active and inactive cases, as much as the depression scores increase, in all dimensions of SF 36 health status and in the individuals that form the control group, in all dimensions, except physical functions and health status dimension, it was determined that scores decrease.

Key words: Tuberculosis, quality of life, depression, chronic disease

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. TANIM.....	4
2.2. BULAŞICILIK.....	4
2.3. İMMÜNOLOJİ.....	6
2.4. PATOGENEZ.....	6
2.5. TEDAVİ.....	7
2.6. TÜBERKÜLOZ KONTROLÜ.....	8
2.7. DÜNYADA TÜBERKÜLOZ.....	10
2.8. TÜRKİYE’DE TÜBERKÜLOZ.....	14
2.9. TÜBERKÜLOZ HASTALIĞI GELİŞİMİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ.....	17
2.10. TÜBERKÜLOZ VE DEPRESYON İLİŞKİSİ.....	21
2.11. SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ.....	25
2.12. YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ.....	26
2.13. YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ.....	28
2.14. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİNİN KULLANIM ALANLARI.....	29
2.15. YAŞAM KALİTESİNİN İLGİ ALANLARI.....	30
2.16. YAŞAM KALİTESİNİN BOYUTLARI.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	93
6. KAYNAKLAR.....	117
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Depresyona yol açma olasılığı yüksek olan tıbbi bozukluk ve ilaçlar.....	24
Tablo 3.1. SF 36 Yaşam Kalitesi Boyutları.....	38
Tablo 3.2. SF 36'da yer alan boyutların Cronbach α katsayıları.....	40
Tablo 4.1. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özelliklerine göre dağılımı.....	42
Tablo 4.2. Tüberküloza eşlik eden hastalıkların dağılımı.....	45
Tablo 4.3. Araştırma grubunda sigara içme durumu.....	46
Tablo 4.4. Araştırma grubunda alkol kullanma durumu.....	47
Tablo 4.5. Araştırma grubunu oluşturan aktif olguların hastalığa ilişkin özellikleri.....	48
Tablo 4.6. Araştırma grubunu oluşturan inaktif olguların hastalığa ilişkin özellikleri.....	50
Tablo 4.7. Araştırma grubunu oluşturan olguların hastalıkları ile ilgili düşünceleri...	51
Tablo 4.8. Yeni, relaps ve tedaviye ara verip dönen olgularda görülen stressörler.....	52
Tablo 4.9. Araştırma grubunu oluşturan aktif olguların hastalığın kişinin yaşam tarzları üzerine etkileri konusundaki düşünceleri.....	53
Tablo 4.10. Araştırma grubuna alınan hasta ve kontrol gruplarının beck depresyon skorlarına göre dağılımı.....	54
Tablo 4.11. Araştırma grubunda çeşitli değişkenlere göre beck depresyon skorları.....	55
Tablo 4.12. Araştırma grubunda çeşitli değişkenlere göre beck depresyon skorları.....	57
Tablo 4.13. Araştırmaya alınan hasta ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi puanları.....	60
Tablo 4.14. Aktif olguların cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları.....	61
Tablo 4.15. İnaktif olguların cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları.....	62
Tablo 4.16. Kontrol grubunda bulunan bireylerin cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları.....	63
Tablo 4.17. Aktif olguların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanları	64
Tablo 4.18. İnaktif olguların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanları.....	65

Tablo 4.19.	Kontrol grubunu oluşturan bireylerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanları	66
Tablo 4.20.	Aktif olguların yerleşim yerine göre yaşam kalitesi puanları	67
Tablo 4.21.	İnaktif olguların yerleşim yerine göre yaşam kalitesi puanları.....	68
Tablo 4.22.	Kontrol grubunu oluşturan bireylerin yerleşim yerine göre yaşam kalitesi puanları	69
Tablo 4.23.	Aktif olguların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi puanları.....	70
Tablo 4.24.	İnaktif olguların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi puanları.....	71
Tablo 4.25.	Kontrol grubunu oluşturan bireylerin eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi puanları	72
Tablo 4.26.	Aktif olguların, tüberküloza eşlik eden hastalıkları olma durumuna göre yaşam kalitesi puanları.....	74
Tablo 4.27.	Aktif olguların sigara içme durumlarına göre yaşam kalitesi puanları.....	75
Tablo 4.28.	İnaktif olguların sigara içme durumlarına göre yaşam kalitesi puanları.....	75
Tablo 4.29.	Kontrol grubunu oluşturan bireylerin sigara içme durumlarına göre yaşam kalitesi puanları	76
Tablo 4.30.	Aktif olguların alkol kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi puanları.....	77
Tablo 4.31.	İnaktif olguların alkol kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi puanları.....	78
Tablo 4.32.	Kontrol grubunu oluşturan bireylerin alkol kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi puanları.....	78
Tablo 4.33.	Aktif olguların ilaçları kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi puanları.....	79
Tablo 4.34.	İnaktif olgularda hastalık süresine göre yaşam kalitesi puanları.....	80
Tablo 4.35.	Aktif olguların beck depresyon skor gruplarına göre yaşam kalitesi puanları.....	81
Tablo 4.36.	İnaktif olguların beck depresyon skor gruplarına göre yaşam kalitesi puanları.....	82

Tablo 4.37. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin beck depresyon skor gruplarına göre yaşam kalitesi puanları.....	83
Tablo 4.38. Aktif olgularda SF 36 sağlık statüsü boyutları ve beck depresyon puanının birbirleri ile olan korelasyon matrisinin dağılımı.....	84
Tablo 4.39. İnaktif olgularda SF 36 sağlık statüsü boyutları ve beck depresyon puanının birbirleri ile olan korelasyon matrisinin dağılımı.....	85
Tablo 4.40. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları ve Beck Depresyon Puanının Birbirleri İle Olan Korelasyon Matrisinin Dağılımı.....	86
Tablo 4.41. Aktif olgularda SF 36 sağlık statüsü boyutları ile demografik sosyo-kültürel özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler arasındaki korelasyon.....	88
Tablo 4.42. İnaktif olgularda SF 36 sağlık statüsü boyutları ile demografik sosyo-kültürel özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler arasındaki korelasyon.....	89
Tablo 4.43. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin SF 36 sağlık statüsü boyutları ile demografik sosyo-kültürel özellikler ve hastalığa ilişkin özellikler arasındaki korelasyon.....	90

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüberküloz; Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis ve Mycobacterium africanum'un sebep olduğu multisistemik, kazeifikasyon nekrozu ile karakterize kronik bir enfeksiyon hastalığıdır. Dünyanın birçok yerinde, özellikle gelişmekte olan toplumlarda önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri M.tuberculosis basili ile enfekte olup tüberküloz dünya genelinde en yaygın enfeksiyon hastalıklarından biridir. Her yıl tahmini olarak 8.7 milyon yeni vaka ortaya çıkmakta ve 1.9 milyon kişi hastalığa bağlı olarak ölmektedir. Vakaların %95'i ve ölümlerin %98'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmekte olup, bu ölümlerin %80'i de üretken genç yaş grubundaki erişkinlerde görülmektedir. Dünyada tüm ölümlerin %7'sinden ve gelişmekte olan ülkelerdeki önlenemez yetişkin ölümlerinin %26'sından tüberküloz sorumludur.

İnsanlığın bilinen en eski hastalıklarından biri olan tüberküloz, her yıl yaklaşık iki milyon kişinin ölümüne neden olması ile dünya çapında giderek büyüyen tehlikeli bir epidemi haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin bozukluğu, HIV/AIDS yayılımının artması ve çoklu ilaç direncinin ortaya çıkması da bu durumu pekiştirmektedir.

Tüberküloz, sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkelerin ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Devlet örgütleri vasıtası ile bu sorunun tedavisi için çalışılmasına rağmen, bu konuda tam olarak başarılı olunduğu söylenemez. Tanıda gecikme, tedavinin yetersiz planlanması, ilaçların zamanında ve yeterli dozlarda uygulanamaması, tedavinin sürekliliğinin bozulması, tedavi ile ilgili sorunların tespit edilememesi ve hastalık hakkında yeterli bilinçlilik düzeyinin sağlanamaması gibi nedenler hastalığı kronik hale getirmekte, hastanın yakın ve uzak çevresindekilerin de enfekte olmasına yol açmaktadır. Böylece her yıl binlerce insanın ölmesine sebep olmakta, iş gücü kaybı ve tedavi maliyetleri açısından da topluma önemli ekonomik yükler getirmektedir.

Tüberkülozda hasta kişi ile temas etmiş kişilerin bulunması ve kontrolden geçirilmesi koruma açısından çok büyük önem taşımaktadır. Böylece kişiler tedavi edilmiş olmakta, daha önemlisi de enfeksiyonun yayılması önlenmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkelerde aşılama programları, hastaların ortaya çıkarılması ve düzenli tedavi programlarına alınması, dolayısıyla toplumda enfekte kişilerin sayısının azaltılması, toplumun hasta bireylerin ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Dünyada tüberküloz kontrolünün önünde, ekonomik zorluklar, sağlık alt yapısının yetersizliği, eğitilmiş ve yetişmiş personel eksikliği, laboratuvar malzemesi eksikliği, ilaç eksikliği, tüberküloz ve HIV programları arasında işbirliği eksikliği, kontrolsüz bir özel sektör, ekonomisi yeterli, alt yapısı ve personeli olan ülkelerde kötü kontrol programı, çok-ilaça dirençli tüberküloz, savaşlar, sağlık kuruluşlarına ulaşma zorluğu vb. büyük sorunlar vardır.

Tüberküloz dünyada kontrol altına alınıncaya kadar, az gelişmiş ülkeler için primer öldürücü, gelişmiş ülkeler için de değişmez tehdit olarak kalacaktır.

Fiziksel hastalık; hastanın vücut imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal ailesel ve çevresel ilişkilerini olumsuz etkileyerek depresyonun gelişimine yol açmaktadır. Akut hastalıklara kıyasla kronik hastalıklarda, yapı, yetenek ve işlevsellikte önemli kayıplara yol açan hastalıklarda, depresyon daha sıklıkla gelişmektedir.

Tıbbi hastalarda depresyon gelişim sıklığında etkili bir çok faktör vardır. Tıbbi hastalığın kendisi en başta gelen unsurdur. Fiziksel hastalıkların tedavisi için kullanılan bazı ilaçlar

bir diğerkendirdir. Tüberküloz tedavisinde ilaç kullanımı depresyonun varlığı ile olumsuz etkilenmektedir.

Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon, hastanın uyumunu, tedavi ve tedavi ekibi ile olan işbirliğini, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, fiziksel hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir.

Tıbbın giderek daha teknik ve mekanik bir biçimde uygulandığı günümüzde, yalnızca hastalıkların ortadan kaldırılması değil, hastanın yaşamının kalitesini de artırmak için çaba göstermek gerekmektedir. Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin fiziksel sağlığı, ruh sağlığı, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, öte yandan bunların kendi çevrelerinde yer alan önemli özelliklerle olan ilişkilerinden karmaşık bir biçimde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır. Kişinin kendi fiziksel ya da zihinsel algısı olarak tanımlanabilen yaşam kalitesi, fiziksel, psikolojik, ekonomik, ruhsal ve sosyal huzuru içeren geniş bir alanı kapsamaktadır.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yaklaşımı, hastayı sadece hastalığın kaynağı olarak görme değil, onu bütün olarak ele alma ve fiziksel, mental ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişimi olarak gelişmiştir.

Tüberküloz genel sağlık algısını, bedensel duyuyu, psikolojik sağlığı, ruhsal huzuru ve fiziksel, sosyal, rol işlevselliği gibi 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 gelişen diğer problemlerdir.

Tüberküloz dünyada bitmek bilmeyen bir hastalıktır; bununla birlikte tüberkülozlu insanlar arasındaki yaşam kalitesi ve işlevselliği üzerindeki etkisi hakkında az şey bilinmektedir. Tüberkülozun hasta üzerindeki işlevselliği ve yaşam kalitesine etkisi hakkında çok az araştırma vardır.

Bu çalışmanın amacı; tüberkülozun yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek, yaşam kalitesi ile demografik sosyo-kültürel özellikler, hastalığa ilişkin değişkenler ve depresyon skorları arasındaki ilişkileri araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.TANIM

Tüberküloz, “Mycobacterium Tuberculosis complex” olarak adlandırılan bir grup mikobakteri tarafından oluşturulan infekte dokularda, granülomların varlığı ile karakterize farklı klinik görünümlere sahip, kronik nekrotizan bir bakteriyel enfeksiyondur (1). Başlıca akciğer olmak üzere çeşitli organlarda granülomlar oluşmasına neden olan bir hastalıktır (2).

Tüm tüberküloz olgularının %80-90’ında hastalık akciğerde ortaya çıkmaktadır. Diğer organ tüberkülozlarının birçoğu da akciğerdeki tüberküloz enfeksiyonunu takiben meydana gelmektedir. Tüberküloz hastalığının sık görüldüğü diğer organlar, lenfatik sistem, plevra, santral sinir sistemi, genitoüriner sistem, kemikler ve eklemlerdir. Bütün organları yaygın olarak da tutabilir ve buna miliyer tüberküloz denir (3).

2.2. BULAŞICILIK

Tüberküloz hastalığında mikroorganizmanın bulaşma yolları çok farklı olabilir. Gastrointestinal sistem ve deri de giriş kapısı olmakla birlikte en sık bulaşma yolu solunum sistemidir (4).

Bulaşmayı Etkileyen Faktörler

1. Kaynak olgunun özellikleri: Akciğer, özellikle de kaviteli akciğer ve larinks tüberkülozunda, balgam ARB (Aside Resistan Bakteri) pozitifliğinde, öksürük yakınmasının varlığında, tedavi olmayan ya da iki haftadan kısa süredir tedavi gören hastalarda bulaştırıcılık fazladır.

2.Çevresel faktörler: Mikroorganizmanın havadaki konsantrasyonu ve ultraviyole ışınları tüberkülozda bulaşmayı etkileyen çevresel faktörlerdendir. Kaynak olgu ile paylaşılan ortamın havalandırılması yetersiz kapalı bir mekan olması bulaşmayı artırmaktadır. Standart ısı ve nem koşulları sağlanan kapalı ortamlarda aerosol halindeki basillerin %60-70'i 3 saat, %48-56'sı 6 saat ve %28-32'si 9 saat canlı kalabilmektedir. Bu nedenlerle bulunan ortamdaki damlacık çekirdeklerinin ventilasyon ya da filtrasyon ile uzaklaştırılması, oda havasının günde 6-12 kez taze hava ile değiştirilmesi ve ultraviyole ile karşılaşma bulaşıcılığı önlemede etkin önlemlerdir.

3.Karşılaşma süresi ve yoğunluğu: Karşılaşma süresi ne kadar uzunsa ve kaynak olgunun basil yoğunluğu ne kadar fazla ise bulaşma o kadar fazla olur.

4.Tüberküloz basilinin özellikleri: Basilin virulansındaki kantitatif değişkenler arasında, tutulan organ sayısı ya da yaygın hastalık yapma eğilimi, organlardaki basil sayısı ve oluşan doku reaksiyonu veya hasarın şiddeti sayılabilir.

5.Hedef kişinin özellikleri: Temasının daha önce tüberküloz geçirip geçirmediği, BCG durumu, tüberküloz hastalığı gelişimini arttıran bir durumun varlığı (diabetes mellitus, silikozis, uzun süre kortikosteroid kullanımı, transplantasyon, HIV pozitif olup olmadığı vb.) kaynak olgu ile karşılaşma sonrası gelişecek durumun belirlenmesinde önemlidir (5-7).

Gerçek bulaşma mekanizması hasta bireylerin öksürük, hapşırma, konuşma, şarkı söyleme gibi derin solunum hareketleri ile basil yüklü damlacıkların çevre havasına dağılması ve buharlaşma sonucunda daha küçük partiküller haline geçen damlacık çekirdeklerin sağlam bireyler tarafından solunum yoluyla alınması ile olur. Diğer bulaşma şekilleri nadirdir. Eskiden, mycobacterium bovis enfeksiyonunun enfekte inek sütünün tüketilmesi ile bulaşması sık görülürdü; ancak bu bulaşma şekli, tüm gelişmiş ülkelerde süt ve süt ürünlerinin pastörize edilmesi ile kontrol altına alınmıştır (7). Ülkemiz gibi gelişmekte olan

ülkelerde pastörizasyon kurallarına riayet edilmeden süt kullanımının yaygın olması halen gastrointestinal yolla bulaşmayı gündemde tutmaktadır (14). Kontamine eşyaların elle tutulması ile enfeksiyon bulaşmamaktadır. Ancak basiller bir şekilde deri yolundan girdiği zaman inokülasyon ile enfeksiyon oluşabilir. Bu tip bulaşma, enfekte doku ve kültürle çalışan patoloğlarda ve laboratuvar çalışanlarında seyrekte olsa görülebilmektedir (7).

Kalabalık ortamda yaşama ve fiziki yakınlık bulaşmanın önemli belirleyicilerindedir. Kapalı ortamda temasta bulunanlarda tüberkülin pozitifliği ve hastalık oluşması, açık ortamlarda temas halinde olanlardakinden daha fazladır. Genellikle tüberküloz oranı, yakın temasta 3/1000'dir. Yakın temasların yaklaşık %30'u, yakın olmayanların ise %15'i enfektedir. Enfeksiyon riskinde aile içi bireyler başta gelmektedir. Bunu okul, işyeri ve daha az oranda da arasına bir arada olan temaslular izlemektedir (7).

2.3. İMMÜNOLOJİ

M. tuberculosis ile karşılaşan kişilerde bu karşılaşmanın sonucunu, basilin virulansı ve basile karşı gelişen konakçı yanıtı belirlemektedir. Basil ile enfekte olan kişilerin büyük çoğunluğunda (%90) hastalık gelişmemektedir. Aktif hastalık gelişen enfekte kişilerin bazılarında immün sistem yetersizliği (HIV enfeksiyonu, malnütrisyon, malignite vb) saptanmasına karşın, çoğu hastada belirgin bir immün baskılanma izlenmemektedir. Ayrıca hiçbir tedavi almayan tüberkülozlu hastaların yaklaşık 1/3'ünün kendiliğinden iyileştiği bilinmektedir. Yaygın olarak kullanılan Bacillus Calmette-Guerin (BCG) aşısı, bazı tüberküloz şekillerinin ortaya çıkışını en az %50 oranında engellerken, bazı kişilerde tüberkülin test pozitifliği aktif tüberkülozlu hastalarda yoğun karşılaşmaya rağmen hastalık gelişimini önlemektedir (8).

Basil saçan bir tüberküloz hastasıyla temas eden normal, sağlıklı bir kişi için sessiz enfeksiyon olasılığı %95, iki yıl içinde aktif tüberküloz gelişme olasılığı %5'tir. Sessiz enfeksiyon gelişenlerin %5'i yaşamlarının geri kalan döneminde tüberküloz hastası olmaktadır (yaşam boyu toplam risk %10) (6,9,10).

2.4. PATOGENEZ

Tüberküloz, enfeksiyon oluşumu ve bundan sonraki dönemde hastalık gelişimi olmak üzere iki aşamalı bir sürece sahiptir. Bulaşıcı nitelikteki bir akciğer tüberkülozlu hasta ile (yayma pozitif) karşılaşan tüberkülin deri testi (Purified Protein Derivative =PPD) negatif

temaslıların yaklaşık %30'unda tüberküloz infeksiyonu oluşmakta ve bu kişilerde klinik/radyolojik hiçbir belirti olmaksızın tüberkülin deri testi pozitifleşmektedir. Enfekte olan kişilerin %5'inde infeksiyonu izleyen ilk 5 yıl içinde hastalık gelişmektedir (primer tüberküloz ya da erken hastalık gelişimi). Primer infeksiyonu izleyen uzun bir latent dönemden (en az 5 yıl) sonra enfekte kişilerin %5'inde daha hastalık gelişmektedir (sekonder tüberküloz ya da geç hastalık gelişimi) (8).

Tüberkülozda tek ve çift yumurta ikizleri üzerinde yapılan bir çok çalışmada genetik yatkınlık olduğu ileri sürülmüş ve bunu doğrulayacak biyolojik araştırma verileri elde edilmişse de bu genetik farklılık, ömür boyu karşılaşılan çevresel etkilerden arındırılmadığından kesin hükümlere varılamamıştır (11).

2.5.TEDAVİ

Tüberküloz tedavisinde hedef relaps olmadan tedavinin sağlandığından emin olmak, ölümü önlemek, bulaşmayı durdurmak, ilaç direnci riskini önlemektir (11). Tüberküloz hastalarında tedaviyi tamamlamak çok güç olup başarısızlıklar yaşanabilir. İlaçların uygulanması ile aktif tüberküloz uygun şekilde elimine edilmektedir. İlaçların tanımlanandan daha kısa süre alınması hastalığın daha sonraki tarihlerde reaktivasyonuna fırsat vermektedir (12). Tüberküloz tedavisinde en önemli faktör ilaçlardır (13).

Tüberkülozun tedavisi en az 6 ay süre ile birkaç ilacın kombine kullanımı ile sağlanmaktadır. Son 10 yıldan daha fazla süredir teşhis ve tedavisinde ciddi gelişmelere rağmen tüberküloz tedavi sistemlerinde çok etkin sonuçlara ulaşamamıştır (11). Bugün dünyada gözlenen tüberküloz salgınının temel nedeni, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, saptanan hastaların ancak yarısından azının tam olarak tedavi edilebiliyor oluşudur (14).

Tüberkülozda tedavi başarısı, hastaların ilaçları düzenli kullanmasına bağlıdır. Uygun tedavi rejimlerinin kullanılmaması, ilaç direncinin varlığı, hastaların tedaviye uyumsuzluğu ve ilaçlarını düzenli ve yeterli süre kullanmamaları nedeniyle çoğu ülkede tedaviden sonraki nüks oranı yüksektir (14).

Hiç tedavi verilmeyen tüberküloz hastalarının yaklaşık yarısı 5 yılda ölmektedir; %25'i kendiliğinden şifa bulmakta ve yaklaşık %25'i ise toplumda enfeksiyon kaynağı olarak yaşamayı sürdürmektedir. İyi bir tedavi programında %65'ten yüksek oranda hastada kür sağlanmaktadır; %2-3 hasta ölmekte ve %1-2 hasta bulaşıcılığı sürdürmektedir (15).

Tedaviye uyum, önerilen ilacın belirtilen doz ve sürede uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, günde tek doz uygulanan bir ilacın uyum oranı %90 iken, günde üç doz uygulanması önerilen bir ilaca uyum oranının %30 olduğu bildirilmektedir. Anti-tüberküloz tedavide hastanın tedaviye uyumsuzluğu, direnç gelişiminde en önemli faktördür. CDC (Center for Disease Control) verilerine göre, tüberküloz tedavisine alınan hastaların %20'si, profilaksiye alınan hastaların ise %30'u tedaviyi önerildiği gibi uygulamamaktadır. Tedaviye uyumsuzlukta, alkol ve ilaç bağımlılığı, ekonomik yetersizlik, bilgilendirme eksikliği, HIV ile enfekte olma, göçmen olma gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir (16).

2.6.TÜBERKÜLOZ KONTROLÜ

Tüberküloz kontrolü ile temel halk sağlığı hizmetleri birbirinden bağımsız olarak ele alınamaz. Tüberküloz kontrolünün etkin bir hale gelebilmesi için özellikle az ve orta gelişmiş ülkelerde birinci basamak halk sağlığı hizmetleri sistemi içinde entegre edilmesi gereklidir (17).

Tüberküloz Kontrolünün Araçları

1. Tüberküloz hastalarının tanı, tedavi ve takibi: Hastaların erken tanısı, etkili ve düzenli tedavi ve takibi herhangi bir tüberküloz kontrol programının en önemli öğeleridir (17).

2. Kemoprofilaksi: Tüberkülin testi pozitifliği ile tüberküloz enfeksiyonu saptanan asemptomatik kişilerde izoniazid ile profilaktik tedavi tüberküloz insidansını azaltan etkili bir araçtır. Ancak oldukça pahalı ve kitlesel olarak uygulama zorluğu yanında, karaciğer toksisitesine yol açması riski de taşımaktadır (17). Aktif tüberkülozlu bir hasta çevresindeki 20 sağlıklı kişiyi infekte etmektedir. Bu nedenle hasta kişi ile temas etmiş kişilerin bulunması ve kontrolden geçirilmesi çok büyük önem taşımaktadır. Ev içinde temasta olan kişilerde akciğer radyogramı çekilerek aktif akciğer tüberkülozu dışlandıktan

sonra, temas edenin yaşına ve tüberkülin testine bakılmaksızın ilaçlı korumaya alınması, yaşlı hastalarda ayrıca risk-yarar oranının göz önünde bulundurulması önerilmektedir (6).

3. BCG (Bacillus Calmette-Guerin) aşısı: BCG aşısı postprimer (reaktivasyon) tüberkülozün oluşması üzerine çok az etkilidir. Tüberküloz infeksiyonu esas olarak balgam yayması pozitif, reaktivasyon tüberkülozlu olgular tarafından yayıldığı için, BCG aşısı tüberküloz infeksiyonunun yayılmasını önlemekte etkili olamamaktadır. Diğer taraftan aşı, çocukları oluşabilecek öldürücü tüberküloz formlarından korumakta etkili spesifik bir araç olarak kullanılmaktadır (1,17). ACET (Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis) etkin bir tüberküloz kontrolünün koruyuculuğu yüksek bir aşı ve etkin bir antitüberküloz tedavi ile sağlanabileceğini öngörmektedir (1).

4. Risk faktörlerinin kontrolü: İnfeksiyon riski için en önemli faktör toplumdaki balgam yayması pozitif olguların prevalansıdır. Bu risk yalnızca erken tanı ve etkili tedavi programlarının uygulanması ile azaltılabilir. İnfeksiyonun yayılmasına etki eden diğer faktörler; kalabalık yaşam koşulları ve havadaki basil yüklü partikül yoğunluğu olup, bu faktörlerin etkili olarak elimine edilebilmesi mümkün olamamaktadır. Hastanelerde ve laboratuvar ortamlarında ultraviyole ışını ve kabinlerin kullanılması ile alınan önlemler infeksiyonun yayılmasını önlemede global olarak çok etki etmemektedir (17).

Tüberküloz basili ile infekte olduktan sonra hastalığın gelişme süreci üzerine etki eden çeşitli faktörler vardır. HIV infeksiyonu, malnütrisyon, alkolizm, diyabet, silikozis, immünsüpresif tedavi ve uzamış steroid kullanımı bunlar arasında yer alan önemli risk faktörleridir. Hapishaneler ve bakımevleri gibi özel koşullara sahip kalabalık yaşam yerleri bulaşıcı hastalıkların yayılması için her zaman uygun bir ortam hazırlar (17).

5. Tüberküloz kontrolü için DSÖ önerisi; Doğrudan gözetimli tedavi (Directly Observed Therapy = **DOTS**): Tüberküloz epidemilerinin kontrolü için günümüzde en etkili strateji DOTS'dur. Bu strateji, hastaların uygun ilaç kombinasyonları ile gerekli süre sağlık personeli tarafından izlenmesini içeren bir tüberküloz kontrol programıdır (18). Bu stratejinin yeni hedefleri belli bir toplumda beklenen yayma pozitif hastaların en az %70'ini saptama ve bunların da en azından %85'inde kür sağlama olarak belirlenmiştir (17,18). Tüberküloz kontrolünde önemli bir nokta olan latent enfeksiyonun tedavisi de sonuçların iyileşmesinde önemli bir boyuttur (11).

Sağlık sistemlerindeki aksaklıklar, sosyal ve politik istikrarsızlık tüberkülozun kontrolünü zorlaştırmaktadır. Tüberküloz kontrolü, temel sağlık hizmetlerinin bir parçası olmalıdır. Planlama, bütçeleme ve denetim ulusal düzeyde kalmalı; hizmet alımı merkezden periferik basamak şeklinde ilerlemeli ve her ülke kendi ihtiyaçlarını belirleyerek önceliklerine göre DOTS stratejisini temel sağlık hizmetlerine entegre etmelidir (19).

2.7. DÜNYADA TÜBERKÜLOZ

Tüberküloz dünyada görülen en eski hastalıklardan biridir. Avrupa'da ilk çağlarda yaşayan insanların omurgalarında, Mısır mumyalarında tüberküloz lezyonlarının bulunması, hastalığın milattan 4000 yıl önce yeryüzündeki varlığını göstermektedir (20). Modern tıbbın pek çok avantajlarına rağmen tüberküloz dünyada ölüme götürücü bir infeksiyon hastalığı olarak kalmıştır (21). İlk tüberküloz salgını İngiltere'de 16.yy'da başlamış ve 1750'lerde en yüksek noktasına ulaşmıştır. Avrupa'da Endüstri Devrimi yıllarında büyük şehirlerde insanların az para ile aç, havasız, güneşsiz, temiz olmayan ortamlarda toplu halde yaşaması ile bağlantılı olarak hastalığın çok yaygınlaştığı bildirilmektedir (22).

Gelişmiş ülkelerde yaşam koşullarının iyileşmesi ile 20. Yüzyılın başından beri gözlenen tüberküloz hastalığındaki azalma, 1950'li yıllardan itibaren modern ilaç tedavisinin devreye girmesi ile iyice belirginleşmiş ve hastalığın tam eradikasyonu tartışılmaya başlanmıştır (23). Tüberküloz 1985 yılına gelindiğinde, gelişmiş ülkelerde çiçek hastalığında olduğu gibi tamamen ortadan kalkma noktasına gelmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, hastalık ya hızını azaltmış ya da en azından artış göstermemiştir (24).

Hastalık 1985 yılından sonra üç epidemik yayılım göstermiştir. Birinci epidemik, bastırılmış olan hastalığın yeniden ortaya çıkması, canlanması şeklindedir (24). Bu artışın nedenleri incelendiğinde, HIV infeksiyonunun ortaya çıkması, tüberküloz kontrolüne verilen önemin (bütçe ve sağlık örgütlenmesi vb) azalması, yoksulluk ve göçler öne çıkmaktadır (25). İkinci epidemik, HIV infeksiyonu ile birlikte tüberkülozun öldürücü ikili olarak sahneye hakim olması, sonuncu epidemik ise; birçok ilaca dirençli tüberküloz basili suşlarının oluşması sonucudur (24).

Tüberkülozun günümüzde önemli bir sağlık sorunu olmasında etkili olan faktörler:

1. Sağlık politikaları içinde tüberküloza yeterince önem verilmemesi: Özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde kontrol programlarına ayrılan fonların yetersizliği nedeniyle tedavi hızları %50 azalmış ve “kronik infeksiyon havuz”undaki vaka sayısı artmıştır. Tamamlanmamış tedavi direnç gelişmesine, direnç gelişmesi de tedavide başarısızlığa yol açmaktadır (17,26).

2. Demografik özellikler ve değişiklikler: Son yıllarda dünya genelinde çocuk ölümlerinin azalması toplumda adölesan ve genç erişkin sayısının artması sonucunu doğurmuştur. Hastalığın ortaya çıkma hızları sabit kalmış olsa bile genç erişkin ve adölesanlar çocukluk çağında enfekte olmuş bulunmaktadır. Ayrıca küresel olarak toplumun yıllık büyüme hızı da tüberküloz insidansının mutlak değerler olarak artmasına neden olmaktadır (17,26,27).

3. HIV/AIDS Epidemisi: Tüberkülozun 1980’lerin sonlarında Birleşik Devletler’deki dirilişi, büyüyen bir HIV epidemisi ile aynı döneme rastlamaktadır. Dünya çapında tüberküloz, HIV ile enfekte hastalardaki başlıca fırsatçı enfeksiyondur (10,28,29). Her ne kadar belli bölgelerde diğer patojenler hakim olsa da HIV (+) immün suprese kişilerde global olarak en büyük tehdidi tüberküloz oluşturmaktadır (29). Tüberküloz HIV enfeksiyonlu bireyler arasında da sakatlık ve ölüme sebep olmakta, HIV enfeksiyonunun daha kolay gelişmesinde rol oynamaktadır (21). HIV ile enfekte kişilerde tüberküloz insidansı normal popülasyondakinin 100 katından daha fazladır. Tedavi edilmemiş HIV ile enfekte, pozitif tüberkülin deri testine sahip kişilerde aktif tüberküloz riski yılda %8 civarındadır (28). Kuzey Afrika, Zambia, Zimbabwe ve Botswana gibi ülkelerde 2000 yılında tüberküloz ve HIV enfeksiyonu sıklıkla birlikte görülmüştür. 2000 yılında tüberküloz nedeniyle ölen yaklaşık 2 milyon kişinin %13’ü aynı zamanda HIV ile enfekte idi (11).

4. Sosyoekonomik değişiklikler: Son on yılda az gelişmiş ülke sayısı ikiye katlanmış, orta derecede gelişmiş ülkelere gayri safi milli hâsılada gerilemeler olmuştur (17,19).Tüberküloz, olumsuz sosyoekonomik koşulların bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır. Politik ve sosyoekonomik tehditler ve silahlı çatışmalar, artan işsizlik, malnütrisyon, yoksulluk, evsizlik, aşırı kalabalık hapisaneler, artan suç oranı, alkolizm ve

ilaç kullanımı, kitlesel nüfus hareketleri bu ülkelerdeki tüberküloz vaka sayılarındaki artışı açıklamakta; hastaların büyük çoğunluğunu alkolikler, eski mahkumlar, evsizler, ilaç bağımlıları ve göçmenler gibi gruplar oluşturmaktadır. Hapishanelerdeki hastalık topluma oranla 100 kat daha fazla rapor edilmekte; bunların büyük kısmını çoklu ilaç direnci olan tüberküloz vakaları oluşturmaktadır (19).

Modern anlamda tüberküloz tedavisi 1944 yılında streptomisin'in keşfi ile başlar. 1946'da para-amino salisilik asit (PAS) bulunmuş ve iki ilaç kombine edilmiştir. 1952'de Isoniazid'in tedaviye girmesi ile gerçek tedavi dönemi başlamıştır. Bugün tedavide çok önemli yeri olan Rifampisin'in keşfi ise 1965 yılındadır. Modern ilaç tedavileri geliştirilinceye kadar tedavide esas olan vücut direncinin artırılması idi. Bunun için dağ havası, çam havası, istirahat ve beslenme yöntemlerinin uygulandığı sanatoryum koşulları sağlanmaya çalışılmıştır. Bunlara ek olarak akciğerlerin hareketlerini azaltmaya yönelik cerrahi tedavi metodları denenmiştir (22).

Tüberkülozlu hasta sayılarında artış ve tüberküloz kontrolü çabalarında yeterince başarı sağlanamaması nedeniyle, Dünya Sağlık Örgütü, 1993 yılında "Tüberkülozda Global Tehlike" başlığı ile sorunu kamuoyuna duyurmuş ve biran önce acil önlemlerin alınması gerektiğini vurgulamıştır. İkibinli yıllara girildiğinde, Avrupa'nın ve Kuzey Amerika'nın sanayileşmiş ülkelerinde hükümetlerin konuya önem vermeleri, büyük bütçelerin tahsisi ve önemli sağlık örgütlenmeleri sonucunda tüberkülozlu hasta sayısında azalma başlamıştır. Ancak bu ülkelerden bazılarında, ilaca dirençli tüberküloz, önemli bir sorun olmayı sürdürmüştür. Doğu Avrupa, Asya, Afrika ve Güney Amerika'da ise tüberküloz pandemisi bütün hızıyla sürmüş, HIV enfeksiyonunun artışı, durumu daha da ciddileştirmiştir (30). Son on yılda tüberküloz insidansı Afrika'da HIV enfeksiyonunun yaygınlığı ile bağlantılı olarak artmıştır (11).

Dünyada tüberküloz hastalarının %80'ini kapsayan, en çok hastanın bulunduğu ülkeler yüksek hasta yükü olan ülkeler olarak ele alınmaktadır. Bugün dünyadaki tüberküloz hastalarının %80'ini barındıran en çok hastanın bulunduğu beş ülke Hindistan, Çin, Bangladeş, Filipinler ve Güney Afrika'dır (3).

Tüberküloz günümüzde en yaygın görülen enfeksiyonlardan birisidir. Dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri M.tuberculosis basili ile infekte olup tüberküloz dünya genelinde en

yaygın infeksiyon hastalıklarından biridir (31). Her yıl tahmini olarak 8.7 milyon yeni vaka ortaya çıkmakta ve 1.9 milyon kişi hastalığa bağlı olarak ölmektedir (8,18,32). Ancak beklenen tüm yeni pulmoner ve ekstrapulmoner tüberküloz vakaların sadece %42'si ve beklenen yeni pulmoner tüberküloz (yeni yayma (+) vakaların %39.9'u saptanabilmektedir (18). Gelişmiş ülkelerde infekte bireylerin %80'i 50 yaş ve üzerindeki yaş gruplarında iken, gelişmekte olan ülkelerde infekte bireylerin %77'si 50 yaş altındaki yaş gruplarındadır. Dünya nüfusunun %25'inin yaşadığı gelişmiş ülkelerde (Avrupa, Kuzey Amerika, Japonya, Avustralya ve Yeni Zelanda) yıllık infeksiyon riski %0.1-0.01 düzeyindedir ve yıllık infeksiyon riski her yıl %10'dan fazla bir oranda azalmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise yıllık infeksiyon riski %0.5-2.5 arasında değişmekte ve daha yavaş bir hızla azalmaktadır. Günümüzde her yıl 8 milyon yeni tüberkülozlu hasta ortaya çıkmaktadır. Dünyada tüm ölümlerin %7'sinden ve gelişmekte olan ülkelerdeki önlenebilir yetişkin ölümlerinin %26'sından tüberküloz sorumludur. Mevcut kontrol programları 1990 yılındaki konumunu koruduğu takdirde, 2025 yılında yıllık vaka sayısının 11.9 milyona çıkması beklenmektedir (8).

Dünya genelinde yaklaşık 2 milyar insan enfekte, 8 milyon insanda hastalık gelişmekte ve her yıl 2 milyon insan tüberkülozdan ölmektedir (32,33). Dünyada tüberküloz hastalarının %80'i 15-49 yaşları arasındadır (3). 2000 yılı içerisinde 8-9 milyon yeni tüberküloz vakası olduğu tahmin edilmiş ve vakaların çoğunun (5-6 milyon) 15-49 yaş arasında olduğu bildirilmiştir (11). Tanı konulan her dört hastadan birisinin ölüyor olması, dünyada tüberküloz hastalarının yeterince tedavi edilmediklerini göstermektedir. Tüberküloz ölümlerinin hemen tümü, önlenebilir ölümler olup genellikle genç ve erişkinlerde olmaktadır (3).

M tuberculosis ve M africanum insanlarda tüberküloz hastalığı yapan birbirine yakın tür veya alt türlerdir. Yıllık yaklaşık sekiz milyon yeni infeksiyon ve yaklaşık 2 milyona varan ölüm sayıları ile bu mikroplar halen dünyada bilinen bir organizma nedenli ölüm sıralamasında ilk sırada yer alan amillerdir (33,34).

Avrupa'da kişi başına düşen gayri safi milli hasılanın 2700 \$ veya altında olduğu ülkelerde yaşayan insanlar, 24000\$ veya üstünde olduğu ülkelerde yaşayanlara göre 5 kat fazla tüberküloz bulaşma riskiyle karşı karşıyadır. Yine de tüberküloz, Avrupa'nın en zengin ülkelerinde bile henüz eradike edilememiştir (19).

Tüberküloz programları güçlendirilmezse; 2000-2020 yılları arasında 1 milyar yeni enfeksiyonun olacağı, 200 milyon kişinin hastalanacağı ve 35 milyon kişinin tüberküloz nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir. Son 10 yıldır, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi 130 000 vakayla tüberküloz yükünde %30'luk bir artış yaşamıştır. Vakalardaki artışın büyük bir kısmını Orta ve Doğu Avrupa ile bağımsızlığını yeni kazanmış eski Sovyet Cumhuriyetleri oluşturmaktadır. Tahmini tüberküloz hızı artışı Doğu Avrupa' da (%8) dünya ortalamasının (%3) üstündedir (19).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılı küresel tüberküloz kontrolü raporunda dünyada halen 8.8 milyon yeni tüberküloz ve 3.9 milyon balgam yayma pozitif hasta bulunduğu, küresel tüberküloz insidansının her yıl yaklaşık %1.1, olgu sayısının ise % 2.4 artış gösterdiği belirtilmektedir. Tüberküloz, dünyadaki bütün hastalıkların %2.5'ini ve önlenebilir ölümlerin %26'sını oluşturmaktadır (35).

Dünyada tüberküloz kontrolünün önünde, ekonomik zorluklar, sağlık alt yapısının yetersizliği, eğitilmiş ve yetişmiş personel eksikliği, laboratuvar malzemesi eksikliği, ilaç eksikliği, tüberküloz ve HIV programları arasında işbirliği eksikliği, kontrolsüz bir özel sektör, ekonomisi yeterli, alt yapısı ve personeli olan ülkelerde kötü kontrol programı, çok-ilaça dirençli tüberküloz, savaşlar (Afkanistan, Irak, Kongo Demokratik Cumhuriyeti), sağlık kuruluşlarına ulaşma zorluğu vb. büyük sorunlar vardır (15).

2.8.TÜRKİYE'DE TÜBERKÜLOZ

Türkiye'de tüberküloz endemik bir hastalıktır (8).Tüberkülozun ülkemizde geçmiş yüzyıllarda nasıl bir seyir gösterdiği bilinmemektedir. Eldeki ilk bilgiler 19.yüzyıl ortalarından başlamaktadır. Rakamsal veriler olmamakla birlikte bir çok padişahın tüberkülozdan ölmesi hastalığın Osmanlı topraklarındaki yaygınlığını yansıtmaktadır. İlk rakamsal veriler 1900'lerin başlarına ait bilgileridir. 1905'de İstanbul ve İzmir kent merkezlerinde tüberküloz, tüm ölüm nedenleri arasında, %18.2 ile birinci sıradadır. O yıllara ait 100 binde 283 mortalite rakamları, 1860 İngiltere rakamlarına oldukça yakındır (36). İkinci Dünya savaşında ve sonrasında ülkemizde yüzlerce kişinin orduya alınmasıyla askerler hastalığı birbirine bulaştırmış ve hastaların hava değişimi ile köylerine gönderilmesi de hastalığın köylere kadar yayılmasına yol açmıştır (22).

Türkiye’de gerçek anlamıyla 1950 sonrasında tüberküloz kontrol çalışmaları başlatılmış ve 20-25 yıllık zaman dilimi içinde çok başarılı sonuçlar alınmıştır (36,37).

Sistemli ve kapsamlı veremle savaş çalışmaları ilk defa 1953 yılı başında BCG kampanyaları şeklinde başlamıştır. 1960’lı yıllarda da, gerek dispanser sayısı artırılarak ve gerekse kitlesel mikrofilm taramaları başlatılarak teşhis ve tedavi çalışmalarının ülke genelinde yaygınlaştırılmasına başlanmıştır. Hem bağışıklama, hem de teşhis-tedavi programlarında 1970’li yıllara kadar büyük başarılar elde edilmiş, tüberküloz mortalitesinde ve prevalans hızlarında büyük düşüşler sağlanmıştır. Bu başarıların ardından Sağlık Bakanlığı, ülkemizde tüberküloz sorununun tamamen çözümlendiğini deklare etmiştir. Bunun üzerine, gerek tıp fakültelerinde ve gerekse Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlarda tüberküloz konusuna önem verilmez olmuştur. Fakültelerde tüberküloza ayrılan ders saatleri azalmış veya kaldırılmış, bakanlığın dispanser yatırımları durmuş, personel açıklarının kapatılmasında ağır davranılmıştır. Bunlar, tüberküloz programlarının çeşitli aksaklıklara ve sonuç olarak hastalığın yaygınlığında hissedilir bir artışa yol açmıştır (38).

Sağlık Bakanlığının yayınlarına göre, 1950 yılında 100.000’de 200-300 olan tüberkülozdan ölüm oranı, 1984’de 8.2’ye, 1996 ise 1.9’a düşmüştür. Tüberküloz insidansı ise 1970’de 100.000’de 126, 1980’de 52, 1985’de 44.2, 1990’da 44 ve 1997’de 31.5 olarak bulunmuştur. Fakat bildirimde yaşanan aksaklıklar nedeniyle insidansın bu rakamların üzerinde olduğu sanılmaktadır (23,24). DSÖ’nün yıllık tüberküloz raporlarında ise Türkiye’nin tüberkülozlu hasta insidansı, 1995’de 100.000’de 37 iken 2001 yılında 100.000’de 26’ya düştüğü bildirilmektedir (15).

Ülkemizde tüberkülozun 1990-1995 yılları arasındaki seyri, günümüzdeki durumu ve uygulanan kontrol programının etkinliğini değerlendirmede karşılaştığımız en büyük engel, ihbar-kayıt sistemimizin yetersiz oluşudur. Aynı zamanda olguların tümü mikrobiyolojik olarak doğrulanmamış olup, tarama sonuçlarının büyük bir çoğunluğu radyolojik incelemeye dayandırılmaktadır. Bütün bunlara ek olarak elimizdeki mevcut veriler, Türkiye’de var olduğu tahmin edilen tüberküloz olgularının ancak %50’sinin Verem Savaş Dispanserlerinde kayıtlı olduğunu göstermektedir (39).

Ülkemizde tüberküloz ile enfekte nüfusun oranı yüksek olup hastaların çoğunluğu genç yaş grubundadır (%64’ü 15-44 yaş grubunda) (39). Tüberküloz hastalarının %60-75’inin

tedavisine hastanelerde başlanmaktadır. Standart kısa süreli tedavi rejimleri ülkemizde kabul edilmiş, ancak bu tedavilerin uygulanmasında, ilaç rejimi seçiminde, tedavi süresi ve tedaviye uyum konusunda sorunlar vardır (3).

Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı verilerine göre ülkemizde BCG'siz enfekte kişi sayısı 12-15 milyondur (39). Halen Dispanserlerde takip edilen aktif tüberkülozlu 27-30 bin arası hasta vardır. Ülkemizde her yıl 23000 yeni olgu tespit edilmekte ve tedaviye alınmaktadır. Bu olguların %3'ü primer dirençli tüberkülozdur (22).

Türkiye'de son yıllarda tüberküloz kontrolü ile ilgili önemli gelişmeler olmakla birlikte hala ciddi sorunlar da vardır. Tanı geç konulabilmektedir ve bakteriolojik tanı oranları düşüktür. Tanı konulmuş hastaların bildirimleri ve verem savaşı dispanserlerine nakledilmelerinde de eksiklikler vardır. Kayıtlı hastalar dışında önemli sayıda hasta olduğu bilinmektedir. Yeni vakalarda standart dışı tedavi uygulaması azalmakla birlikte halen vardır. Eski hastalarda ise hatalı tedaviler, etkisiz ilaçları uzun süreler kullanma şeklindeki uygulamalar azalmakla birlikte devam etmektedir. Tanı konulan hastaların tedavilerinin sürdürülmesi ve tamamlanmasında sorunlar vardır. Doğrudan gözetimli tedavi, uygulaması henüz çok az sayıda dispanserde uygulanmaktadır. Tedavinin takibinde bakteriolojinin kullanımı yetersizdir. Verem savaşı dispanserlerinin kayıt sistemi eskidir. Ülke çapında hasta bilgilerinin düzenli, sistematik toplanması ve analizinde sorunlar vardır. Yaşa ve cinsiyete göre hasta dağılımı ve tedavi sonuçları hala Dünya Sağlık Örgütüne bildirilememektedir. Dirençli tüberküloz sorun olmayı sürdürmektedir (15).

2.9.TÜBERKÜLOZ HASTALIĞI GELİŞİMİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Tüberküloz enfeksiyonunun tüberküloz hastalığına dönüşmesini artıran bazı durumlar şunlardır (3):

- Enfeksiyonun yeni gelişmiş olması (≤ 2 yıl),
- Diyabet
- Silikozis
- Uzun süre kortikosteroid kullanımı,
- Bağışıklığı baskılayan tedaviler,
- Akciğer filminde apekte infiltrasyon,
- Yetersiz tedavi almış kişide tüberküloz sekel lezyonu,
- Enfekte olan kişinin 0-5 yaşında ya da çok ileri yaşta olması,
- Sigara tiryakiliği,
- Kronik malabsorbsiyon sendromu,
- Transplantasyon
- Gastrektomi
- Vücut ağırlığının,ideal vücut ağırlığına göre %5'ten daha fazla düşük olması,
- HIV enfeksiyonu,
- Uyuşturucu kullanımı,
- Baş-boyun kanserleri,
- Lösemi,
- Lenfoma,
- Diğer retiküloendoteryal sistem kanserleri,
- Kronik böbrek yetmezliği (hemodiyaliz tedavisi altında),
- İntestinal rezeksiyon (jejunoileal bypass)

Tüberküloz basili ile enfekte olmuş kişilerde klinik hastalık ya primer enfeksiyonun progresyonu ile hemen, ya da enfeksiyonu takiben “dormant” (uyku hali) duruma geçmiş bir odağın herhangi bir süre sonra “reaktivasyon” göstermesi ile meydana gelir. **Bu gelişimi etkileyen faktörler şunlardır (40):**

1. Primer enfeksiyondan sonra geçen süre: Tüberküloz basili ile enfekte olanların ilk iki yılda %5, sonra da yaşam boyu %5 olmak üzere %10'unda tüberküloz gelişmektedir. Bunun için tüberküloz basilinin bağışıklık sisteminin savunmasını yenmesi ve çoğalması gereklidir. İlk iki yılda gelişen hastalık, genellikle akciğer dışı tüberkülozdur ve 3-4 ayda hematogen yayılım ile ciddi tüberküloz hastalığı, plörezi; 3 yıla kadar kemik-eklem tüberkülozu, 8 yıla kadar böbrek tüberkülozu görülebilir. HIV pozitif kişilerde hastalık çok daha yüksek bir oranda görülür (3).

Aynı şekilde daha evvelden hastalanıp da başarılı bir tedavi ile iyileşmiş, hastalıkları inaktifleşmiş hastalarda da, düzelmeyi takip eden sürenin uzunluğu, nüks (relaps) riski açısından önemlidir (40).

2.Önceden akciğer tüberkülozu geçirmiş hastalarda tedavi verilip verilmemiş olması ve verilmişse tedavinin yeterliliği: Evvelden geçirilmiş hastalık için hiç tedavi almamış olanlar relaps yönünden en yüksek risk altındadır. Geçmişte aktif tüberküloz için aldığı tedavi süre ya da kalite olarak yetersiz olan kişilerde nüks riski hiç tedavi almamışlara göre bir miktar azalmaktadır. Geçmişte yeterli süre etkin tedavi almış hastalarda ise bu risk en aza inmektedir (40).

3. Yaş: Hastalık her yaşta görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hastalık insidansı ergenlik çağda zirveye ulaşmaktadır (41).

Yaş faktörünün getirdiği risk, hastalığın primer tüberkülozun progresyonu ya da endojen reaktivasyon olmasına göre değişiklik göstermektedir. Primer infeksiyondan sonrası direkt hastalık (progresyon) gelişim riski infantlarda ve adolesanlarda en yüksektir. Öte yandan, reaktivasyon sonucu tüberküloz gelişme riski erkeklerde yaşam boyu yaşla doğru orantı gösterirken, kadınlarda 30'lu yaşlara dek riskte lineer bir artış olmakta, sonrasında bir plato gözlenmekte, 60 yaşından sonra risk yeniden artmaktadır (40).Özetle tüberküloz tüm yaşlarda erkeklerde görülme oranı yüksekken; kadınlarda oran, çocukluk yaşlarından sonra hızla düşme eğilimi göstermektedir (42).

Tüberküloz, hastalığın kontrol altına alındığı gelişmiş ülkelerde ileri yaş grubundaki kişileri tutarken, hastalığı kontrol altına alamamış ülkelerde genç yaşlarda daha fazla görülmektedir. Tüberküloz hastalığı bir toplumda en fazla genç yaş gruplarını tutuyorsa, o toplumda hastalık bulaşıcılığını sürdürmektedir ve kontrol altında değildir demektir. Ülkemizde de hastalığa yakalananların ¾'ünü 45 yaş altı yaş grubundaki kişiler oluşturmaktadır (37,43).

4. Cinsiyet: Kadınlarda daha sık görülen tüberküloz lenfadenit ve gastrointestinal tüberküloz hariç tüberkülozun tüm klinik formları erkeklerde daha sık görülmektedir (40).

Tüberküloz insidans ve prevalansı yetişkin erkeklerde, yetişkin kadınlardan daha yüksektir. Tüberküloz insidansının erkeklerde bütün yaşlarda çocukluk dönemi hariç kadınlardan yüksek olduğu kabul edilmektedir (32,44). Çalışmalarda, prevalans oranlarındaki cinsiyet

farklılıklarının 10-16 yaşları arasında belirginleşmeye başladığı ve bu dönemden sonra enfeksiyonun erkeklerde daha yüksek olarak kaldığı bildirilmektedir (32).

Sanayileşmiş ülkelerde 1930-1950 yılları arasında, 15-34 yaş grubundaki kadınlar aynı yaştaki erkeklerden daha fazla tüberküloza yakalanmışlardır. Zamanla bu ülkelerdeki tüberküloza yakalanma oranı azaldıkça 15 yaş üzeri grupta yer alan erkeklerde oran kadınlardakinden daha fazla olmuştur. Şu anda bir çok gelişmiş ülkede tüberkülozun iki cinsiyetteki oranı sanayileşmiş ülkelere yakındır. Yaş ve cinsiyet durumu sanayileşmiş ülkelere benzer olmasına rağmen 15 yaş üzeri erkeklerde tüberküloz görülme oranı kadınlardakini geçmiştir (44).

Tüberküloz bildirim oranları açısından kadın ve erkekler arasındaki farklılıklar; tüberküloz epidemiyolojisindeki biyolojik farklılıkları (cinsiyet farklılıkları vb.), maruz kalınan risk faktörlerini ve/veya bakımdan yararlanmadaki cinsiyet farklılıklarını kapsayan toplumsal rol farklılıklarını yansıtabilir (32).

5. Tüberkülin (PPD) reaksiyonunun derecesi: Çocuklarda yapılan PPD testlerinde endürasyonun çapı ne kadar büyükse, yakın gelecekte hastalığa yakalanma riski de o derece yüksektir (40).

6. Sistemik hastalıklar (KOA, silikozis, diabetes mellitus, hücrel immünitenin bozulduğu durumlar (AIDS vb.) ve sistemik immüno-supresif ajanlar (kortikosteroidler, antineoplastik-sitotoksik ajanlar): Uzun süreli kortikosteroid ve immüno-supresif ilaçlar kullanılması, kişide tüberküloza karşı direnci azaltmakta, hastalığın yayılmasını kolaylaştırmakta ve uykuda olan lezyonların yeniden uyanmasına neden olmaktadır (42,45).

Sistemik immünosupresyon hali, gerek primer, gerekse reaktivasyon tüberküloz riskini yükselttikleri gibi, aktif tüberküloz lezyonlarının ilerleme hızını da arttırmaktadır (40).

HIV tüberküloz yayılımını hızlandırmaktadır. HIV ve tüberküloz öldürücü bir kombinasyon oluşturmakta ve her biri bir diğerinin gidişini kötüleştirir. HIV pozitif bir şahsın tüberküloz ile karşılaştığında hasta olma olasılığı HIV pozitif olmayan şahsa kıyasla defalarca fazladır. Afrika'da HIV son 10 yılda, tüberküloz insidansından sorumlu tek faktördür (9). Tüberkülin pozitif HIV enfekte kişilerde her yıl %8 olguda aktif tüberküloz gelişmektedir (46).

Diabetes mellitusta 2-3.6 kat, silikoziste 2.8-30 kat, sigara tiryakiliğinde 2-3 kat, son dönem böbrek hastalığında 10-15 kat, HIV enfeksiyonunda 100-170 kat daha fazla hastalık gelişme riski vardır (3,6). Ayrıca, kanser, immüno-supresif tedavi, debilitan hastalıklar ve lenfomada da tüberküloz riski yüksektir (4,6,45). Vücudun savunma sistemindeki hasar, sıklıkla tüberküloz komplikasyonu ile sonuçlanmaktadır. Tüberküloz; lösemili veya lepralı hastalarda da oluşmaktadır. Miliyer tüberküloz, çocuklarda HIV enfeksiyonu, kızamık, boğmaca veya diğer akut enfeksiyonlardan sonra görülebilmektedir (42).

7. Apikal skar oluşumu: Primer enfeksiyon seyri esnasında oluşan lenfo-hemotejen yayılım sonucu akciğer ve diğer organlarda enfeksiyon odakları oluşmaktadır. Bunlar bağışıklık sistemi sayesinde elimine edilmektedir. Ancak bazı kişilerde bu tam olmaz. Özellikle akciğerlerin apikal bölgelerinde fibronodüler skar dokuları oluşur (Simon odakları). Bu odaklar reaktivasyon tüberkülozu için bir risk oluşturmaktadır. Bu tür radyolojik lezyonları olanlar tüberkülin pozitif ve normal radyolojisi olanlara göre büyük ölçüde risk (30 kat fazla tahmin edilmiştir) taşımaktadır (47).

8. Irksal özellikler: Bazı ırkların tüberkülozun belli klinik formlarına karşı özellikle eğilimli olduğu bildirilmektedir. Örn: Doğu Asyalılarda tüberküloz lenfadenit, Batılılara göre 5-6 misli daha sık görülmektedir. Öte yandan bazı ırkların da akciğer tüberkülozuna doğal olarak dirençli oldukları bildirilmektedir (40).

Yoksullukta olduğu gibi ırkın etkisini de diğer faktörlerden ayırmak zordur. Bununla birlikte, Eskimo veya Amerikan yerlileri gibi izole topluluklarda, hastalıkla ilk karşılaştıklarında, düşük savunma mekanizmasına sahip olduklarını gösteren bulgular vardır. Bu ırklarda, tüberküloz çok hızlı yayılmakta ve yüksek oranda mortalite göstermektedir (42). Ayrıca bazı çalışmalarda beyaz ırktan toplumlarda boy uzunluğu ve düşük kilo ile tüberküloz riski arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (47).

9. Vücut yapısı: Zayıf ve uzun boylu kişiler, kan grubu AB olanlar, HLA-BW histokompatilite doku grubuna sahip olanlarda, tüberküloz riski yüksektir (4).

10. Sosyal koşullar ve sorunlar: Şehirde yaşama, toplumun yoksul kesimine mensup olma (ekonomik güçsüzlük), huzurevinde ya da bakım evinde yaşama (mental retardasyon, psikiyatrik hastalık vb. gibi nedenlerle), hapisnede yaşama, alkolizm (risk

10 kat fazla), bekarlık, boşanmış veya dul olma ya da ayrı yaşama hali tüberküloz hastalık riskini arttıran unsurlar olarak bildirilmektedir (4,40,46).

Tüberküloza yakalanma ve tüberküloz hastalığının oluşma riskinin bir başka belirleyicisi de toplumdaki diğer hastalıkların yaygınlığıdır. Malnütrisyon, uyuşturucu, alkol kullanma sıklığı, AIDS'in yaygınlığı gibi (4,6,46). Açlık ve malnütrisyonun hastalığa karşı direnci azalttığını gösteren bulgular mevcuttur. Bu geri kalmış ülkelerde yetişkinlerde ve çocuklarda çok önemli bir faktördür. Sigara içimi ve yüksek alkol alımı vücut direncini azaltmaktadır (42).

Tüberküloz riski kötü şehirleşmenin olduğu bölgelerde, çarpık sanayileşme ile birlikte artmaktadır. Bu bölgelerde hastalanma oranı, bölgenin kırsalına göre belirgin şekilde yükselmektedir. Sosyo-ekonomik durumun iyileştiği, kişi başına gayri safi milli gelirin arttığı toplumlarda tüberküloza yakalanma oranı düşmektedir. Ancak bu toplumlarda yaşayan azınlıklarda, kalabalık bölgelerde, hapisane, bakımevlerinde hastalanma oranı yüksektir (4). Bazı meslekler de (maden işçileri ve sağlık personeli gibi) hastalık için risk konusudur (48).

11. Toplumda tüberküloz epidemisinin doruğa ulaşmış olup olmaması: Kişinin yaşadığı toplumda var olan salgının dönemi riskin en önemli belirleyicilerindedir. Salgının başlangıcında ve pik yaptığı dönemde genç nüfus ve özellikle kadın popülasyonunda hastalanma ve ölüm oranları fazladır (4).

2.10.TÜBERKÜLOZ VE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Sözlük anlamıyla çökkünlük olarak Türkçe'ye çevirebileceğimiz depresyon, üzüntülü veya iritabl duygudurum ve bununla bağlantılı, uyku ve iştah değişiklikleri, anhedoni (düzenli ve haz verici etkinliklere olan ilginin kaybı), psikomotor değişiklikler, yoğunlaşma kusuru, yorgunluk, ümitsizlik ve çaresizlik duyguları, intihar düşünceleri gibi belirtilerle birlikte işlevsellikte bozulmanın olduğu bir dönemdir (49,50). Fiziksel hastalıklarda ortaya çıkan depresyonda doğrudan hastalığa ve tedavide kullanılan ilaçlara bağlı nörobiyolojik, psikolojik ve psikopatolojik etkenler birlikte rol oynamaktadır. Fiziksel hastalık; hastanın vücut imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal ailesel ve çevresel ilişkilerini olumsuz etkileyerek depresyon gelişimine yol açmaktadır (51).

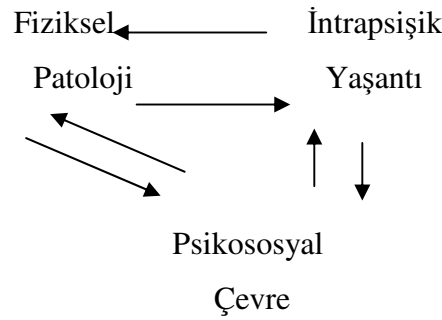
Psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görüleni depresyondur (50). Ciddi, yaşamı tehdit eden fiziksel hastalıklarda, organ kayıplarında depresyon daha sıktır (52). Akut hastalıklara kıyasla kronik hastalıklarda, yapı, yetenek ve işlevsellikte önemli kayıplara yol açan hastalıklarda, depresyon daha sıklıkla gelişmektedir (50). Yurtdışında yapılan çalışmalarda ayaktan başvuran tıbbi hastalarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığının %12-36 arasında değiştiği; hastanede yatarak tedavi gören tıbbi hastalarda ise depresyon belirtilerinin sıklığının %33, depresif sendrom görülme sıklığının %11-26 arasında değiştiği bildirilmektedir (53). Ülkemizde yapılan çalışmalarda iç hastalıkları servislerinde yatarak tedavi gören hastalarda depresif bozukluk ve depresif mizaçla birlikte uyum bozukluğu görülme oranının %19 (54) yapılandırılmış klinik görüşme uygulayarak genel nüfusta % 4 olduğu bildirilmektedir (55). Epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç'in (56) tespit ettiği sonuçlara göre: toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayında, depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir. Kronik fizik hastalığa sekonder depresyon %4-8.8 düzeyindedir. Hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir. Ayrıca Baştürk ve ark. (57) tarafından yapılan bir çalışmada da tüberküloz hastalarında majör depresyon görülme sıklığını % 10.5 olarak bulunmuştur.

Tıbbi hastalıklarda ortaya çıkan depresyonun hastaya ilişkin sosyodemografik özelliklerden önce, fiziksel hastalığın niteliği, şiddeti ve hastalığın neden olduğu psikososyal morbidite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (51). Fiziksel hastalığın şiddeti ile depresif semptom ve sendromların sıklık ve şiddeti arasında anlamlı doğru ilişki bildirilmiştir. Depresyon tanımlayan tıbbi hastalar ile depresyon tanımlamayan hastalar arasında demografik özellikler ve tıbbi hastalık tipi açısından anlamlı ilişki saptanmamışken, hastalık şiddeti ile depresyon arasında ilişki vardır. Hastalığın yol açtığı psikososyal güçlükler arttıkça depresyon şiddeti de artmaktadır (52).

Her fiziksel hastalık bir krizdir. Bu, basit sıkıntı, kayıp-yas tepkisi, narsistik bütünlüğün tehdit edildiği duygulanımı gibi tepkiler uyandırır. Ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, bağımsızlığını kaybedeceği korkusu, vücut, organ ve bölümlerinin zedeleneceği, kaybedileceği kaygısı, pişmanlık-suçluluk duygusu gibi değişik tepkiler,

hastanın duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel-duygusal otonomisini, vücut imajını, sosyal alanını etkiler (52).

Hastanın kişilik yapısına ve psikososyal ortama göre değişmekle birlikte, hastalığa karşı gelişen emosyonel tepkilerin en yaygınları; matem reaksiyonu, depresyon, kaygı, inkar, kırgınlık, hostilite, yansıtma, patolojik bağımlılık, agresif direnç, regresyon ve suçluluk duygularıdır. Her fiziksel hastalıkta, hastalığa tepkileri değerlendirirken şu üç katman arasındaki etkileşim dikkate alınır:



Tıbbi hastalarda depresyon gelişim sıklığında etkili bir çok faktör vardır. Tıbbi hastalığın kendisi en başta gelen unsurdur (52). Fiziksel hastalıkların tedavisi için kullanılan bazı ilaçlar bir diğer etkindir. Levo-dopa gibi antiparkinson ilaçlar, dışarıdan verilen hormonlar, antikanser ve antitüberküloz ilaçlar da ciddi duygudurum değişikliklerine neden olabilir (58). Hastalığa karşı psikolojik tepkiler bileşkesi, diğer önemli faktördür (52). Tüberküloz tedavisinde ilaç kullanımı depresyonun varlığı ile olumsuz etkilenmektedir (36). Depresyona yol açma olasılığı yüksek tıbbi bozukluklar ve ilaçların listesi Tablo 2.1’de gösterilmiştir (59).

Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon, hastanın uyumunu, tedavi ve tedavi ekibi ile olan işbirliğini, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, fiziksel hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemektedir (51,52).

Depresyon ağır infeksiyonlarda bir sekel olarak görülebilir. İnfeksiyon başlangıçta depresif semptomlarla kendisini gösterebilir (51). Kronik fiziksel hastalıklar, depresyon için predispozan psikososyal etkenler arasında yer almaktadır (60). Depresyona yatkınlık zemini olanlarda; bedensel hastalık, hormonal, metabolik ya da sistemik bozukluklar gibi

organik etkenlerin yanında, beden imgesinde, kendilik saygısında, kimlik duygusunda, çalışma gücünde, toplum ve aile ile ilişkilerinde olumsuz değişiklikler gibi yaşam olayları da majör depresyona yol açabilmektedir (61).

Tüberküloz hastalığına yakalanmada, direnç gelişiminde ve reaktivasyonunda ekonomik ve sosyokültürel faktörlerin, alkolizm ve emosyonel stresin de etkili olduğu belirtilmiştir (36).

Tablo 2.1. Depresyona yol açma olasılığı yüksek olan tıbbi bozukluk ve ilaçlar

<p>1. Hipovitaminozlar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pellegra - Pernisiyöz anemi - Wernicke ensefalopatisi <p>2. Endokrinolojik hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akromegali - Addison hastalığı, cushing hastalığı - Hiper ve hipoparatiroidizm - Hiper ve hipotiroidizm - İnsülinoma - Feokromositoma <p>3. Travma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kafa travması <p>4. İnfeksiyonlar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensafalit - Fungal infeksiyon - Menenjit - Nörosifiliz - Brusellozis - Tüberküloz <p>5. Malign hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metastazlar (göğüs-meme, gastrointestinal, akciğer, pankreas, prostat) <p>6. Metabolik bozukluklar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doğum kontrol hapları - Elektrolit dengesizliği (hipokalemi, hiponatremi) - Hepatik ensefalopati 	<ul style="list-style-type: none"> - Üremi - Oksijenin azaldığı durumlar (serebral arteriosklerozis, kronik bronşit, konjestif kalp yetmezliği, amfizem, miyokart infarktüsü, paroksizmal ritim bozukluğu, ağır anemi) <p>7. Nörolojik Bozukluklar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alzheimer - Amiyotrofik lateral skleroz - Creutzfeldt Jakobs hastalığı - Huntington koresi - Multipl skleroz - Myastenia gravis - Parkinson hastalığı - Pick hastalığı - Wilson hastalığı <p>8. Depresyona yol açan ilaçlar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amfetamin - Antipsikotik ilaçlar (uzun süreli kullanım) - Antihipertansif ilaçlar (klonidin, diüretikler, guanetidin, metildopa, propranolol, rezerpin) - Benzodiazepin kullanımı (uzun süreli kullanım) - Fenobarbital - İndometazin - Simetidin - Digoksin - Disülfiram - L-dopa - Sedatifler (barbitüratlar ve benzodiazepinler) - Steroidler/ACTH
---	---

2.11. SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü “ Yaşam Kalitesi”ni: “Bireylerin, içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemlerinin bütünü içinde ve amaçları, beklentileri, standartları ve görüşleri ile bağlantılı olarak, yaşam içindeki durumlarını algılamaları” olarak tanımlamaktadır (62).

Yaşam kalitesi insanın halen yapabildiği ve yapmayı arzuladığı aktiviteler arasındaki farkın algılanmasına gösterilen duygusal veya kişisel cevap olarak tanımlanabilmektedir (63).

Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin fiziksel sağlığı, ruh sağlığı, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, öte yandan bunların kendi çevrelerinde yer alan önemli özelliklerle olan ilişkilerinden karmaşık bir biçimde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (64). Kişinin kendi fiziksel ya da zihinsel algısı olarak tanımlanabilen yaşam kalitesi, fiziksel, psikolojik, ekonomik, ruhsal ve sosyal huzuru içeren geniş bir alanı kapsamaktadır (65).

Bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu fırsatlardan yararlanması olarak tanımlanan yaşam kalitesi kavramı, bir yandan “ iyi olma hali, yaşam doyumu” gibi ifadeleriyle öznel bir boyut taşıırken, diğer yandan “ bağımsız yaşayabilme, toplumsal ilişkiler, üretkenlik” gibi ifadeleriyle nesnel bir boyut taşımaktadır (66).

Yaşam kalitesiyle ilgili çoğu görüş arasındaki fikir ayrılıkları evrensel bir içerikle tanım yapmanın zorluklarını vurgulamaktadır. Sağlık statüsü ve yaşam kalitesi arasındaki anlam karmaşası, teknik,ahlaki ve kavramsal ikilemler meydana getirmektedir (63).

Sağlıkta yaşam kalitesinin tüm otoritelerce üzerinde fikir birliğine varılmış bir tanımı henüz geliştirilmemiştir. Sağlıkta yaşam kalitesi;

- ✓ İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneği, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.
- ✓ Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır.
- ✓ Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir (67).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Örneğin, hastalığa bağlı ağrı ve bunun işlevlere getirdiği kısıtlamalar, günlük etkinliklerde başkalarının yardımını gerektirir ve hastanın yaşam kalitesini azaltır (68).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bir görüşe göre yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesi birbirinden ayrılarak incelenmeliyken, diğer bir görüşe göre aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirinden ayırmak olanaksızdır. Örneğin gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek genellikle yanılgıya götürür, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (69).

Yaşam kalitesi öznel bir değerlendirmedir. Kişinin olanaklarının ve günlük yaşamının gidişinin ötesinde içinde bulunulan koşulların o kişiye ne ifade ettikleri ile değerlendirilebilir (70).

Yaşam kalitesinin pek çok bileşeni vardır: bunlar; sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlidir. Bu bileşenlerin hepsi tek tek önemlidir; birinin bile eksikliği kişinin “kaliteli bir yaşam sürüyorum” duygusunu zedeler (71).

2.12.YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

- ✓ Gelir ve sosyal statü
 - ✓ Sosyal destek örgütleri
 - ✓ İş ve çalışma saatleri
 - ✓ Sosyal çevre
 - ✓ Fiziki çevre
 - ✓ Problemsiz geçirilmiş çocukluk dönemi

Bunlar insanların sağlık durumu üzerine etkili, ölçülebilir unsurlardır. Bununla birlikte sağlığı etkileyen ancak sağlık bakım sistemleri dışında kalan pek çok faktör de vardır. Bu

sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler toplum sağlığının belirlenmesinde kritik rol oynamaktadır (72).

Sağlık kısıtlı, sınırlı bir kavram olmayıp; doğal ve yapısal fiziki çevre, sosyo-ekonomik durum, psiko-sosyal şartlar, kültürel normlar, inançlar, psikolojik-fizyolojik özellikler ve genetik yatkınlığın etkileşimi ile ortaya çıkmaktadır (73).

Yaşam kalitesi bir çeşit memnuniyettir. Yaşam kalitesi kavramı ilk kez 1960'lerde politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir. Bu amaçla kullanılmasının nedeni gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından ilgili olmasıdır (74).

Yaşam kalitesi ölçümleri sağlık harcamalarının planlanması, çok pahalı bazı tedavilerin yapılıp yapılmaması için maliyet-yararlılık hesapları ile gündeme gelmiştir. Klinik iyileşmenin her zaman hastanın nasıl hissettiği ve yaşamının nasıl etkilendiği ile paralel olmadığı farkedildiğinde diğer parametreleri de içeren ölçümlerin geliştirilmesi hedeflenmiştir (70).

Yaşam kalitesinin bilimsel literatürde bir yer edinmesi 1970'lerde gerçekleşmiş ve 1977 yılında "Index Medicus'ta bir başlık haline gelmiştir. Yine yaşam kalitesi konusundaki yaklaşımların hekimleri, insanlarla ilgili yalnızca tıbbi değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal olarak her türlü olumsuzluğu da tedavi edebilecek bir konuma taşıdığı düşünülmüş ve tepkilere neden olmuş, bu nedenle sağlıkla ilgili yaşam kalitesi terimi benimsenmeye başlanmış ve son on yılda kronik hastalıkları olan hastalarda özellikle önem kazanmıştır (75).

Yaşam kalitesi değerlendirme statüsü çok yenidir. Yaklaşık 30 yıl önce ortaya çıkmıştır. Hastalığın sonuçlarını ölçmedeki metodolojik ilerlemeler, hastanın bakış açısından tedavi, bu alanın temel dayanakları olmuştur. Sağlık statüsü, çalışma statüsü, sağlıkta yaşam kalitesi ve sağlık statüsünün değerlendirilmesi insanın çalışma ve refahının subjektif ve objektif ölçümüdür (76).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi jenerik yaşam kalitesi olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde birincil olarak hastalığın, yaralanmanın, bunların önlenmesi ve tedavisinin yaşam süresine olan etkilerine önem vermektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fonksiyonel duruma, iyilik haline ve sadece sağlıkla ilişkili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır (74).

Tıp alanında yaşam kalitesi; hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel, ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir. Genel olarak Yaşam Kalitesi çok boyutlu bir kavram olmasına rağmen fiziksel, fonksiyonel, sosyal aktivite olmak üzere en az 3 temel alanda toplanabilir. Yaşam kalitesi kavramı tedavi edilen hastalarda en fazla çalışılan parametrelerdendir (77).

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 yanlışına düşülmektedir (62).

Yaşam kalitesi değerlendirmesinin önemi hakkında kanıtlar artmaktadır, ancak ölçülmesi muhtemelen en zor taraftır. Bunun da en önemli nedeni birçok faktörden etkilenmesi yanı sıra subjektif yorumların değerlendirmesinin zor olmasıdır. Belki bir hastaya doktorunun sorduğu ilk sorulardan biri olan “Nasılsınız?” sorusu ve buna alınan yanıt hastanın o an ki durumunu, yaşam kalitesini özetleyebilir. Ancak bunun yorum ve istatistiki analizinin yapılması için ölçeklendirilmesi gerekmektedir. Sosyal fonksiyon veya ruhsallık gibi bileşenlerin çoğu doğrudan gözlemlenemez ve kolay yorumlanamaz (77).

2.13. YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜMÜ

Kendini nasıl hissediyorsun? gibi basit bir soru, yaşam kalitesini bir ölçme yoludur. Ancak sağlık hizmeti görevlileri genellikle yaşam kalitesini anketler kullanarak ölçerler. Bu anketler, hastadaki fiziksel ve zihinsel belirtiler, ağrı ve günlük yaşam etkinlikleri gibi konularla ilgili soruları içerir. Bu tür anketler, doktorların bir hastalığın ya da tedavi uygulamalarının kişinin yaşamını nasıl etkilediğini daha iyi anlamalarını sağlar. Yaşam kalitesiyle ilgili anketlere verilen yanıtlar, yaşam kalitesini yükseltmek için girişim yapılabilecek alanların saptanmasına yardımcı olabilir. Örneğin, bir hastada yaşam kalitesiyle ilgili temel sorunun sürekli ağrı olduğu anlaşıldığında, ağrının daha iyi kontrol altına alınabilmesi için, hastanın ağrı yönünden değerlendirilmesi ve tedavi seçeneklerinin yeniden gözden geçirilmesi gerekir. Yaşam kalitesinin başka bir ölçümü, son ay içinde, fiziksel ya da zihinsel durum nedeniyle, hastanın bakım, iş ya da eğlence gibi, olağan etkinliklerinin engellendiği gün sayısının hesaplanmasıdır (68).

Yaşam kalitesi ölçekleri iki türdür: jenerik ölçütler ve özel ölçütler. Jenerik ölçütler; yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi yaşam kalitesinin çeşitli bileşenlerini içerirken, özel ölçütler; herhangi bir hasta grubu, hastalık grubu ya da tedavi biçimi ile sınırlıdır. Jenerik ölçütler uygulamanın uzun sürmesi dezavantajına karşın, hastayı ya da hastalığı çeşitli yönleriyle değerlendirmesi ile daha kullanışlıdır. Öte yandan, özel ölçütler belli bir grubu tanımlamada daha başarılıdırlar ama ortaya çıkabilecek farklı sorunları göstermede yetersiz kalabilirler. Bu nedenle daha çok jenerik ölçütlere gereksinim var gibi görünmektedir (78).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerinden en bilinenleri; Sicknees Impact Profili (SIP), Nottingham Health Profile, Quality of well-being scale, McMaster Health İndex Questionnaire, Dartmouth COOP Function Charts, WOQOL, Duke Health Profile ve Medical Outcome Study SF 36' dır (74).

2.14.YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİNİN KULLANIM ALANLARI

- ✓ Bireysel hasta bakımı sırasında oluşabilecek psiko-sosyal problemlerin izlenmesi ve taranmasında,
- ✓ Bilinen sağlık sorunlarına yönelik toplum tabanlı çalışmalarda,
- ✓ Tıbbi değerlendirmelerde,
- ✓ Sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği araştırmalarda,
- ✓ Özellikle kronik hastalıklarda hastalığın seyrinin izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde,
- ✓ Klinik araştırmalarda,
- ✓ Maliyet kullanım analizlerinde kullanılmaktadır (74).

Yaşam kalitesi ölçümleri daha çok biyolojik ve klinik amaçlı kullanılmaktadır. İnsanların sağlığına önem verildiği için ihtiyaçtan dolayı kullanım artmıştır. Bu ölçümlerin kullanımları hastaların nasıl hissettiklerini ve tedaviden nasıl memnun olduklarını yansıtır. Bu açıdan yaşam kalitesinin ölçümleri hastaların hastalık ve tedaviye bakış açılarını yansıtır (79).

Son zamanlarda yaşam kalitesinin ölçülmesine duyulan ilgi hem belirli standartlar oluşturmak, hem tıbbi bakım süreci kalitesi için, hem de tıbbi bakım ve müdahale sonuçlarını daha yakından gözleme isteğinden doğmaktadır. Sağlık hizmetleri

araştırmacıları bakım talebinin ana belirleyicileri olarak tedavi rejimine riayet ve tatmin arasında hastanın yaşam kalitesindeki değişimlere ait etkilerin farkına varmış olup, şimdilerde bu parametreyi (Örn:yaşam kalitesi) sağlık bakımı değerlendirme-lerinde göz önünde bulundurmak istemektedirler (63). Yaşam kalitesi kliniksel araştırmalarda sonuç değerlendirmesi olarak kabul görmeye başlamıştır ve gelişmeler bir çok hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmektedir (65).

Dünya Sağlık Örgütünün sağlık tanımı fiziksel, fizyolojik ve sosyal faktörlerden oluşan farazi bir yapı olarak kabul edilse bile bu, yaşam kalitesinin aynı zamanda sadece bu boyutlardan oluştuğu anlamına gelmez. Son zamanlarda yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan anket çeşitlerinin işlevsel kapasite üzerinde aşırı bir vurgu yapması günlük görevleri yerine getirme, mesleki ve sosyal rolleri tamamlayabilme gücünü vurgulayan medikal modelin hakimiyetinden dolaydır. Fonksiyonel kapasiteye odaklanma aynı zamanda içeriğin iş,cinsiyet ve belirli fiziksel aktiviteler gibi tüm alanlara uygulanamayacağı anlamına gelir. Buna örnek olarak verilebilecek bir kanıt da bir bireyin uzun dönemli bir hastalık gerçeğiyle karşılaştığında yaşam tatminini oluşturacak düzenlemelerin sağlandığında ve onların fiziki güçleri üzerinde ciddi kısıtlamalar olduğunda bile bireylerin yaşam kalitelerini iyi olarak düşünebilmeleridir (63).

Sağlıkla ilişkili bazı nitelikleri sıklıkla gerektiren yaşam kalitesinin miktarını tespit etmeye veya ölçmeye yönelik özellikler kabaca dahili ve harici faktörler olmak üzere ikiye ayrılabilir. İyi kaliteli bir yaşama katkı sağlayan harici faktörler arasında fiziksel ve sosyal çevre faktörleri yer alırken, bireyin kendi ruhsal yapısıyla çok yakından alakalı dahili faktörler de mevcuttur (62).

2.15.YAŞAM KALİTESİNİN İLGİ ALANLARI

- ✓ Sağlıklılık ve iyi durumda olma,
- ✓ İnsan ilişkileri,
- ✓ Toplum ve ailenin varlığı
- ✓ Bireysel gelişme
- ✓ Saygınlık ve onur

Sağlık ve hayatın ayrılmaz olduğu ve buna ilaveten sağlık sorunlarının yaşam kalitesinin her bir kavramına girmesi gerektiği açıktır. Bununla birlikte, yaşam kalitesi ve sağlık arasındaki etik ve politik ilişkinin boyutları ise açık değildir. “Yaşam kalitesi” sağlık bakımı olmadan gerçekleşmesi güç bir kavram olup kesinleştirilmesi ve ölçülmesi zordur. Bir yandan, acı veya rahatsızlıktan uzak, değişkenlik, düşünebilme, okuyabilme, konuşabilme vb. güç yetirebilme gibi sağlık ve refahın nesnel özellikleriyle alakalı, diğer yandan da bu özelliklerin yokluğuna karşı gösterilecek bireysel tolerans ve onları yeniden telafi etme ümidi gibi nesnel reaksiyonlarla daha fazla alakalıdır (62).

2.16.YAŞAM KALİTESİNİN BOYUTLARI

- ✓ Fiziksel hareketlilik
- ✓ Acı ve stresten yoksun olma
- ✓ Kendi kendine bakabilme kapasitesi
- ✓ Normal sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeterliliği

Yukarıda sıralanan yaşam kalitesi boyutlarının hiç biri herhangi bir hastalığın veya klinik belirtinin ya da sendromun varlığına ya da yokluğuna değil duygu ve fonksiyonel kapasiteye işaret etmektedir (80).

Sağlık optimal bir şekilde tatmin edilebilen yaşam kalitesinin ilgi alanındaki dahili ve harici faktörleri sigortalayan bir enstrümandır. Sağlık ve yaşam kalitesi arasındaki bağ yalnızca bireyin kişisel sezgileri açısından görülmemeli, iyileştirmede refahın ve sağlığın rolünü etkileyen tüm faktörler bağlamında görülmelidir (62).

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 (81). Kronik ve subakut hastalıklar ve tedavileri insanların sağlık, iyilik hali ile algılarını değiştirmekte, hastalığın sosyal ve duygusal yükü hastalığın fiziksel etkisini geçmektedir (82).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalık süreci boyunca fiziksel, sosyal ve emosyonel alanlardaki yetersizliğe bağlıdır. Geleneksel klinik değerlendirmeler, çeşitli araştırmalar hastalarda yaşam kalitesi bozukluklarını ölçmemektedir. Bununla birlikte tedavi altındaki

hastaların kapsamlı değerlendirilmesi için rutin klinik, bakteriyolojik ve radyolojik değerlendirmeler dışında belli soruların hastanın iyileşmeyi algıladığı dönemlerde sorulmasına ihtiyaç vardır (81).

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 (65).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, tüberkülozun yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek, yaşam kalitesi ile demografik sosyo-kültürel özellikler, hastalığa ilişkin değişkenler ve depresyon skorları arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

Araştırma 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. Araştırmanın dışlama kriterleri; görüşme yapmayı ya da anket formunu doldurmayı engelleyecek düzeyde bedensel hastalığın ya da bilişsel yetersizliğin olması, 16 yaşından küçük olma, halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle sağaltım görüyor olmasıdır. Belirlenen süre içerisinde dispansere kayıtlı 15 yaşından büyük 234 aktif olgudan 196 (% 83.8)'sı araştırmaya alınmıştır. Olgulardan; 15'i ağır hasta, zeka geriliği, bunama, işitme sorunu gibi dil dışı iletişim güçlüğü, 8'i başka bir dispansere nakledilme, 8'i ölüm, 3'ü dil sorunu, 2'si reddetme, 1'i akibeti meçhul, 1'i yurt dışına çıkma gibi nedenlerle olmak üzere toplam 38'i 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. Kontrol grubuna, verem savaş dispanserine çeşitli sebeplerle (esnaf muayenesi, işe giriş muayenesi, askerlik muayenesi, öğrenci yurtlarına ve okullara kayıt vb.) başvuran sağlıklı kişiler ve yakınları seçilmiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

1. Anket Formu (Ek I)

Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından geliştirilen ve hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, mesleği, gelir durumu, sağlık güvencesi, birlikte yaşadığı kişiler, konut tipi ve aile nüfusu vb. kişisel bilgileri, sigara, alkol kullanma durumu, günde kaç saat uyuduğu vb. günlük yaşam aktiviteleri ve tedavi süresi, ilaçları düzenli kullanma durumu, düzensiz ilaç kullanma nedenleri, hastalığa tepkisi, hastalığı nasıl tanımladığı, tüberkülozun hayatını nasıl etkilediği vb. hastalığa ilişkin bilgileri almak amacıyla oluşturulan bir anket formu ile Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği Pınar (83) tarafından yapılan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hisli (84) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Hastalığın sınıflandırılmasında; Dünya Sağlık Örgütünün hazırladığı programlardaki, hastalığın yeri ve süresi kriterleri kullanılarak; hastalığın tutulum yerine göre olgular, akciğer ve akciğer dışı, hastalığın süresine ve önceden aldığı tedaviye göre ise, yeni olgu, relaps, tedaviye ara verip dönen olgu, kronik olgu şeklinde belirlenmiştir (35).

Tedaviye uyum, önerilen ilacın belirtilen doz ve sürede uygulanması olarak tanımlanmıştır (16).

Alkol kullanım miktarın (hafta/birim) saptanmasında, sosyal veya sağlık sorunlarına yol açabilecek alkol miktarı ve risk durumları, erkeklerde 0-21 düşük risk, 22-50 orta risk, >50 birim/hafta ve üstü yüksek risk olarak alınmıştır. Bir birim içkinin içerdiği alkol miktarı 8-13 gr etanoldür. Bu miktar yaklaşık olarak 33 cl'lik bir kutu biraya karşılık gelmektedir. Kabaca, bir 'tek' rakı /votka /cin veya bir bardak şarap da bir birim olarak değerlendirilmektedir (85).

İnaktif olguların tedavi gördükleri dönemin üzerinden uzun süre geçmiş olması nedeniyle; ilaçlarını düzenli kullanma, hastalığın stressörle ilişkisi ve hayatını etkilemesi gibi hususlarda, sağlıklı bilgilere ulaşamaması nedeniyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Anket formu, yüzyüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey- SF 36) (Ek II)

SF 36, Klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir (86).

SF 36 grup karşılaştırmaları için gerekli olan minimum psikometrik standartları sağlamak için oluşturulmuştur. SF 36'nın maddeleri aynı zamanda davranış fonksiyonlarını, disfonksiyonlarını, endişe, mutluluk gibi hem hoş giden hem de gitmeyen kişisel değerlendirmeleri temsil etmektedir. Ölçekteki her bir madde sadece bir alt ölçeği puanlamada kullanılmaktadır (87).

SF 36, 3 ana sağlık alanı ve 8 sağlık kavramını değerlendiren çok maddeli bir ölçüm aracıdır. Bunlardan fiziksel fonksiyonellik (10 soru), fiziksel rol sınırlamaları (4 soru), duygusal rol sınırlamaları (3 soru) ve sosyal fonksiyonellik (2 soru), fonksiyonel durum içindedir. Ağrı (2 soru), ruh sağlığı (5 soru) ve enerji/canlılık (4 soru) esenlik alanı içinde yer alır. Genel sağlık algısı (5 soru) sağlığın genel değerlendirmesi içinde yer almaktadır. 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 (83,86-90).

Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeği olan SF 36'nın bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir (91). Wang ve ark. (92) Çin'de yaptıkları çalışmada, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin akciğer tüberkülozu olan hastaların yaşam kalitesini ölçmek için uygun bir ölçek olduğu da belirtilmektedir.

3. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek III)

Özgün biçimi 1961 yılında Beck ve arkadaşları (93) tarafından geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen, batıda sıklıkla kullanılan, belli bir kurama dayalı olmayıp, klinik gözlemlerden elde edilen veriler üzerine oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkiye’de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. Bunlardan biri Buket Tegin tarafından “ Beck Depresyon Ölçeği” adı ile yapılan uyarlama çalışması (97), diğeri ise Nesrin Şahin (Hisli) (84) tarafından “Beck Depresyon Envanteri” adı ile yapılan çalışmadır (94).

Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir (94). Ruh sağlığı taramalarında veya depresyonla ilgili araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. 15 yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilir, grup uygulaması yapılabilir. Zaman sınırlaması yoktur, yaklaşık 10-15 dakikada yanıtlanabilen depresif hastaların belirtilerinden hareketle geliştirilen 21 depresyon belirtisi bulunmakta ve denek her maddede şiddet derecesi değişen dört ifadeden birini işaretlemektedir (94,95).

Ölçek 21 belirti kategorisini içerir: 1. Duygudurum, 2.Kötümserlik, 3. Başarısızlık Duygusu, 4.Doyumsuzluk, 5.Suçluluk duygusu, 6.Cezalandırılma duygusu, 7.Kendinden nefret etme, 8.Kendini Suçlama, 9.Kendini cezalandırma arzusu, 10.Ağlama nöbetleri, 11.Sinirlilik, 12.Sosyal içedönüklük, 13.Kararsızlık, 14.Bedensel imge, 15.Çalışabilirliğin ketlenmesi, 16.Uyku Bozuklukları, 17.Yorgunluk, bitkinlik 18.İştahın azalması, 19.Kilo Kaybı, 20.Somatik Yakınmalar, 21.Cinsel dürtü Kaybı (94,95).

Ölçekte her madde 0-3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin kesim puanı 17 olarak kabul edilmektedir (94,96).

Depresyonda puan dağılımı şöyledir: Hafif düzeyde depresyon (11-17 puan),Orta düzeyde depresyon (18-29 puan), Şiddetli depresyon (30-63 puan) (95).

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri “Statistical Package For Social Sciences (SPSS-11.5)” programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Araştırmada, niteliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenleri karşılaştırmak amacıyla; değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu test edilerek parametrik ve parametrik olmayan analizler yapılmıştır. İki grup arasında ölçek puanları yönünden karşılaştırmalarda student t testi ve/veya Mann-whitney U, ikiden fazla grup arasında 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 yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Skorlanması

Değerlendirme bazı maddeler dışında likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta gözönünde bulundurulmaktadır. SF 36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Örn: Ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu göstermektedir. Ölçek yalnızca tek bir puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir. Sıfır kötü sağlık durumunu, yüz ise iyi sağlık durumunu göstermektedir (91,98,99).

SF 36’nın sağlık boyutlarının puanlarının hesaplanması, 4 aşama gerçekleştirilmektedir:

1. Aşama soru değerlerinin yeniden kodlanması: yeniden kodlanması veya ters çevrilmesi işlemi 1, 6, 7, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d soruları için yapılmaktadır. Skorların dönüştürülmesi ile “hiç” seçeneği (5), aşırı seçeneği ise (1) ham puana sahip olacak ve yüksek skorların daha iyi sağlık durumlarını, düşük skorların ise olumsuz sağlık durumlarını yansıtmaları sağlanmaktadır.

2. Aşama yanıtlanmamış soruların skorlarının belirlenmesi: Bunu yapabilmek için bireylerin her bir boyutla ilgili soruların en az yarısının yanıtlanmış olması gerekmektedir. Yanıtlanmış soruların ortalaması hesaplanarak yanıtlanmamış sorunun skoru belirlenir.

Örneğin 5 başlıklı mental sağlık skalasından bir başlık boş bırakılırsa, bu boşluk, geri kalan tamamlanmış 4 başlığın puanı toplanıp, ortalaması alınarak doldurulabilir.

3. Aşama: Ham ölçek skorlarını hesaplamak için her bir boyutu oluşturan soruların değerleri toplanarak ham skala skorları belirlenmektedir.

4. Aşama: Ham ölçek skorlarının 0-100 arasında değerlendirilmesi işlemi yapılmaktadır.

Ham skala puanının dönüştürülmesinde aşağıdaki formül kullanılmaktadır:

Dönüştürülmüş puan = [Ham skala puanı- en düşük olası puan / olası puan] x100

Örnek: Fiziksel fonksiyon puanı 21 ise, bu puanın dönüştürülmesi şöyledir:

$$(21-10)/20 \times 100 = \%55$$

Tablo 3.1. SF 36 Yaşam Kalitesi Boyutları

Genel sağlık statüsü alanları	Boyutlar	Soruların anketteki yerleri	Beklenen olası en düşük ve en yüksek puan	Olası puan
Fonksiyonel durum	Fizik fonksiyonellik	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
	Sosyal fonksiyonellik	6+10	2-10	8
	Fiziksel rol sınırlamaları	4a+4b+4c+4d	0-4	4
	Duygusal rol sınırlamaları	5a+5b+5c	0-3	3
Esenlik	Ruh sağlığı	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
	Enerji/canlilik	9a+9e+9g+9i	4-24	20
	Ağrı	7+8	2-12	10
Genel sağlık değerlendirmesi	Genel sağlık algısı	1+11a+11b+11c+11d	5-25	20
	Geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik	2	1-5	4

SF 36 'nın genel sağlık değerlendirmesi alanında hastanın sağlık durumunun son bir yıl içindeki değişimi sorgulayan 2.soru skorlanmamaktadır (83,86,87,99-101,102).

Ölçüm aracının güvenilirlik analizi

Güvenilirlik; bir ölçme aracında bütün soruların birbiri ile tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini ortaya koyan bir kavramdır. Ölçme araçlarının güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş yöntemlere “güvenilirlik analizi” denilmektedir. Testlerin güvenilirliğini analiz etmek amacıyla hesaplanan güvenilirlik katsayıları sıklıkla kullanılanları Cronbach Alfa Katsayısı ve Kuder-Richardson katsayılarıdır. Cronbach Alfa Katsayısı istatistiksel temelleri tutarlı ve tüm soruları dikkate alarak hesapladığından, genel güvenilirlik yapısını diğer katsayılara göre en iyi yansıtan katsayıdır. Cronbach Alfa Katsayısı 0 ile 1 arasında değişim göstermektedir.

Cronbach α katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme kriteri;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir (103).

Bu çalışmada SF 36'nın güvenilirliği Cronbach's alpha'nın kullanıldığı içsel tutarlılık yöntemi ile test edilmiştir.

Araştırmada hesaplanan Cronbach α değerleri incelendiğinde; hasta grubunda yaşam kalitesinin bütün boyutlarında 0.72-0.92 arasında olup ölçek oldukça güvenilirdir. Koçyiğit ve ark. (104) tarafından yapılan ölçeğin güvenilirlik çalışmasında her bir alt ölçeğin Cronbach α katsayıları 0.7324- 0.7612 arasında bulunmuşlardır. Çin'de Wang ve ark. tarafından akciğer tüberkülozlu hastalarda yapılan bir çalışmada hasta grubunda Cronbach α değerlerini 0.7841 olarak bildirmişlerdir (92). Dion ve ark. tüberküloz hastalarında SF 36 yaşam kalitesi kullanarak yaptıkları çalışmada Cronbach α değeri 0.73-0.94 olarak bildirilmektedir (105).

Tablo 3.2. SF 36’da yer alan boyutların Cronbach α katsayıları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları	GRUPLAR		
	Aktif (Cronbach’s α)	İnaktif (Cronbach’s α)	Kontrol (Cronbach’s α)
Fizik fonksiyonellik	0.91	0.90	0.75
Fiziksel rol sınırlamaları	0.87	0.86	0.78
Ağrı	0.92	0.89	0.82
Genel sağlık algısı	0.77	0.81	0.64
Enerji/canlı	0.82	0.82	0.76
Sosyal fonksiyonellik	0.72	0.72	0.61
Duygusal rol sınırlamaları	0.75	0.73	0.80
Ruh sağlığı	0.78	0.86	0.78

Depresyon ölçeğinin güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde, 0.74 olarak belirlenmiştir (84). Bu araştırmada Beck Depresyon Envanterinin Cronbach alpha değeri; aktif olgularda 0.91, inaktif olgularda 0.92, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise 0.86 olarak bulunmuştur.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına, 196 aktif olgu, 108 inaktif olgu ve 196 sağlıklı kontrol grubu alınmıştır.

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin demografik-sosyokültürel özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma Grubunu Oluşturan Bireylerin Demografik-Sosyokültürel Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	GRUPLAR					
	Aktif Olgu		İnaktif Olgu		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Kadın	82	41.8	37	34.3	89	45.4
Erkek	114	58.2	71	65.7	107	54.6
Yaş ($\bar{X} \pm SS$) (min-max)	40.76 \pm 16.59 (16-71)		41.05 \pm 14.75 (16-73)		38.27 \pm 11.90 (17-70)	
Medeni durum						
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
Eğitim durumu						
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
Meslek						
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
Emekli	24	12.2	12	11.1	19	9.7
Çalışmıyor	23	11.7	20	18.5	5	2.6
Diğer *	13	6.6	1	0.9	5	2.6
Aylık gelir (ortanca) (min-max)	350 milyon (100milyon-2milyar)		300 milyon (100milyon-2 milyar)		365 milyon (100milyon-2milyar)	
Sağlık güvencesi						
Var	170	86.7	91	84.3	148	75.5
Yok	26	13.3	17	15.7	48	24.5
Aile yapısı						
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
Yerleşim yeri						
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
Konut tipi						
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
Toplam	196	100.0	108	100.0	196	100.0

* Öğrenci, çiftçi

** Çadırda, ceza evinde, askeri birlikte barınma

Aktif olguların %58.2'sini, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise %54.6'sını erkek olgular oluşturmaktadır. Erkek/kadın oranı; aktif olgularda 1.4, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise 1.2 olup gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 0.508$, $p = 0.476$).

Aktif olguların 37'si (%18.9) 15-24, 46'sı (%23.5) 25-34, 36'sı (%18.4) 35-44, 29'u (%14.8) 45-54, 26'sı (%13.3) 55-64, 22'si (%11.2) 65 ve \uparrow yaş grubunda yer almakta idi. Olguların 119 (%60.7)'u 15-44 yaş grubunda yer almakta olup yaş ortalamaları; erkeklerde 41.30 ± 16.57 , kadınlarda 40.37 ± 16.68 idi.

Aktif olguların yaş ortalaması 40.76 ± 16.60 , kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise 38.27 ± 11.91 olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 1.707$, $p = 0.089$).

Aktif olguların %70.4'ü, inaktif olguların %75.9'u, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise %74.0'ı evli idi (Tablo 4.1). Aktif olgular ve kontrol grubunu oluşturan bireyler arasında medeni durumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 1.221$, $p = 0.543$).

Gruplar eğitim durumları açısından incelendiğinde, aktif, inaktif ve kontrol gruplarının sırasıyla %16.3, 13.0 ve 8.7'si okur-yazar değil, % 45.4, 54.6, 46.4'ü ise ilkokul mezunu idi (Tablo 4.1). Aktif olgular ve kontrol grubunu oluşturan bireyler arasında eğitim durumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 6.862$, $p = 0.231$).

Gruplar, meslek durumları açısından incelendiğinde; aktif, inaktif ve kontrol gruplarının sırasıyla %36.7, 27.8 ve 30.6'sı ev hanımı, %23.6, 28.7, 23.9'u ise serbest meslek sahibi olup aktif olguların %11.7'si, inaktif olguların ise %18.5'i çalışmamakta idi (Tablo 4.1).

Aktif olguların aylık gelir ortancası 350 milyon (100 milyon-2 milyar), kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise 365 milyon (100 milyon-2 milyar) olup, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($U = 14606.500$, $p = 0.074$).

Gruplar, gelirlerinin giderlerini karşılama durumları açısından incelendiğinde, aktif olguların 139 (%70.9)'u, inaktif olguların 79 (%73.1)'u, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise 123 (%62.8)'ü gelirinin giderini karşılamadığını, aktif olguların 6(%3.1)'sı, inaktif olguların 4 (%3.7)'ü, kontrol grubunun ise 8 (% 4.1)'i gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etmişlerdir.

Aktif olguların %13.3'ünün, inaktif olguların %15.7'sinin, kontrol grubunu oluşturan bireylerin %24.5'inin sağlık güvencesi bulunmamaktadır (Tablo 4.1).

Gruplar sahip oldukları aile yapısı açısından karşılaştırıldığında, aktif, inaktif olguların ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin sırasıyla %62.8, 62.0, 64.3'ünün çekirdek aile yapısına, %13.3, 12.0, 9.7'sinin ise parçalanmış aile yapısına sahip idi (Tablo 4.1).

Aktif olguların 11(%5.6)'i, inaktif olguların 3(%2.7)'ü, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise 8 (% 4.1)'i yalnız yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Aktif olguların ortalama aile büyüklüğü 4.66 ± 2.49 kişiden oluşmakta olup, aktif olguların %74.0'ı, inaktif olguların %68.5'i, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise %74.5'i 5 ve 5'den az kişiden oluşan ailede yaşamaktadır.

Aktif, inaktif ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin sırasıyla %68.4, 69.4, 70.9'u il merkezinde, % 44.4'i, 45.4, 74.5'i ise apartman dairesinde yaşamakta idi (Tablo 4.1).

Aktif olguların 43 (%21.9)'ünün ailesinde, 31 (%15.8)'inin çevresinde tüberkülozlu bulunduğu tespit edilmiştir.

Aktif olguların 64 (%32.7)'ünün, inaktif olguların 17 (%15.7)'sinin geçmişte önemli bir başka hastalık geçirdikleri saptanmıştır. En sık geçirilen hastalıklar, aktif olgularda pnömoni (%11.2) ve akut eklem romatizması (%6.1)'dir. İnaktif olgularda ise bu oranlar sırasıyla % 8.3 ve % 3.7'dir.

Tablo 4. 2. Tüberküloza Eşlik Eden Hastalıkların Dağılımı

Tüberküloza eşlik eden hastalıklar	GRUPLAR			
	Aktif (n=196)		İnaktif (n=108)	
	Sayı	%	Sayı	%
Diabetes mellitus	16	8.2	8	7.4
Hipertansiyon	15	7.7	12	11.1
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	10	5.1	8	7.4
Kanser	5	2.6	2	1.9
Kronik böbrek yetmezliği	4	2.0	2	1.9
Akut eklem romatizması	2	1.0	4	3.7
Diğer *	6	3.1	6	5.6

* Brusella, silikozis, guatr, epilepsi, ülseratif kolit, migren

Aktif olguların 52 (%26.5)'sinde, inaktif olguların 37 (34.3)'sinde tüberküloza eşlik eden bir hastalık olduğu tespit edilmiştir. En sık 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 (Tablo 4.2).

Tablo 4. 3. Araştırma Grubunda Sigara İçme Durumu

Sigara içme durumu	GRUPLAR						İstatistiki değerlendirme	
	Aktif		İnaktif		Kontrol		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İçme durumu								
Halen içiyor	46	23.4	34	31.4	79	40.3	20.40	< 0.001*
Bırakmış	66	33.7	37	34.3	36	18.4		
Hiç içmemiş	84	42.9	37	34.3	81	41.3		
Toplam	196	100.0	108	100.0	196	100.0		
Miktar/gün								
1 paketten az	43	38.8	34	47.9	46	40.0	6.269	0.180
1 paket	48	43.2	28	39.4	59	51.3		
1 paketten fazla	21	18.0	9	12.7	10	8.7		
Toplam	112	100.0	71	100.0	115	100.0		
Süre /yıl								
1-5	18	16.1	21	29.6	30	26.1	8.494	0.075
6-10	27	24.1	17	23.9	35	30.4		
11 ve ↑	67	59.8	33	46.5	50	43.5		
Toplam	112	100.0	71	100.0	115	100.0		

* Sigara içme durumu açısından bütün gruplar birbirine göre farklılık göstermektedir.

Aktif olguların %23.4'ü, inaktif olguların % 31.4'ü, kontrol grubunu oluşturan bireylerin % 40.3'ü halen sigara içmektedir Sigara içme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (P< 0.001) (Tablo 4.3).

Aktif olguların %18.0'ı günde 1 paketten fazla, % 59.8'i 11 yıl ve daha fazla süreden beri sigara içmektedir. Sigara içme miktarı ve süresi açısından aktif, inaktif ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4. 4. Araştırma Grubunda Alkol Kullanma Durumu

Alkol kullanma durumu	GRUPLAR						İstatistiki değerlendirme	
	Aktif		İnaktif		Kontrol		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kullanma durumu								
Halen içiyor	27	14.8	14	13.0	23	9.7	9.189	0.057
Bırakmış	35	17.9	19	17.6	17	8.7		
Hiç içmemiş	134	67.3	75	69.4	156	79.6		
Toplam	196	100.0	108	100.0	196	100.0		
Süre/yıl								
1-5 yıl	22	34.4	13	39.4	14	35.0	2.538	0.638
6-10 yıl	14	21.9	8	24.2	13	32.5		
11 ve ↑	26	43.8	12	36.4	12	30.0		
Toplam	62	100.0	33	100.0	40	100.0		

Aktif olguların % 14.8'i, inaktif olguların %13.0'ı, kontrol grubunun ise %9.7'si halen alkol kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hiç içmeyenlerin oranı sırasıyla %67.3, 69.4 ve 79.6 olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 4.4).

Alkol kullanan aktif olguların 28 (%43.8)'i, inaktif olguların 15(%45.5)'i, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise 13 (%32.5)'ü 1-21 birim/hafta, aktif olguların 2 (%3.1)'si 22-50 birim/hafta 1 (%1.6)'i >50 birim/hafta alkol aldığı tespit edilmiştir.

Alkol alan aktif, inaktif olguların ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin sırasıyla % 43.8, %36.4 ve %30.0'ı 11 yıl ve daha fazla süredir alkol kullandıkları tespit edilmiştir.

Aktif olguların % 26.5'i günde 4-6 saat, %53.1'i 7-9 saat, % 20.4'ü ise 9 saatten fazla uyuduğunu belirtmişlerdir. Bu oranlar inaktif olgularda sırasıyla %26.8, 55.6,17.6, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise %20.9, 66.3, 12.8'dir.

Tablo 4.5. Araştırma Grubunu Oluşturan Aktif Olguların Hastalığa İlişkin Özellikleri

Hastalığa ilişkin özellikler	Sayı	%
Olgu grupları (n=196)		
Yeni tüberküloz	176	89.8
Relaps	16	8.2
Tedaviye ara verip dönen olgu	4	2.0
Hastalığın yerleşim yeri (n=196)		
Akciğer	131	66.8
Akciğer dışı	65	33.2
Tedavi süreleri/ay (n=196)		
1-3	116	59.2
4-6	50	25.5
7-9	16	8.2
10-12	14	7.1
Tamının konulduğu sağlık kurumu (n=196)		
Tıp Fakültesi	58	29.6
Göğüs hastalıkları hastanesi	41	20.9
Verem savaş dispanseri	36	18.4
Özel doktor	25	12.7
Devlet Hastanesi	16	8.2
SSK	12	6.1
Askeri hastane	8	4.1
İlaçları düzenli kullanma durumu (n=196)		
Düzenli	146	74.5
Düzensiz	50	25.5
Düzensiz ilaç kullanma nedenleri (n=50)		
İlaçların yan etkisi	16	32.0
İmkansızlıklar nedeniyle dispansere ulaşamama	9	18.0
Unutma	9	18.0
Diğer sağlık problemleri nedeniyle	6	12.0
Tedavi konusunda bilgi yetersizliği	4	8.0
Doktora veya tedaviye güvensizlik	3	6.0
Diğer *	7	14.0
Hastalığa tepkiler (n=196)		
Kabullenme	148	75.5
Üzülme	138	70.4
Kadere bağlama	85	43.4
Korku, karamsarlık, endişe, öfke yaşama	56	28.6
Umursamama	46	23.5
Kabullenememe	25	12.8
Diğer **	26	13.3

* İhmal, bıkkınlık, şikayetlerin geçmesi gibi nedenler

** Şok geçirme, kendisini ya da başkalarını suçlama, isyan etme, şaşırma gibi tepkiler

Araştırma kapsamına alınan 196 aktif olgunun 176 (%89.8)'sı yeni olgu, 16 (%8.2)'sı relaps, 4 (%2.0)'ü tedaviye ara verip dönen olgudur. Aktif olguların % 66.8'inin akciğer, %33.2'sinin akciğer dışı organ tüberkülozu olduğu, %59.2'sinin 1-3 aydan beri tedavi görmekte olduğu ve % 29.6'sının tanısının tıp fakültesinde, %20.9'unun göğüs hastalıkları hastanesinde, %18.4'ünün ise verem savaş dispanserinde bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Akciğer dışı organ tüberkülozlu 65 aktif olgunun 16(%24.6)'sı toraks dışı tüberküloz, 15(%23.1)'i genitoürinersistem tüberkülozu, 10(%15.4)'u periton/gastrointestinal tüberkülozu, 5(%7.7)'i plevra tüberkülozu, 4(6.2)'ü milier tüberküloz, 2(3.1)'si omurga kemik-eklem tüberkülozu, 2(%3.1)'si toraks içi lenfadenit, 2(%3.1)'si omurga dışı kemik eklem-eklem tüberkülozu, 9(13.8)'u diğer organ tüberkülozu idi.

Aktif olguların %25.5'i ilaçlarını düzensiz kullanmaktadır. Düzensiz ilaç kullanma nedenleri arasında en sık ilaçların yan etkisi (%32.0), imkansızlıklar nedeniyle dispansere ulaşamama (%18.0), unutma (%18.0) yer almaktadır (Tablo 4.5).

Aktif olguların hastalıklarına tepkileri sorgulandığında, %75.5'i kabullenme, %43.4'ü üzülme, %28.6'sı ise korku, karamsarlık, endişe ve öfke yaşama gibi tepkiler gösterdikleri ortaya konmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Araştırma Grubunu Oluşturan İnaktif Olguların Hastalığa İlişkin Özellikleri

Hastalığa ilişkin özellikler (n=108)	Sayı	%
Hastalığı kaç yıl önce geçirdiği		
1 yıldan ↓	4	3.7
1-5 yıl	49	45.4
6-10 yıl	28	25.9
11 yıl ve ↑	27	25.0
Hastalığın yerleşim yeri		
Akciğer	95	88.0
Akciğer dışı	13	12.0
Tedavi süresi/ay		
6	41	38.0
7-9	21	19.4
10-12	34	31.5
13-15	1	0.9
16 ve ↑	11	10.2
Tanının konulduğu sağlık kurumu		
Göğüs hastalıkları hastanesi	44	40.7
Verem savaş dispanseri	24	22.2
Tıp Fakültesi	18	16.7
Devlet Hastanesi	8	7.4
SSK	7	6.5
Özel doktor	4	3.7
Askeri hastane	3	2.8

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

İnaktif olguların % 88.0'ı akciğer, %12.0'ı akciğer dışı organ tüberkülozu idi. Akciğer dışı organ tüberkülozlu 13 olgunun 5'i toraks dışı tüberküloz, 3'ü genitoürinersistem tüberkülozu, 1'i milier tüberküloz, 1'i toraks içi lenfadenit, 1'i omurga dışı kemik eklem-eklem tüberkülozu, 2'si diğer organ tüberkülozu idi.

İnaktif olguların %38.0'ının 6 ay tedavi gördükleri, % 40.7'sinin tanısının göğüs hastalıkları hastanesinde bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

İnaktif olguların 32 (%29.6)'sinin ailesinde, 18 (%16.7)'inin çevresinde tüberkülozlu bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. Araştırma Grubunu Oluşturan Olguların Hastalıkları İle İlgili Düşünceleri

	Aktif olgu (n=196)		İnaktif olgu (n=108)	
	Sayı	%	Sayı	%
Tedavisi mümkün olan bir hastalık	170	86.7	95	88.0
Bulaşıcı bir hastalık	107	54.6	75	69.4
Hafif bir hastalık	86	43.9	45	41.7
Ağır bir hastalık	79	40.3	51	47.2
Ölümcül bir hastalık	62	31.6	43	39.8
Kötü yaşam koşulları ile ilgili bir hastalık	19	9.7	8	7.4
Yaşamın çeşitli alanlarında sınırlılıklar getiren bir hastalık	11	5.6	10	9.3
Tedavisi mümkün olmayan bir hastalık	6	3.1	1	0.9
Kronik bir hastalık	6	3.1	4	3.7
Diğer*	9	4.6	14	13.0

* Tedavisi zor bir hastalık, ürkütücü bir hastalık, yoksulluk hastalığı, tedbirli olunması gereken bir hastalık, kanserden sonra ikinci sırada tehlikeli bir hastalık.

Olguların hastalıklarına ile ilgili düşünceleri sorgulandığında; aktif olguların % 86.7'si tüberkülozun tedavisi mümkün olan bir hastalık, %54.6'sı bulaşıcı bir hastalık, % 43.9'u ise ölümcül bir hastalık olduğunu düşünmektedir. Bu oranlar inaktif olgularda sırasıyla % 88.0, 69.4, 41.7'dir (Tablo 4.7).

Aktif olguların 159 (%81.1)'unun, inaktif olguların 96 (%88.9)'sının hastalık hakkında bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir. Olguların hastalık hakkındaki bilgi kaynakları incelendiğinde; aktif olguların %68.4'ünün kulaktan dolma bilgileri olduğu, %51.5'inin sağlık personelinden bilgi aldıkları, %13.3'ünün kaynak kitaptan okudukları, %4.6'sının ise medyadan, internetten ve öğrenimi sırasında okuldan bilgi aldıkları tespit edilmiştir. Bu değerler inaktif olgularda sırasıyla % 78.7, 52.8, 17.6, 8.3'tür.

Tablo 4.8. Yeni, Relaps ve Tedaviye Ara Verip Döner Olgularda Görülen Stressörler

Stressörler	Sayı	%
Yeni olgular (n=99)		
Ailevi problemler	34	34.3
Maddi problemler	22	22.2
Sağlık problemleri	18	18.2
Psikolojik problemler	10	10.1
Yaşam koşullarının zorluğu	12	12.1
İşsizlik	8	8.1
Ölüm, ayrılık gibi kayıplar	6	6.1
İş ya da eğitim ile ilgili problemler	4	4.0
Sosyal problemler (karşı cinsle ilgili problemler vb.)	4	4.0
Relaps olgular (n=10)		
Aile içi geçimsizlik	5	50.0
Maddi problemler	4	40.0
Aileleri ile ilgili problemler	3	30.0
Yaşam koşullarının kötülüğü, zorluğu	3	30.0
Ölüm, ayrılık gibi kayıplar	3	30.0
Tedaviye ara verip döner olgular (n=3)		
İş ya da eğitimle ilgili problemler	2	66.7
Yaşam koşullarının zorluğu	1	33.3

Yeni olguların 99 (%56.3)'unun, relaps olguların 10 (% 62.5)'unun, tedaviye ara verip döner olguların 3 (% 75.0)'ünün 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 döner olgularda ise iş ya da eğitimle ilgili problemler (% 66.7) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Araştırma Grubunu Oluşturan Aktif Olguların Hastalığın Kişinin Yaşam Tarzları Üzerine Etkileri Konusundaki Düşünceleri

Etkiler (n=196)	Sayı	%
Kişi üzerindeki etkileri		
Uyku- iştah alışkanlığında bozulma	112	57.1
İçine kapanma	79	40.3
Alışkanlıkları terk etme	69	35.2
Yetersizlik duygusu-gelecekle ilgili kaygı	64	32.7
Kişiliğinde değişiklik	63	32.1
İnsanlardan kaçma	57	29.1
Çalışamaz duruma gelme	55	28.1
Kendine güven kaybı	55	28.1
Görünümünde değişiklik	40	20.4
Hayata boşvermişlik	36	18.4
Cinsel problemler	21	10.7
Diğer*	8	4.1
Çevresiyle ilişkileri üzerine etkileri		
Damgalanma	32	16.3
Toplum tarafından dışlanma	21	10.7
Aile içi ilişkilerin bozulması	11	5.6
Diğer**	2	1.0

* Alkole yönelme, eğitim hayatını etkileme, yaşam kalitesinde azalma, yaşam tarzında kısıtlanmalar.

** Çevreden ilgi, destek bulma gibi kazanımlar elde etme

Aktif olgularda hastalığın, %57.0'ında uyku-iştah alışkanlıklarında bozulma, % 40.3'ünde içine kapanma, %35.2'sinde alışkanlıklarını terk etme gibi kişi üzerine etkileri, %16.3'ünde damgalanma, %10.7'sinde toplum tarafından dışlanma, %5.6'sında aile içi ilişkilerin bozulması gibi kişinin çevresiyle ilişkileri üzerine etkileri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.9).

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

Tablo 4.10. Araştırma Grubuna Alınan Hasta ve Kontrol Gruplarının Beck Depresyon Skorlarına Göre Dağılımı

GRUPLAR	Beck depresyon skorları								Toplam		İstatistiki değerlendirme	
	Depresyon yok		Hafif		Orta		Şiddetli					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
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.

Aktif olguların %35.7'sinde depresyon yok, %19.4'ünde hafif, %26.5'inde orta, %18.4'ünde şiddetli derecede depresyon skorları olduğu tespit edilmiş olup, bu değerler inaktif olgularda sırasıyla %33.4, 25.0, 22.2,19.4'tür. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin % 62.8'inde depresyon yok, % 37.2'sinde ise hafif derecede depresyon skorları olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Araştırma Grubunda Çeşitli Değişkenlere Göre Beck Depresyon Skorları

Değişken	GRUPLAR											
	Aktif				İnaktif				Kontrol			
	n	Depresyon skoru $\bar{X} \pm SS$	t	p	n	Depresyon skoru $\bar{X} \pm SS$	t	p	n	Depresyon skoru $\bar{X} \pm SS$	t	p
Cinsiyet												
Kadın	82	19.83±12.77	2.421	0.016	37	19.05±10.18	0.990	0.324	89	9.82 ± 5.01	1.776	0.077
Erkek	114	15.83±10.29			71	16.58 ± 13.31			107	8.47 ± 5.65		
Yaşama durumu												
Yalnız	11	19.09 ± 11.73	0.462	0.653	3	11.00 ± 7.00	-0.914	0.363	18	7.39 ± 6.06	-1.399	0.163
Diğer aile bireyleriyle	185	17.41 ± 11.55			107	17.61 ± 12.43			178	9.25 ± 5.32		
Eşlik eden hastalık												
Var	52	20.88±11.39	2.497	0.014	37	21.03 ± 12.29	2.215	0.030	-	-	-	-
Yok	144	16.28±11.39			71	15.55 ± 12.02			-	-		

Aktif tüberkülozlu kadın olguların beck depresyon puanı ortalaması, erkek olgularınkinden yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İnaktif olgularda ve kontrol grubunu oluşturan bireylerde de aktif olgularla benzer şekilde kadınların beck depresyon puanı ortalaması, erkeklerinkinden yüksek olmakla beraber gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($P>0.05$) (Tablo 4.11).

İnaktif olgulardan ve kontrol grubunu oluşturan bireylerden farklı olarak, yalnız yaşayan aktif olguların beck depresyon puanı ortalaması diğer aile bireyleri ile yaşayan hastalarinkinden yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tüberküloza eşlik eden hastalığı olan aktif ve inaktif olguların beck depresyon puanı ortalaması, eşlik eden hastalığı olmayanlarinkinden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

İlaçlarını düzenli kullanan aktif olguların beck depresyon puanı ortalaması 17.10 ± 11.51 , düzensiz kullananların ise 18.68 ± 11.66 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($t= -0,834$, $p= 0.406$).

Tablo 4.12. Araştırma Grubunda Çeşitli Değişkenlere Göre Beck Depresyon Skorları

Değişkenler	GRUPLAR											
	Aktif				İnaktif				Kontrol			
	n	Depresyon skoru $\bar{X} \pm SS$	F	P	n	Depresyon skoru $\bar{X} \pm SS$	F	p	n	Depresyon skoru $\bar{X} \pm SS$	F	p
Eğitim durumu												
Okur-yazar değil	32	24.31 ± 11.42			14	25.86 ± 11.45			17	11.88 ± 6.78		
Okur- yazar	6	19.33 ± 15.90			7	25.14 ± 13.66			5	14.40 ± 5.72		
İlkokul	89	18.27 ± 11.70	4.760	<0.001	59	17.17 ± 12.56	3.883	0.003	91	10.74 ± 6.62	1.808	0.114
Ortaokul	20	14.95 ± 6.87			7	14.14 ± 8.28			30	8.06 ± 5.23		
Lise	38	11.00 ± 9.73			16	14.63 ± 7.91			41	8.29 ± 5.68		
Yüksekokul	11	12.73 ± 11.50			5	9.42 ± 4.21			12	6.58 ± 6.17		
Medeni durum												
Bekar	43	13.35 ± 10.85			21	13.05 ± 11.50			41	8.66 ± 5.15		
Evli	138	17.82 ± 11.17	7.963	<0.001	82	18.23 ± 12.35	1.973	0.144	145	10.23 ± 7.16	3.658	0.028
Boşanmış veya dul	15	26.53 ± 11.74			5	22.60 ± 13.28			10	14.60 ± 6.60		
Meslek												
Serbest meslek	46	16.13 ± 10.40			31	13.06 ± 12.06			47	9.71 ± 6.87		
İşçi	10	15.20 ± 6.93			7	12.43 ± 9.02			42	8.61 ± 5.60		
Emekli	24	16.88 ± 11.06			12	19.17 ± 14.05			19	10.44 ± 7.22	1.305	0.237
Memur	8	12.63 ± 9.71	1.695	0.093	7	16.00 ± 10.02	1.931	0.063	18	6.89 ± 5.58		
Ev hanımı	72	20.63 ± 13.0			30	18.53 ± 10.97			60	9.93 ± 4.79		
Çalışmıyor	23	18.39 ± 11.07			20	24.35 ± 12.98			5	10.80 ± 6.31		
Diğer	13	9.46 ± 7.08			1	5.0 ± 0.0			5	7.80 ± 5.39		
Aile yapısı												
Çekirdek	123	15.37 ± 10.64			28	19.93 ± 14.29			51	11.00 ± 7.36		
Geniş	47	20.68 ± 12.44			67	16.13 ± 11.37	1.012	0.367	126	8.97 ± 5.23	0.416	0.660
Parçalanmış	26	21.08 ± 11.78	6.146	0.03	13	18.69 ± 12.66			19	11.89 ± 7.89		
Konut tipi												
Apartman dairesi	87	15.86 ± 11.48			49	17.33 ± 12.45			146	9.12 ± 5.48		
Gecekondu	65	20.94 ± 11.72			44	20.32 ± 12.16	4.812	0.010	21	11.24 ± 7.60	0.345	0.709
Müstakil	36	15.89 ± 10.34	2.982	0.033	15	9.27 ± 8.91			29	8.45 ± 5.05		
Diğer	8	14.75 ± 11.56			0	0.0 ± 0.0			0	0.0 ± 0.0		

Araştırma grubuna alınan hasta ve kontrol gruplarının eğitim düzeylerine göre beck depresyon skorları karşılaştırıldığında, aktif ve inaktif olgularda bütün eğitim düzeylerinde, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise okur-yazar grubu hariç diğer eğitim düzeylerinde, eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon skorlarının düştüğü tespit edilmiştir. Okur-yazar olmayan aktif olguların beck depresyon puanı ortalaması diğer gruplarından yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Benzer ilişki inaktif olgularda bulunmasına rağmen ($p<0.01$), kontrol grubunu oluşturan bireylerde böyle bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Çoklu karşılaştırma (post hoc) testi sonucunda gruplar arasındaki farklılığın aktif olgularda okur-yazar olmayanlarla, ortaokul, lise ve yüksekokul mezunu olan gruplardan, inaktif olgularda ise okur-yazar olmayanlar ve okur-yazar olanlarla ortaokul mezunu olan gruplardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Araştırma grubuna alınan hasta ve kontrol gruplarının medeni durumlarına göre beck depresyon skorları karşılaştırıldığında, aktif olgularda gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Benzer ilişki kontrol grubunu oluşturan bireylerde bulunmasına rağmen ($p<0.05$), inaktif olgularda böyle bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Boşanmış/dul olan hasta ve kontrol gruplarının beck depresyon puanı ortalaması diğer gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Araştırma grubuna alınan hasta ve kontrol gruplarının meslek durumlarına göre beck depresyon skorları karşılaştırıldığında, aktif olgularda ev hanımlarının, inaktif olgularda ve kontrol grubunu oluşturan bireylerde çalışmayanların beck depresyon puanı ortalamalarının diğer gruplarından yüksek olmakla beraber gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Araştırma grubuna alınan hasta ve kontrol gruplarının aile yapısına göre beck depresyon skorları karşılaştırıldığında, aktif olgularda gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çoklu karşılaştırma (post hoc) testi sonucunda bu farklılığın çekirdek ve parçalanmış aile yapısına sahip olan gruplardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Aktif olgularda ve kontrol grubunda parçalanmış aile yapısına sahip olanların, inaktif olgularda çekirdek aile yapısına sahip olanların beck

depresyon puanı ortalamalarının diğer gruplarından yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Araştırma grubuna alınan hasta ve kontrol gruplarının konut tipine göre beck depresyon skorları karşılaştırıldığında, aktif olgularda gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer ilişki inaktif olgularda bulunmasına rağmen ($p<0.01$), kontrol grubunu oluşturan bireylerde böyle bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Gecekonuda oturan hasta gruplarının beck depresyon puan ortalaması diğer gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Halen sigara içen aktif olguların beck depresyon puanı ortalaması 16.07 ± 11.35 , sigara içmeyi bırakan hastaların 17.98 ± 10.81 , hiç sigara içmemiş hastaların ise 17.92 ± 12.03 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($F=0.466$, $p=0.628$). İnaktif olgularda da benzer bulgular elde edilmiştir.

Halen alkol kullanan aktif olguların beck depresyon puanı ortalaması 15.04 ± 8.53 , bırakanların 17.63 ± 12.35 , hiç kullanmayanlarınki ise 17.97 ± 11.85 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($F=0.726$, $p=0.485$). İnaktif olgularda da benzer bulgular elde edilmiştir.

Relaps olan olguların beck depresyon puanı ortalaması (22.25 ± 10.30) tedaviye ara verip dönen olgularınkinden (21.00 ± 5.35) ve yeni tüberküloz olgularınkinden (16.99 ± 11.67) yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($F=1.721$, $p=0.182$).

Tablo 4.13. 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 ²	P
Fiziksel fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	66.70±26.52 ^a	75.37±23.52 ^b	86.40±12.90 ^c	63.319	<0.001
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	82.5 (0-100)	90.0 (35-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	33.93±40.07 ^a	42.59±41.62 ^a	65.05±37.00 ^b	56.478	<0.001
	Ort.(min-max)	25.0 (0-100)	25.0 (0-100)	75.0 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	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	$\bar{X} \pm SS$	50.45±23.32 ^a	47.85±26.21 ^a	62.22±19.39 ^b	33.257	<0.001
	Ort.(min-max)	52.0 (0-100)	47.0 (0-97)	63.5 (10-97)		
Enerji/ canlılık	$\bar{X} \pm SS$	45.03±25.13 ^a	44.07±25.47 ^a	54.36±21.01 ^b	19.309	<0.001
	Ort.(min-max)	45.0 (0-100)	45.0 (0-100)	55.0 (0-100)		
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	60.43±28.68 ^a	67.36±29.34 ^b	72.64±23.48 ^b	19.075	<0.001
	Ort.(min-max)	62.5 (0-100)	75.0 (0-100)	75.0 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	40.65± 39.91 ^a	42.21±40.06 ^a	53.74±42.06 ^b	10.016	0.007
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)	66.7 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	55.65±21.17 ^a	53.11±22.33 ^{ab}	58.94±19.53 ^{ac}	6.137	0.046
	Ort.(min-max)	56.0 (0-96)	52.0 (8-100)	60.0 (0-100)		

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi kare değeridir.

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

SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında kontrol grubunu oluşturan bireylerin puanlarının hasta gruplarını oluşturan bireyelerinkinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve kontrol gruplarına göre fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutu ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Aktif Olguların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Cinsiyet		İstatistiki değerlendirme	
		Kadın (n= 82)	Erkek (n=114)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	63.60 \pm 26.1	69.0 \pm 26.7	U= 3995.0 z=-1.738	p=0.082
	Ort.(min-max)	70.0 (0-100)	77.5(0-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	26.8 \pm 36.4	39.04 \pm 41.9	U= 3908.0 z=-2.092	p=0.036
	Ort.(min-max)	0.0 (0-100)	25.0(0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	52.2 \pm 32.3	63.4 \pm 30.2	U= 3748.5 z=-2.383	p=0.017
	Ort.(min-max)	51.0 (0-100)	62.0 (0-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	44.1 \pm 22.8	55.0 \pm 22.7	t=-3.312	p=0.001
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	30.9 \pm 38.8	47.7 \pm 39.4	t=-2.981	p=0.003
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	59.3 \pm 28.1	61.3 \pm 29.2	U=4442.5 z=-0.599	p=0.549
	Ort.(min-max)	62.5 (0-100)	62.5 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	31.4 \pm 39.0	48.1 \pm 39.5	U=3549.0 z=-3.009	p=0.003
	Ort.(min-max)	0.0 (0-100)	33.3 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	51.7 \pm 22.1	58.5 \pm 20.1	t=-2.236	p=0.026

• Ort= ortanca, U= Mann- Whitney U değerleridir, t= student t test değerleridir.

Aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında erkek hastaların puanlarının kadın hastalara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aktif olgularda, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutu ortalama puanları arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. İnaktif Olguların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Cinsiyet		İstatistiki değerlendirme	
		Kadın (n= 37)	Erkek (n=71)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	69.9 \pm 22.7	78.2 \pm 23.6	U= 982.0 z=-2.159	p=0.031
	Ort.(min-max)	70.0 (10-100)	90(0-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	33.1 \pm 36.3	47.5 \pm 43.5	U=1073.5 z=-1.620	p=0.105
	Ort.(min-max)	25.0 (0-100)	50 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	49.6 \pm 32.6	62.2 \pm 30.1	U=1010.5 z=-1.975	p=0.048
	Ort.(min-max)	51.0 (0-100)	62.0 (0-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	43.1 \pm 25.5	49.3 \pm 26.6	t=-0.776	p=0.439
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	38.6 \pm 22.7	46.9 \pm 26.5	t=-1.610	p=0.110
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	73.0 \pm 25.8	64.4 \pm 30.8	U=1126.5 z=-1.233	p=0.218
	Ort.(min-max)	75.0 (12.5-100)	75.0 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	31.5 \pm 36.8	49.3 \pm 40.6	U=998.0 z=-2.128	p=0.033
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	49.3 \pm 18.0	55.1 \pm 24.2	t=-1.285	p=0.202

• Ort= ortanca,U= Mann- Whitney U değerleridir, t= student t test değerleridir.

İnaktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün sosyal fonksiyonellik dışındaki bütün boyutlarında erkeklerin ortalama puanlarının kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. İnaktif olgularda; fizik fonksiyonellik, ağrı ve duygusal rol sınırlamaları sağlık boyutu ortalama puanları arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Kontrol Grubunda Bulunan Bireylerin Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Cinsiyet		İstatistiki değerlendirme	
		Kadın (n= 89)	Erkek (n=107)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	81.9 \pm 13.9	90.1 \pm 10.8	U=2951.5 z =-4.634	p<0.001
	Ort.(min-max)	85.0 (35-100)	95.0 (50-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	59.3 \pm 38.2	69.9 \pm 35.3	U=3988.0 z=-2.045	p=0.041
	Ort.(min-max)	75.0(0-100)	75.0 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	55.9 \pm 21.9	70.9 \pm 24.7	U=3053.0 z=-4.356	p<0.001
	Ort.(min-max)	52.0 (0-100)	74.0 (0-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	57.5 \pm 20.8	66.2 \pm 17.3	t=-3.207	p=0.002
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	48.5 \pm 21.9	59.2 \pm 19.0	t=-3.648	p<0.001
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	69.5 \pm 24.4	75.2 \pm 22.5	U=4123.0 z=-1.643	p=0.100
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	75.0 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	45.7 \pm 42.6	60.4 \pm 40.5	U=3889.5 z=-2.309	p=0.021
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	66.7 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	55.5 \pm 19.8	61.8 \pm 18.9	t=-2.269	p=0.024

• Ort= ortanca, U= Mann- Whitney U değerleridir, t= Student t test değerleridir.

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde, SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında erkeklerin ortalama puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan bireylerde; fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutu ortalama puanları arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Aktif Olguların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Medeni durum			İstatistiki değerlendirme	
		Bekar (n= 43)	Evli (n=138)	Dul /boşanmış (n=15)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	79.0±18.7 ^a	65.3 ±27.0 ^b	44.7 ±24.2 ^c	X ² =20.09	p<0.001
	Ort.(min-max)	85.0 (30-100)	72.5 (0-100)	50.0 (0-80)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	50.6 ± 41.0 ^a	30.6 ± 39.2 ^b	16.7±32.3 ^b	X ² =12.4	p=0.002
	Ort.(min-max)	50.0 (0-100)	0.0 (0-100)	0.0 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	67.0±25.5 ^a	58.2 ± 31.6 ^{ab}	40.2±39.0 ^b	X ² =6.98	p=0.030
	Ort.(min-max)	62.0 (10-100)	61.5 (0-100)	22.0(0-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	60.1±17.3 ^a	49.5± 24.0 ^b	31.3±18.4 ^c	F=9.642	p<0.001
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	57.3 ± 19.0 ^a	42.4 ± 25.8 ^b	33.7±22.9 ^b	F=7.951	p=0.001
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	70.3 ± 26.6 ^a	58.6 ±29.0 ^b	49.2 ±25.6 ^b	X ² =7.63	p=0.022
	Ort.(min-max)	75.0 (12.5-100)	50.0 (0-100)	50.0 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	45.7 ±40.5	39.4± 39.7	37.8 ±41.53	X ² =1.06	p=0.589
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	61.1 ±20.3	54.9 ±21.0	46.9 ±22.5	F=2.846	p=0.061

• Ort= ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

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

Aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında ortalama puanların bekarlarda en yüksek olduğu, bunu evlilerin izlediği, dulların ise en düşük puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Aktif olgularda; fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı,enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik sağlık boyutu ortalama puanları arasında medeni duruma göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. İnaktif Olguların Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Medeni durum			İstatistiki değerlendirme	
		Bekar (n= 21)	Evli (n=82)	Dul /boşanmış (n=5)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	89.8±16.2 ^a	73.1± 23.0 ^b	52.0 ±30.3 ^b	X ² =16.3	p<0.001
	Ort.(min-max)	95.0 (35-100)	77.5 (0-100)	45.0 (25-95)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	65.5 ± 37.5 ^a	39.3 ± 4.5 ^b	0.0±0.0 ^b	X ² =13.7	p=0.001
	Ort.(min-max)	75.0(0-100)	25.0 (0-100)	0.0 (0-0)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	76.0±28.5 ^a	53.8 ± 31.4 ^b	53.1±13.5 ^{ab}	X ² =9.2	p=0.010
	Ort.(min-max)	84.0 (0-100)	52.0 (0-100)	62.0 (31-62)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	56.8±28.5	45.8± 25.3	43.8 ±29.1	F=1.552	p=0.217
Enerji/canlilik	$\bar{X} \pm SS$	54.0 ± 24.8	42.3 ± 25.3	32.0±22.2	F=2.445	p=0.092
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	75.0 ± 28.5	65.5 ±29.8	65.0 ±24.0	X ² =2.335	p=0.311
	Ort.(min-max)	75.0(0-100)	75.0 (0-100)	75 (25-87.5)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	49.2 ± 43.0	40.7± 39.6	60.0 ± 36.5	X ² =1.709	p=0.426
	Ort.(min-max)	33.3(0-100)	33.3 (0-100)	66.7(0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	59.8 ±23.6	51.6 ±21.8	49.6 ±24.4	F=1.196	p=0.306

- Ort= ortanca, U= Mann- Whitney U değerleridir , X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.
- Benzer harfler grupların birbirine benzer olduğunu, farklı harfler ise grupların farklılığını göstermektedir.

İnaktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün duygusal rol sınırlamaları dışındaki bütün boyutlarında ortalama puanların bekarlarda en yüksek olduğu, bunu evlilerin izlediği, dulların ise en düşük puana sahip oldukları tespit edilmiştir. İnaktif olgularda, fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları ve ağrı sağlık boyutları ortalama puanları arasında medeni duruma göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Kontrol Grubunu Oluşturan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Medeni durum			İstatistiki değerlendirme	
		Bekar (n= 41)	Evli (n=145)	Dul /boşanmış (n=10)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	92.2±10.7 ^a	85.0 ±13.0 ^b	76.0 ±10.2 ^c	X ² =20.824	<0.001
	Ort.(min-max)	95.0 (55-100)	85.0 (35-100)	75.0 (60-80)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	73.2 ± 29.8	63.4 ± 38.1	55.0± 45.3	X ² =2.039	p=0.361
	Ort.(min-max)	75.0(0-100)	75.0 (0-100)	62.5 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	70.6 ± 23.4	62.0 ± 24.7	68.3±24.5	X ² =5.815	p=0.055
	Ort.(min-max)	74.0 (0-100)	61.0 (0-100)	52.0(41-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	65.0±17.5	49.5± 24.0	31.3±18.4	F=2.081	p=0.128
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	59.1 ± 21.3 ^a	42.4 ± 25.8 ^b	33.7±22.9 ^c	F=4.440	p=0.013
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	76.2 ± 21.3	72.0 ±23.9	67.5 ±23.7	X ² =1.681	p=0.431
	Ort.(min-max)	75.0(0-100)	75.0(0-100)	62.5 (25-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	67.5 ± 35.3	51.0 ± 43.0	36.7±42.9	X ² =5.799	p=0.055
	Ort.(min-max)	66.7(0-100)	66.7(0-100)	16.7(0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	63.7 ±16.7 ^a	58.6 ±19.8 ^b	44.0 ±20.1 ^b	F=4.311	p=0.015

• Ort= ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

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

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde, SF 36 sağlık statüsünün ağrı dışındaki bütün boyutlarında ortalama puanların bekarlarda en yüksek olduğu, bunu evlilerin izlediği, dulların ise en düşük puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan bireylerde; fizik fonksiyonellik, enerji/canlılık, ruh sağlığı boyutu ortalama puanları arasında medeni duruma göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05)(Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Aktif Olguların Yerleşim Yerine Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Yerleşim yeri			İstatistiki değerlendirme	
		İl (n= 134)	İlçe (n=35)	Köy (n=27)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	67.5±26.5	71.1±26.5	57.4 ±25.5	X ² =5.625	p=0.060
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	80.0 (0-100)	60.0 (15-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	34.3 ± 39.5	32.9 ± 41.9	33.3 ± 42.2	X ² =0.254	p=0.881
	Ort.(min-max)	25.0(0-100)	0.0 (0-100)	0.0 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	59.6 ± 31.8	62.1 ± 30.8	50.1± 30.9	X ² =2.509	p=0.285
	Ort.(min-max)	62.0 (0-100)	62.0 (10-100)	51.0 (0-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	50.2±22.9	53.4± 23.8	48.0±25.1	X ² =1.246	p=0.536
	Ort.(min-max)	52.0 (0-97)	60.0 (5-87)	40.0(0-100)		
Enerji/canlilik	$\bar{X} \pm SS$	45.8 ± 24.7	48.3 ± 24.3	37.0±27.4	F=1.733	p=0.180
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	60.6 ± 28.3	64.6 ±29.2	54.2 ±30.0	X ² =2.047	p=0.359
	Ort.(min-max)	62.5(0-100)	62.5(12.5-100)	50 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	41.3 ± 39.0	45.7 ± 41.3	30.9± 42.3	X ² =2.802	p=0.246
	Ort.(min-max)	33.3(0-100)	33.3 (0-100)	0 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	57.1 ±20.1	56.2 ±21.8	47.7±24.2	F=2.261	p=0.107

• Ort= ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

Aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün fiziksel rol sınırlamaları ve ruh sağlığı dışındaki bütün boyutlarında ortalama puanların ilçelerde oturanlarda en yüksek olduğu, bunu il merkezinde oturanların izlediği, köyde oturanların ise en düşük puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsü boyutları ortalama puanları arasında yerleşim yerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. İnaktif Olguların Yerleşim Yerine Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Yerleşim yeri			İstatistiki değerlendirme	
		İl (n= 75)	İlçe (n=13)	Köy (n=20)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	73.5±22.3 ^a	93.5± 7.2 ^b	70.5 ±29.6 ^a	X ² =10.74	p=0.005
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	95.0 (75-100)	82.5 (10-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	39.0± 40.3	67.3± 35.9	40.0 ± 46.2	X ² =5.469	p=0.065
	Ort.(min-max)	25.0(0-100)	75.0 (0-100)	12.5 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	57.7 ± 31.8	69.8 ± 24.3	50.5± 33.0	X ² =2.593	p=0.273
	Ort.(min-max)	61.0 (0-100)	72 (30-100)	52.0 (0-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	46.7±26.9	59.2± 18.2	44.8±27.2	X ² =2.966	p=0.227
	Ort.(min-max)	47.0 (0-97)	52.0 (35-87)	42.5(0-97)		
Enerji/canlilik	$\bar{X} \pm SS$	43.2 ± 24.4	57.7 ± 23.0	38.5±29.1	F=2.446	p=0.092
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	66.5 ± 29.7	79.8 ± 23.1	62.5 ±30.6	X ² =3.042	p=0.219
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	87.5(25-100)	75.0 (12.5-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	44.4 ± 40.4	43.6 ± 31.6	38.3± 44.9	X ² =0.595	p=0.743
	Ort.(min-max)	33.3(0-100)	33.3 (0-100)	16.7 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	52.4 ±23.6	59.4±21.2	51.6 ±18.1	F=0.589	p=0.557

- Ort= ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.
- Benzer harfler grupların birbirine benzer olduğunu, farklı harfler ise grupların farklılığını göstermektedir.

İnaktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün duygusal rol sınırlama dışındaki bütün boyutlarında ortalama puanların ilçeler oturanlarda en yüksek olduğu, bunu il merkezinde oturanların izlediği, köyde oturanların ise en düşük puana sahip oldukları tespit edilmiştir. İnaktif olgularda; fizik fonksiyonellik sağlık boyutu ortalama puanları arasında yerleşim yerine göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.21).

Tablo 4. 22. Kontrol Grubunu Oluşturan Bireylerin Yerleşim Yerine Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Yerleşim yeri			İstatistiki değerlendirme	
		İl (n= 139)	İlçe (n=37)	Köy (n=20)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	86.8±12.4	83.9 ± 14.8	88.0 ±12.8	X ² =1.477	p=0.478
	Ort.(min-max)	90.0(50-100)	90.0 (35-100)	90.0 (50-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	65.3± 37.0	65.5± 36.0	62.5 ± 40.1	X ² = 0.073	p=0.964
	Ort.(min-max)	75.0(0-100)	75.0 (0-100)	75.0 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	64.0± 24.4	64.7 ± 25.6	63.8 ± 25.4	X ² = 0.091	p=0.955
	Ort.(min-max)	62.0 (0-100)	62.0 (21-100)	61.5 (21-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	62.8 ± 19.8	60.6 ± 16.6	61.5 ± 22.2	X ² = 0.865	p=0.649
	Ort.(min-max)	65.0 (10-97)	62.0 (20-90)	61.0 (25-97)		
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	54.5 ± 21.3	50.7 ± 18.4	60.0 ± 23.1	F=1.298	p=0.390
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	73.1 ± 23.2	70.3 ± 25.9	73.8 ± 21.8	X ² = 0.216	p=0.898
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	75.0 (12.5-100)	81.3 (38-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	53.7 ± 42.0	57.7 ± 41.3	46.7 ± 45.1	X ² = 0.833	p=0.660
	Ort.(min-max)	66.7 (0-100)	66.7 (0-100)	33.3 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	58.6 ± 20.1	59.4 ± 17.9	62.5 ±18.6	F=0.390	p=0.677

• Ort= ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde, SF 36 sağlık statüsü boyutları ortalama puanları arasında yerleşim yerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Akif Olguların Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		EĞİTİM DÜZEYİ						İstatistiki değerlendirme	
		OY değil (n=32)	OY (n=6)	İlk okul (n=89)	Ortaokul (n=20)	Lise (n=38)	Yüksekokul (n=11)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	48.6 ± 29.4 ^a 47.5 (0-100)	49.2 ± 35.8 ^{ab} 47.5 (10-100)	69.4±23.2 ^b 75.0 (0-100)	71.5±27.0 ^b 85.0 (20-100)	73.2±24.5 ^b 85.0 (20-100)	76.4±21.0 ^{ab} 80.0 (30-100)	X ² =19.56	p=0.002
	Ort.(min-max)								
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	16.4 ± 30.2 ^a 0.0 (0-100)	37.5 ± 44.0 ^{ab} 25.0 (0-100)	33.1 ± 41.1 ^{ab} 0.0 (0-100)	46.3 ± 38.3 ^b 25.0 (0-100)	37.5 ± 41.4 ^b 25.0 (0-100)	54.5 ± 41.6 ^{ab} 50.0 (0-100)	X ² =14.94	p=0.011
	Ort.(min-max)								
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	47.7 ± 29.6 ^a 51.0 (0-100)	77.2 ± 35.9 ^{ab} 100 (22-100)	57.8 ± 32.3 ^{ab} 52.0 (0-100)	60.8 ± 35.3 ^{ab} 67.0 (0-100)	59.4 ± 26.7 ^{ab} 62.0 (0-100)	80.3 ± 26.5 ^b 100 (22-100)	X ² =11.340	p=0.045
	Ort.(min-max)								
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	40.9±21.3 ^a	38.7±37.7 ^a	48.9±23.1 ^a	53.2 ± 18.6 ^a	58.4±22.3 ^b	64.7±20.3 ^b	F=3.473	p=0.005
Enerji /canlılık	$\bar{X} \pm SS$	31.3±22.9 ^a	49.2±33.1 ^a	44.2±25.0 ^a	54.5±22.8 ^b	49.5±24.7 ^b	56.8±19.8 ^b	F=3.473	p=0.005
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	48.4 ± 29.6 ^a 43.8 (0-100)	54.2 ± 29.2 ^a 62.5 (12.5-100)	59.6 ± 28.4 ^a 50.0 (0-100)	66.3 ± 33.5 ^a 68.8 (0-100)	66.8 ± 24.0 ^a 62.5 (12.5-100)	73.9 ± 25.3 ^a 75.0 (25-100)	X ² =11.72	p=0.039
	Ort.(min-max)								
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	33.3 ± 42.3 0 (0-100)	50.0 ± 45.9 50.0(0-100)	36.7 ± 39.6 33.3 (0-100)	45.0 ± 40.9 33.3 (0-100)	47.4 ± 36.9 33.3 (0-100)	57.6 ± 39.7 66.7 (0-100)	X ² =6.480	p=0.262
	Ort.(min-max)								
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	47.8±21.8	62.7±23.3	55.6 ± 21.7	57.6 ± 15.6	58.7 ± 20.5	61.5 ± 23.1	F=1.399	p=0.226

• Ort= ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

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

Tablo 4.24. İnaktif Olguların Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		EĞİTİM DÜZEYİ						İstatistiki değerlendirme	
		Okur-yazar değil (n=14)	Okur-yazar (n=7)	İlk okul (n=59)	Ortaokul (n=7)	Lise (n=16)	Yüksekokul (n=5)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	61.4 ± 26.4 ^a	59.3 ± 19.2 ^a	75.1±24.2 ^a	90.0±14.1 ^a	85.6±16.0 ^a	87.0±9.7 ^a	X ² =15.57	p=0.008
	Ort.(min-max)	60.0 (10-95)	65.0 (25-80)	85.0 (0-100)	90.0 (60-100)	92.5 (45-100)	90.0 (75-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	14.3 ± 28.9 ^{ac}	14.3 ± 28.3 ^{ac}	44.9 ± 42.2 ^{abc}	64.3 ± 47.6 ^{abc}	45.3 ± 34.4 ^{abc}	95.0 ± 11.2 ^b	X ² =19.60	p=0.001
	Ort.(min-max)	0.0 (0-100)	0.0 (0-75)	25.0 (0-100)	100.0 (0-100)	37.5 (0-100)	100.0(75-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	48.6 ± 34.9	55.6 ±30.1	55.8 ± 31.3	76.0 ±32.4	60.0 ±30.7	78.2±16.6	X ² =5.720	p=0.334
	Ort.(min-max)	41.0 (0-100)	62.0 (0-100)	61.0 (0-100)	100.0 (20-100)	67.5 (0-100)	84.0 (61-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	28.1±20.9 ^a	46.3±25.9 ^a	49.0±27.3 ^a	64.7±14.9 ^b	51.6±25.4 ^a	56.6±19.8 ^a	F=2.534	p=0.033
Enerji /canlılık	$\bar{X} \pm SS$	23.6±17.3 ^a	36.4±19.1 ^a	44.7±25.5 ^b	66.4±25.0 ^b	47.5±24.4 ^a	62.0±19.2 ^b	F=4.099	p=0.002
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	58.0 ±37.9	58.9 ± 13.9	67.8 ±30.6	89.3 ± 13.4	65.6±26.4	75.0 ±15.3	X ² =7.633	p=0.178
	Ort.(min-max)	62.5 (0-100)	62.5 (37.5-75)	75.0 (0-100)	100.0 (75-100)	68.7 (0-100)	75.0 (62.5-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	26.2 ±35.0 ^a	52.4 ± 42.4 ^{ab}	44.1 ±39.4 ^{ab}	66.7 ± 38.5 ^{ab}	25.0 ±35.5 ^a	93.3 ±14.9 ^b	X ² =15.671	p=0.008
	Ort.(min-max)	16.7 (0-100)	66.7(0-100)	33.3 (0-100)	66.7 (0-100)	0.0 (0-100)	100.0 (66.7-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	40.9±17.3	50.9±21.8	54.7 ± 23.7	68.0 ± 18.0	50.0 ± 22.2	60.8 ±11.1	F=1.784	p=0.123

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

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

Tablo 4.25. Kontrol Grubunu Oluşturan Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		EĞİTİM DÜZEYİ						İstatistiki değerlendirme	
		Okur-yazar değil (n=17)	Okur-yazar (n=5)	İlk okul (n=91)	Ortaokul (n=30)	Lise (n=41)	Yüksekokul (n=12)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	74.4 ± 16.0 ^a	70.0 ± 10.0 ^a	85.6±13.1 ^{ab}	91.0±9.9 ^b	89.5±9.2 ^b	94.2± 7.6 ^b	X ² =30.195	p<0.001
	Ort.(min-max)	75.0 (35-100)	90.0 (50-100)	90.0 (50-100)	95.0 (55-100)	90.0 (70-100)	97.5 (80-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	35.3 ± 40.6 ^a	45.0 ± 37.1 ^{ab}	63.5 ± 36.4 ^{ab}	75.0 ± 32.2 ^b	70.1 ± 36.3 ^b	85.0 ± 24.9 ^b	X ² =17.809	p=0.003
	Ort.(min-max)	25.0 (0-100)	50.0 (0-100)	75.0 (0-100)	87.5 (0-100)	100.0 (0-100)	100.0(25-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	51.9 ± 23.8	54.8 ±29.3	62.4 ± 24.8	69.5 ±25.0	67.7±23.5	72.0±20.9	X ² =10.417	p=0.064
	Ort.(min-max)	51.0 (12-100)	51.0 (21-100)	61.0 (0-100)	74.0 (22-100)	72.0 (0-100)	74.0 (42-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	58.7±18.6 ^a	32.4±9.4 ^a	62.1±20.8 ^b	67.2±15.9 ^b	61.3±18.0 ^b	71.7±12.7 ^b	F=3.695	p=0.003
Enerji /canlılık	$\bar{X} \pm SS$	49.4±19.4	41.0±10.2	53.2±21.8	59.3±21.0	56.7±19.8	55.4±23.5	F=1.097	p=0.364
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	74.3 ±21.4	70.0 ± 34.9	71.4 ±24.4	71.7 ± 26.9	73.8±20.5	79.2±17.1	X ² =0.896	p=0.971
	Ort.(min-max)	75.0 (25-100)	87.5(12.5-100)	75.0 (12.5-100)	75.0 (0-100)	75.0 (12.5-100)	81.3 (50-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	33.3 ±45.6	20.0 ± 44.7	53.1±40.7	56.7 ± 40.3	62.6 ±41.6	63.9 ±43.7	X ² =9.119	p=0.104
	Ort.(min-max)	0.0 (0-100)	0.0 (0-100)	66.7 (0-100)	66.7 (0-100)	66.7 (0-100)	83.3 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	55.5±22.3	48.8±6.6	58.7 ± 20.3	62.8 ± 18.3	58.1 ± 18.7	63.0 ±19.2	F=0.723	p=0.607

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

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

Akif olgularda, fizik fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik boyutlarında ortalama puanlarında eğitim durumu ile paralel bir artış olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı boyutlarında ortalama puanların okur-yazar olmayanlarda en düşük, yüksekokul mezunlarında ise en yüksek olmakla beraber farklı eğitim düzeylerinde aynı paralellik tespit edilmemiştir. Aktif olgularda; fiziksel rol sınırlamaları, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık ve sosyal fonksiyonellik boyutu ortalama puanları arasında eğitim durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.23).

İnaktif olgularda, fiziksel rol sınırlamaları ve ağrı sağlık boyutlarında ortalama puanların lise düzeyi hariç eğitim durumu ile paralel bir artış gösterdiği tespit edilmiştir. İnaktif olgularda; fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlılık ve duygusal rol sınırlamaları sağlık boyutu ortalama puanları arasında eğitim durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.24).

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde, fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutlarında ortalama puanlarında okur-yazar olmayanlar ve lise düzeyi dışındaki diğer eğitim düzeylerinde eğitim durumu ile paralel bir artış olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan bireylerde; fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları ve genel sağlık algısı boyutu ortalama puanları arasında eğitim durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.25).

Tablo 4.26. Aktif Olguların, Tüberküloza Eşlik Eden Hastalıkları Olma Durumuna göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Tüberküloza eşlik eden hastalıklar			
		Evet (n= 52)	Hayır (n=144)	İstatistiki değerlendirme	
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	49.3 ± 28.6	73.0 ± 22.7	U=1924.5 z =-5.204	p<0.001
	Ort.(min-max)	47.5 (0-95)	80.0 (5-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	21.2 ± 34.4	38.5 ± 41.1	U= 2856.0 z=-2.710	p= 0.007
	Ort.(min-max)	0.0 (0-100)	25.0 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	51.5 ± 34.6	61.4 ±30.0	U= 3078.0 z=-1.916	p= 0.055
	Ort.(min-max)	51.0 (0-100)	62.0 (0-100)		
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	40.7 ± 23.5	54.0 ± 22.3	U= 2519.5 z=-3.496	p<0.001
	Ort.(min-max)	38.5 (0-87)	57.0 (0-100)		
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	37.9 ±24.9	47.6 ± 24.8	U=2915.0 z=-2.369	p= 0.018
	Ort.(min-max)	30.0 (0-90)	47.5 (0-100)		
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	56.5 ± 30.0	61.9 ± 28.2	U=3430.5 z=-0.904	p= 0.366
	Ort.(min-max)	62.5 (0-100)	62.5 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	36.5± 40.3	42.1 ± 39.8	U=3431.0 z=-0.935	p= 0.242
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	54.3 ± 21.7	56.1 ± 21.0	t= -0.534	p= 0.594

• Ort= Ortanca, U= Mann- Whitney U değerleridir, t= Student t Test değerleridir.

SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında tüberküloza eşlik eden hastalığı olan aktif olguların ortalama puanlarının, olmayanlarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aktif olgularda; fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı ve enerji/canlılık sağlık boyutu ortalama puanları arasında tüberküloza eşlik eden hastalığı olma durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.26).

Tablo 4.27. Aktif Olguların Sigara İçme Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Sigara İçme durumu				İstatistiki değerlendirme	
		Halen içiyor (n= 46)	Bırakmış (n=66)	Hiç içmemiş (n=84)			
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	66.7 ±26.9	66.6 ± 26.7	65.2 ±26.4	X ² =1.267	p=0.531	
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	75.0 (0-100)	75.0 (0-100)			
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	46.2 ± 45.3	30.7 ± 36.6	29.8 ± 38.7	X ² = 4.385	p=0.112	
	Ort.(min-max)	25.0(0-100)	25.0 (0-100)	0.0 (0-100)			
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	62.2± 32.8	58.7 ± 32.0	56.8 ± 30.6	F= 0.433	p=0.649	
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	55.8 ± 25.8	50.1 ± 23.3	47.8 ± 21.7	F = 1.758	p=0.175	
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	49.6 ± 26.5	44.6 ± 25.3	42.9 ± 24.2	F= 1.073	p=0.344	
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	62.5 ± 31.1	60.6 ± 30.2	59.2 ± 26.3	X ² = 0.627	p=0.731	
	Ort.(min-max)	62.5 (0-100)	62.5 (0 -100)	62.5 (12.5-100)			
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	48.6 ± 39.6	36.4 ± 38.7	39.7 ± 41.0	X ² = 2.667	p=0.264	
	Ort.(min-max)	50.0 (0-100)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)			
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	57.2 ± 22.7	53.0 ± 20.2	56.9±21.1	F=0.801	p=0.175	

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

Aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı dışındaki bütün boyutlarında ortalama puanların halen sigara içenlerde en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsü boyutları ortalama puanları arasında sigara içme durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.27).

Tablo 4.28. İnaktif Olguların Sigara İçme Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Sigara İçme durumu			İstatistiki değerlendirme	
		Halen içiyor (n= 34)	Bırakmış (n=37)	Hiç içmemiş (n=37)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	84.1 ±15.3	71.9 ± 23.9	70.8 ±27.4	X ² =5.082	p=0.079
	Ort.(min-max)	90.0 (45-100)	75.0 (10-100)	80.0 (0-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	52.9 ± 42.1	43.9 ± 43.0	31.8 ± 38.0	X ² = 4.537	p=0.103
	Ort.(min-max)	62.5(0-100)	25.0 (0-100)	25.0 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	58.6± 33.1	58.1 ± 30.2	56.3 ± 31.8	F= 0.065	p=0.937
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	55.8 ± 26.7	45.2 ± 27.5	43.2 ± 23.3	F =2.395	p=0.096
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	50.0 ± 26.1	42.0 ± 26.6	40.8 ± 23.3	F= 1.369	p=0.259
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	66.2 ± 29.3	63.5 ± 29.2	72.3 ± 29.6	X ² = 2.540	p=0.281
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	62.5 (0 -100)	75.0 (0-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	50.0 ± 43.6	48.6 ± 39.7	31.5 ± 35.1	X ² = 4.249	p=0.120
	Ort.(min-max)	50.0 (0-100)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	59.1± 25.7	48.8 ± 22.0	52.0± 18.3	F=1.991	p=0.142

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

İnaktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün ruh sağlığı dışındaki bütün boyutlarında ortalama puanların halen sigara içenlerde en yüksek olduğu tespit edilmiştir. İnaktif olgularda, SF 36 sağlık statüsü boyutları ortalama puanları arasında sigara içme durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.28).

Tablo 4.29. Kontrol Grubunu Oluşturan Bireylerin Sigara İçme Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Sigara İçme durumu				İstatistiki değerlendirme	
		Halen içiyor (n= 79)	Bırakmış (n=36)	Hiç içmemiş (n=81)			
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	89.9 \pm 10.2 ^a	83.5 \pm 12.5 ^b	84.3 \pm 14.7 ^b	X ² =9.056	p=0.011	
	Ort.(min-max)	95.0 (55-100)	85.0 (60-100)	90.0 (35-100)			
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	71.8 \pm 34.1	61.8 \pm 34.1	59.9 \pm 40.2	X ² =4.205	p=0.122	
	Ort.(min-max)	75.0(0-100)	75.0 (0-100)	75.0 (0-100)			
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	70.6 \pm 24.4 ^a	61.7 \pm 23.9 ^{ab}	58.8 \pm 23.8 ^b	F= 5.008	p=0.008	
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	64.4 \pm 19.5	61.9 \pm 19.9	60.3 \pm 19.1	F =0.895	p=0.410	
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	57.5 \pm 20.6	55.6 \pm 20.3	50.7 \pm 21.4	F= 2.186	p=0.115	
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	73.3 \pm 25.0	72.2 \pm 23.4	75.2 \pm 22.3	X ² = 0.517	p=0.772	
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	68.8 (0 -100)	75.0 (12.5-100)			
Duyusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	56.5 \pm 40.1	53.7 \pm 40.8	51.0 \pm 44.7	X ² = 0.462	p=0.794	
	Ort.(min-max)	66.7 (0-100)	66.7 (0-100)	66.7 (0-100)			
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	60.5 \pm 20.2	59.9 \pm 20.2	57.0 \pm 18.6	F=0.663	p=0.516	

- Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.
- Benzer harfler grupların birbirine benzer olduğunu, farklı harfler ise grupların farklılığını göstermektedir.

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde, SF 36 sağlık statüsünün fizik fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik dışındaki bütün boyutlarında ortalama puanların halen sigara içenlerde en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan bireylerde; fizik fonksiyonellik ve ağrı sağlık boyutu ortalama puanları arasında sigara içme durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.29).

Tablo 4.30. Aktif Olguların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Alkol kullanma durumu				İstatistiki değerlendirme	
		Halen içiyor (n= 27)	Bırakmış (n=35)	Hiç içmemiş (n=134)			
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	78.5 \pm 21.8 ^a	60.1 \pm 28.8 ^b	66.1 \pm 26.2 ^{bc}	X ² = 8.279	p=0.016	
	Ort.(min-max)	90.0 (20-100)	65.0 (0-100)	70.0 (0-100)			
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	54.6 \pm 44.4 ^a	30.7 \pm 37.9 ^{ab}	30.6 \pm 38.7 ^b	X ² = 7.621	p=0.022	
	Ort.(min-max)	75.0(0-100)	25.0 (0-100)	0.0 (0-100)			
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	67.8 \pm 24.1	62.0 \pm 32.1	56.1 \pm 32.4	F= 1.797	p=0.169	
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	62.7 \pm 22.8 ^a	52.1 \pm 22.0 ^{ab}	47.6 \pm 23.1 ^b	F= 5.022	p=0.007	
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	53.0 \pm 23.8	47.3 \pm 28.6	42.8 \pm 24.2	F= 2.018	p=0.136	
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	68.5 \pm 25.8	63.9 \pm 32.1	57.9 \pm 28.1	X ² = 4.151	p=0.125	
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	62.5 (0 -100)	66.3 (0-100)			
Duyusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	47.6 \pm 39.4	45.7 \pm 39.8	37.8 \pm 40.0	X ² = 2.510	p=0.285	
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)			
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	59.0 \pm 17.9	56.8 \pm 24.2	54.7 \pm 21.0	F=0.519	p=0.596	

- Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.
- Benzer harfler grupların birbirine benzer olduğunu, farklı harfler ise grupların farklılığını göstermektedir.

Aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında ortalama puanların halen alkol kullananlarda en yüksek olduğu, bunu bırakmış olanların izlediği, hiç alkol içmemiş olanların ise en düşük ortalama puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Aktif olgularda; fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı boyutu ortalama puanları arasında alkol kullanma durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.30).

Tablo 4.31. İnaktif Olguların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Alkol kullanma durumu				İstatistiki değerlendirme	
		Halen içiyor (n= 14)	Bırakmış (n=19)	Hiç içmemiş (n=75)			
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	87.5 ± 19.7	73.9 ± 22.3	73.5 ± 24.1	X ² = 6.194	p=0.065	
	Ort.(min-max)	95.0(40-100)	75.0 (35-100)	80.0 (0-100)			
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	42.9 ± 46.4	47.4 ± 41.6	41.3 ± 41.2	X ² = 0.366	p=0.833	
	Ort.(min-max)	25.0(0-100)	50.0 (0-100)	25.0 (0-100)			
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	58.2 ± 35.3	56.8 ± 34.8	58.0 ± 30.2	F= 0.013	p=0.987	
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	54.1 ± 32.1	42.4 ± 27.8	48.1 ± 24.7	F = 0.810	p=0.448	
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	49.6±32.4	44.2±27.5	43.0±23.7	F=0.397	p=0.673	
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	60.7 ± 34.3	67.8 ± 29.3	68.5 ± 28.6	X ² = 0.578	p=0.749	
	Ort.(min-max)	68.8 (0-100)	75.0 (0 -100)	75.0 (0-100)			
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	40.5 ± 43.7	49.1 ± 37.5	42.2 ± 40.4	X ² = 0.616	p=0.735	
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	66.7 (0-100)	33.3 (0-100)			
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	52.0 ± 27.3	52.6 ± 24.4	53.4 ± 21.1	F= 0.029	p=0.971	

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

İnaktif olgularda, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı boyutlarında hiç alkol kullanmayan grubun ortalama puanlarının, alkol almayı bırakan ve halen alkol kullanan gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İnaktif olgularda, SF 36 sağlık statüsü boyutları ortalama puanları arasında alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.31).

Tablo 4.32. Kontrol Grubunu Oluşturan Bireylerin Alkol Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Alkol kullanma durumu				İstatistiki değerlendirme	
		Halen içiyor (n= 23)	Bırakmış (n=17)	Hiç içmemiş (n=156)			
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	86.7 ± 11.8	93.2 ± 5.6	85.6 ± 13.4	X ² = 4.739	p=0.094	
	Ort.(min-max)	90.0(55-100)	95.0(85-100)	90.0(35-100)			
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	69.6 ± 33.7	69.1 ± 41.0	63.9 ± 37.2	X ² = 0.870	p=0.647	
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	100.0 (0-100)	75.0 (0-100)			
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	63.6 ± 27.2	77.6 ± 20.0	62.7 ± 24.4	F= 2.867	p=0.059	
Genel sağlık algılamaları	$\bar{X} \pm SS$	56.5 ± 20.8	69.8 ± 14.8	62.2 ± 19.4	F = 2.326	p=0.100	
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	55.7±19.7	59.1±19.8	53.7±21.4	F=0.565	p=0.569	
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	70.1 ± 26.3	77.9 ± 18.5	72.4 ± 23.6	X ² = 0.705	p=0.703	
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	75.0(37.5-100)	75.0 (0-100)			
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	60.9 ± 34.3	70.6 ± 42.3	50.9 ± 42.7	X ² = 3.871	p=0.144	
	Ort.(min-max)	66.7 (0-100)	100.0 (0-100)	66.7 (0-100)			
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	56.9 ± 18.4	62.1 ± 19.5	58.9 ± 19.8	F= 0.352	p=0.703	

Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

Kontrol grubunu oluşturan bireylerin, SF 36 sağlık statüsünün fiziksel rol sınırlamaları dışındaki bütün boyutlarında alkol kullanımını bırakmış olan grubun ortalama puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin, SF 36 sağlık statüsü boyutları ortalama puanları arasında alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.32).

Tablo 4.33. Aktif Olguların İlaçları Kullanma Durumlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		İlaçları kullanma durumu			
		Düzenli (n= 146)	Düzensiz (n=50)	İstatistiki değerlendirme	
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	69.4 \pm 25.1	58.8 \pm 29.1	U=2863.5 z=-2.278	p=0.023
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	65.0 (0-100)		
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	33.2 \pm 39.4	36.0 \pm 42.3	U=3578.0 z=-0.223	p= 0.824
	Ort.(min-max)	25.0(0-100)	12.5 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	58.2 \pm 31.2	60.3 \pm 32.6	t= -0.414	p= 0.680
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	51.4 \pm 22.9	47.8 \pm 24.7	t= 0.946	p= 0.345
Enerji/canlılık	$\bar{X} \pm SS$	45.5 \pm 24.9	43.5 \pm 26.1	U=3668.5 z=-0.599	p= 0.643
	Ort.(min-max)	45.0 (0-100)	42.5 (0-95)		
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	61.0 \pm 28.6	59.0 \pm 29.1	U=3474.0 z=-0.514	p= 0.607
	Ort.(min-max)	62.5 (0-100)	56.3 (0 -100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	42.9 \pm 39.5	34.0 \pm 40.7	U=3140.5 z=-1.542	p= 0.123
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	0.0 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	57.2 \pm 21.1	51.2 \pm 20.8	t= 1.733	p= 0.085

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değerleridir.

SF 36 sağlık statüsünün fiziksel rol sınırlamaları ve ağrı dışındaki bütün boyutlarında ilaçlarını düzenli kullanan aktif olguların ortalama puanlarının, düzensiz kullananlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aktif olgularda; fizik fonksiyonellik sağlık boyutu ortalama puanları arasında ilaçlarını kullanma durumlarına göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.33).

Tablo 4.34. İnaktif Olgularda, Hastalıklarını Geçirdikleri Süreye Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Hastalıklarını geçirdikleri süre				İstatistiki değerlendirme	
		1 yıldan ↓ (n= 4)	1-5 yıl (n=49)	6-10 yıl (n=28)	11 yıl ve ↑ (n=27)		
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	81.3 ± 13.1	71.1 ± 28.2	83.8 ± 16.3	73.5 ± 19.8	F=1.904	p=0.134
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	87.5 ± 7.2	43.9 ± 6.0	40.2 ± 41.0	36.1 ± 40.6	X ² =4.704	p=0.195
	Ort.(min-max)	87.5 (75-100)	25.0 (0-100)	25.0 (0-100)	25.0 (0-100)		
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	65.0 ± 13.5	60.1 ± 32.8	59.3 ± 31.1	51.2 ± 31.5	F=0.571	p=0.635
Genel sağlık algısı	$\bar{X} \pm SS$	51.8 ± 22.3	50.8 ± 27.3	42.5 ± 23.5	47.4 ± 27.8	F= 0.618	p=0.605
Enerji /canlılık	$\bar{X} \pm SS$	57.5 ± 22.3	46.0 ± 28.0	43.2 ± 21.3	39.4 ± 25.3	F= 0.769	p=0.514
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	50.0 ± 22.8	67.9 ± 30.3	60.7 ± 30.3	75.9 ± 21.6	F= 2.125	p=0.101
Duyusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	41.7 ± 50.0	53.1 ± 40.8	27.4 ± 35.2	42.0 ± 38.8	X ² =7.677	p=0.053
	Ort.(min-max)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)	0.0 (0-100)	33.3 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	56.0 ± 18.2	55.9 ± 23.6	49.3 ± 19.8	51.6 ± 22.2	F= 0.591	p=0.622

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

Tablo 4.35. Aktif Olguların Beck Depresyon Skorlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Beck Depresyon skorları					İstatistiki değerlendirme	
		Depresyon yok (n=70)	Hafif (n=38)	Orta (n=52)	Şiddetli (n=36)			
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	82.0 ± 17.6 ^a	73.9 ± 21.6 ^a	54.3 ± 26.5 ^b	47.4 ± 25.5 ^b	F=26.182	p<0.001	
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	61.8 ± 40.3 ^a	35.5 ± 38.0 ^b	15.9 ± 27.6 ^b	4.2 ± 12.7 ^c	X ² =65.136	p<0.001	
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	25.0 (0-100)	0.0 (0-100)	0 (0-50)			
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	79.3 ± 22.6 ^a	52.3 ± 27.7 ^b	48.1 ± 29.2 ^b	40.9 ± 33.0 ^b	X ² =48.294	p<0.001	
	Ort.(min-max)	84.0 (12-100)	56.5 (0-100)	46.5 (0-100)	41.0 (0-100)			
Genel sağlık algılamaları	$\bar{X} \pm SS$	68.3 ± 15.0 ^a	50.6 ± 21.2 ^b	44.0 ± 17.9 ^b	25.0 ± 16.7 ^c	F=52.569	p<0.001	
Enerji /canlılık	$\bar{X} \pm SS$	66.9 ± 18.1 ^a	46.1 ± 17.1 ^b	30.9 ± 18.8 ^{bc}	21.9 ± 15.8 ^{bc}	F=67.079	p<0.001	
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	81.3 ± 19.6 ^a	61.8 ± 25.2 ^{bc}	45.9 ± 24.0 ^b	39.6 ± 26.3 ^b	X ² =69.974	p<0.001	
	Ort.(min-max)	87.5 (25-100)	62.5 (12.5-100)	50.0 (0-100)	37.5 (0-100)			
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	67.1 ± 35.7 ^a	43.9 ± 34.7 ^b	21.2 ± 31.0 ^c	13.9 ± 31.2 ^c	X ² =63.588	p<0.001	
	Ort.(min-max)	66.7 (0-100)	33.3 (0-100)	0.0 (0-100)	0.0 (0-100)			
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	71.5 ± 14.6 ^a	56.6 ± 15.4 ^b	50.5 ± 16.9 ^b	31.2 ± 15.8 ^c	X ² =90.766	p<0.001	
	Ort.(min-max)	74.0 (32- 96)	56.0 (20-80)	50.0 (12-92)	32.0 (0-64)			

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

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

Tablo 4.36. İnaktif Olguların Beck Depresyon Skorlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Beck Depresyon skorları					İstatistiki değerlendirme	
		Depresyon yok (n=36)	Hafif (n=27)	Orta (n=24)	Şiddetli (n=21)			
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	88.5 ± 14.7 ^a	80.2 ± 20.0 ^a	72.7 ± 17.3 ^b	49.8 ± 26.0 ^c	F=41.930	p < 0.001	
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	72.2 ± 36.2 ^a	43.5 ± 37.7 ^{ab}	32.3 ± 37.9 ^b	2.4 ± 7.5 ^b	X ² =41.823	p < 0.001	
	Ort.(min-max)	100.0 (0-100)	25.0 (0-100)	12.5 (0-100)	0.0 (0-25)			
Ağrı	$\bar{X} \pm SS$	78.0 ± 23.4 ^a	62.1 ± 27.0 ^{ab}	45.8 ± 28.6 ^b	31.5 ± 27.8 ^b	X ² =31.682	p < 0.001	
	Ort.(min-max)	82.0 (10-100)	61.0 (0-100)	51.0 (0-100)	32.0 (0-100)			
Genel sağlık algılamaları	$\bar{X} \pm SS$	67.9 ± 20.1 ^a	56.6 ± 16.3 ^a	34.5 ± 18.4 ^b	17.6 ± 15.0 ^c	F=41.622	p < 0.001	
Enerji /canlılık	$\bar{X} \pm SS$	67.0 ± 19.5 ^a	44.6 ± 16.9 ^b	33.1 ± 17.9 ^b	16.4 ± 12.9 ^c	F=41.930	p < 0.001	
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	83.7 ± 19.8 ^a	78.7 ± 18.9 ^{ab}	60.4 ± 25.2 ^b	32.7 ± 27.5 ^b	X ² =43.005	p < 0.001	
	Ort.(min-max)	87.5 (25-100)	75.0 (37.5-100)	62.5 (0-100)	37.5 (0-100)			
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	65.7 ± 36.9 ^a	45.7 ± 42.5 ^b	25.0 ± 28.2 ^b	22.2 ± 33.9 ^b	X ² =21.785	p < 0.001	
	Ort.(min-max)	66.7 (0-100)	33.3 (0-100)	33.3 (0-100)	0.0 (0-100)			
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	74.4 ± 15.1 ^a	52.6 ± 15.5 ^b	41.3 ± 14.9 ^b	30.7 ± 13.6 ^c	X ² =62.096	p < 0.001	
	Ort.(min-max)	74.0 (48-100)	52.0 (20-92)	40.0 (16-72)	32.0 (8-52)			

• Ort= Ortanca, X²= Kruskal Wallis Khi Kare değeridir.

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

İnaktif olgularda, SF 36 sağlık statüsü boyutları ortalama puanları arasında hastalığı geçirdikleri süreye göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.34).

Aktif olgularda, depresyon skorları arttıkça SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında ortalama puanların anlamlı düzeyde düştüğü tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.35).

İnaktif olgularda, depresyonun skorları arttıkça SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında ortalama puanların anlamlı düzeyde düştüğü tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.36).

Tablo 4.37. Kontrol Grubunu Oluşturan Bireylerin Beck Depresyon Skorlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanları

SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları		Beck Depresyon skorları			
		Depresyon yok (n=123)	Hafif (n=73)	İstatistiki değerlendirme	
Fizik fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	87.2 ± 12.9	85.1 ± 12.8	t=1.059	p= 0.291
Fiziksel rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	70.7 ± 35.4	55.5 ± 37.8	U= 3417.0 Z= -2.920	p= 0.004
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	50.0 (0-100)		
Vücut ağrısı	$\bar{X} \pm SS$	68.4 ± 24.3	56.8 ± 23.6	U= 3272.0 Z= -3.197	p=0.001
	Ort.(min-max)	64.0 (0-100)	52.0 (0-100)		
Genel sağlık algılamaları	$\bar{X} \pm SS$	67.4 ± 16.8	53.4 ± 20.3	t= 5.199	p<0.001
Enerji /canlılık	$\bar{X} \pm SS$	61.6 ± 18.5	42.2 ± 19.5	t= 6.967	p<0.001
Sosyal fonksiyonellik	$\bar{X} \pm SS$	77.8 ± 2.0	64.0 ± 2.7	U= 2858.0 Z= -4.325	p<0.001
	Ort.(min-max)	75.0 (0-100)	62.5 (12-100)		
Duygusal rol sınırlamaları	$\bar{X} \pm SS$	62.9 ± 41.0	38.4 ± 39.5	U= 3013.5 Z= -4.024	p<0.001
	Ort.(min-max)	66.7 (0-100)	33.3 (0-100)		
Ruh sağlığı	$\bar{X} \pm SS$	65.5 ± 17.7	47.8 ± 17.5	U= 2336.500 Z= -5.899	p<0.001
	Ort.(min-max)	64.0 (12-100)	48.0 (0-96)		

• Ort= Ortanca, U= Mann- Whitney U değerleridir, t= Student t test değerleridir.

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde; depresyonun skorları arttıkça SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında ortalama puanların anlamlı düzeyde düştüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.37).

Tablo 4.38. Aktif Olgularda SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları ve Beck Depresyon Puanının Birbirleri İle Olan Korelasyon Matrisinin Dağılımı

	Fizik fonksiyonellik	Fiziksel rol sınırlamaları	Ağrı	Genel sağlık algısı	Enerji/ canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol sınırlamaları	Ruh sağlığı	Beck Depresyon Puanı
Fizik fonksiyonellik	1								
Fiziksel rol sınırlamaları	r=0,519 p<0.001	1							
Ağrı	r=0,434 p<0.001	r=0,426 p<0.001	1						
Genel sağlık algısı	r=0,567 p<0.001	r=0,552 p<0.001	r=0,514 p<0.001	1					
Enerji /canlılık	r=0,528 p<0.001	r=0,522 p<0.001	r=0,517 p<0.001	r=0,588 p<0.001	1				
Sosyal fonksiyonellik	r=0,476 p<0.001	r=0,597 p<0.001	r=0,478 p<0.001	r=0,501 p<0.001	r=0,562 p<0.001	1			
Duygusal rol sınırlamaları	r=0,339 p<0.001	r=0,533 p<0.001	r=0,351 p<0.001	r=0,404 p<0.001	r=0,474 p<0.001	r=0,405 p<0.001	1		
Ruh sağlığı	r=0,377 p<0.001	r=0,415 p<0.001	r=0,452 p<0.001	r=0,525 p<0.001	r=0,646 p<0.001	r=0,436 p<0.001	r=0,430 p<0.001	1	
Beck Depresyon Puanı	r=-0,536 p<0.001	r=-0,584 p<0.001	r=-0,487 p<0.001	r=-0,654 p<0.001	r=-0,699 p<0.001	r=-0,621 p<0.001	r=-0,531 p<0.001	r=-0,696 p<0.001	1

Tablo 4.39. İnaktif Olgularda SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları ve Beck Depresyon Puanının Birbirleri İle Olan Korelasyon Matrisinin Dağılımı

	Fizik fonksiyonellik	Fiziksel rol sınırlamaları	Ağrı	Genel sağlık algısı	Enerji/canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol sınırlamaları	Ruh sağlığı	Beck Depresyon Puanı
Fizik fonksiyonellik	1								
Fiziksel rol sınırlamaları	r=0,542 p<0.001	1							
Ağrı	r=0,443 p<0.001	r=0,587 p<0.001	1						
Genel sağlık algısı	r=0,548 p<0.001	r=0,493 p<0.001	r=0,592 p<0.001	1					
Enerji /canlılık	r=0,673 p<0.001	r=0,600 p<0.001	r=0,581 p<0.001	r=0,712 p<0.001	1				
Sosyal fonksiyonellik	r=0,451 p<0.001	r=0,432 p<0.001	r=0,485 p<0.001	r=0,545 p<0.001	r=0,538 p<0.001	1			
Duygusal rol sınırlamaları	r=0,247 p<0.01	r=0,544 p<0.001	r=0,443 p<0.001	r=0,378 p<0.001	r=0,409 p<0.001	r=0,350 p<0.001	1		
Ruh sağlığı	r=0,385 p<0.001	r=0,534 p<0.001	r=0,529 p<0.001	r=0,576 p<0.001	r=0,752 p<0.001	r=0,556 p<0.001	r=0,464 p<0.001	1	
Beck Depresyon Puanı	r=-0,554 p<0.001	r=-0,618 p<0.001	r=-0,602 p<0.001	r=-0,733 p<0.001	r=-0,727 p<0.001	r=-0,662 p<0.001	r=-0,488 p<0.001	r=-0,739 p<0.001	1

Tablo 4.40. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları ve Beck Depresyon Puanının Birbirleri İle Olan Korelasyon Matrisinin Dağılımı

	Fizik fonksiyonellik	Fiziksel rol sınırlamaları	Ağrı	Genel sağlık algısı	Enerji/canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol sınırlamaları	Ruh sağlığı	Beck Depresyon Puanı
Fizik fonksiyonellik	1								
Fiziksel rol sınırlamaları	r= 0.320 p<0.001	1							
Ağrı	r=0,392 p<0.001	r=0,449 p<0.001	1						
Genel sağlık algısı	r=0,218 p< 0.01	r=0,261 p<0.001	r=0,348 p<0.001	1					
Enerji /canlılık	r=0,288 p<0.001	r=0,288 p<0.001	r=0,443 p<0.001	r=0,545 p<0.001	1				
Sosyal fonksiyonellik	r=0,185 p< 0.05	r=0,362 p<0.001	r=0,346 p<0.001	r=0,279 p<0.001	r=0,452 p<0.001	1			
Duygusal rol sınırlamaları	r=0,216 p< 0.01	r=0,551 p<0.001	r=0,355 p<0.001	r=0,255 p<0.001	r=0,399 p<0.001	r=0,448 p<0.001	1		
Ruh sağlığı	r=0,160 p< 0.05	r=0,362 p<0.001	r=0,435 p<0.001	r=0,514 p<0.001	r=0,717 p<0.001	r=0,490 p<0.001	r=0,482 p<0.001	1	
Beck Depresyon Puanı	r=- 0,164 p< 0.05	r=-0,303 p<0.001	r=-0,347 p<0.001	r=-0,412 p<0.001	r=-0,526 p<0.001	r=-0,374 p<0.001	r=-0,430 p<0.001	r=-0,546 p<0.001	1

Aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsü boyutlarının kendi aralarındaki ilişkiler incelendiğinde, bütün boyutlarda pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Beck depresyon puanı ile SF 36 sağlık statüsü boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo38).

İnaktif olgularda, SF 36 sağlık statüsü boyutlarının kendi aralarındaki ilişkiler incelendiğinde, bütün boyutlarda pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$, $p<0.01$). Beck depresyon puanı ile SF 36 sağlık statüsü boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.39).

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde, SF 36 sağlık statüsü boyutlarının kendi aralarındaki ilişkiler incelendiğinde, bütün boyutlarda pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.05$). Beck depresyon puanı ile SF 36 sağlık statüsü boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$, $p<0.05$) (Tablo 4.40).

Tablo 4.41. Aktif Olgularda SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları İle Demografik Sosyo-Kültürel Özellikler ve Hastalığa İlişkin Özellikler Arasındaki Korelasyon

	Fizik fonksiyonellik	Fiziksel rol sınırlamaları	Ağrı	Genel sağlık algısı	Enerji/ canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol sınırlamaları	Ruh sağlığı
Yaş (n=196)	r = -0.405 p < 0.001	r = -0.254 p < 0.001	r = -0.102 p = 0.153	r = -0.321 p < 0.001	r = -0.286 p < 0.001	r = -0.248 p < 0.001	r = -0.029 p = 0.688	r = -0.161 p = 0.024
Aylık gelir (n=181)	r = 0.120 p = 0.107	r = 0.084 p = 0.258	r = 0.111 p = 0.136	r = 0.092 p = 0.219	r = 0.054 p = 0.473	r = 0.067 p = 0.368	r = 0.096 p = 0.200	r = 0.197 p = 0.008
Sigara/yıl (n=112)	r = -0.301 p = 0.001	r = -0.103 p = 0.281	r = 0.056 p = 0.559	r = -0.305 p = 0.001	r = -0.228 p = 0.016	r = -0.159 p = 0.094	r = -0.127 p = 0.182	r = -0.101 p = 0.288
Alkol/yıl (n=64)	r = -0.102 p = 0.420	r = -0.022 p = 0.865	r = 0.087 p = 0.493	r = -0.303 p = 0.015	r = -0.092 p = 0.471	r = -0.124 p = 0.330	r = 0.075 p = 0.555	r = -0.070 p = 0.582
Uyku/gün (n=196)	r = 0.148 p = 0.039	r = 0.097 p = 0.178	r = 0.180 p = 0.012	r = 0.135 p = 0.059	r = 0.171 p = 0.017	r = 0.169 p = 0.018	r = 0.082 p = 0.255	r = 0.105 p = 0.141
Tedavi süresi/ay (n=196)	r = -0.080 p = 0.265	r = 0.209 p = 0.003	r = 0.111 p = 0.121	r = -0.016 p = 0.824	r = 0.045 p = 0.534	r = 0.137 p = 0.056	r = 0.042 p = 0.557	r = 0.031 p = 0.669

Tablo 4.42. İnaktif olgularda SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları İle Demografik Sosyo-Kültürel Özellikler ve Hastalığa İlişkin Özellikler Arasındaki Korelasyon

	Fizik fonksiyonellik	Fiziksel rol sınırlamaları	Ağrı	Genel sağlık algısı	Enerji/canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol sınırlamaları	Ruh sağlığı
Yaş (n=108)	r = -0.445 p < 0.001	r = -0.340 p < 0.001	r = -0.183 p = 0.057	r = -0.217 p = 0.024	r = -0.243 p = 0.011	r = -0.204 p = 0.034	r = -0.063 p = 0.519	r = -0.159 p = 0.100
Aylık gelir (n=97)	r = 0.195 p = 0.056	r = 0.138 p = 0.179	r = 0.132 p = 0.196	r = 0.115 p = 0.264	r = 0.242 p = 0.017	r = 0.036 p = 0.725	r = 0.038 p = 0.711	r = 0.064 p = 0.533
Sigara/yıl (n=71)	r = -0.261 p = 0.028	r = -0.189 p = 0.114	r = -0.117 p = 0.331	r = -0.044 p = 0.717	r = -0.097 p = 0.423	r = -0.118 p = 0.328	r = -0.002 p = 0.988	r = -0.179 p = 0.136
Alkol/yıl (n=33)	r = -0.303 p = 0.087	r = -0.223 p = 0.211	r = -0.458 p = 0.007	r = -0.167 p = 0.354	r = -0.182 p = 0.311	r = -0.207 p = 0.248	r = -0.318 p = 0.071	r = -0.252 p = 0.158
Uyku/gün (n=108)	r = 0.194 p = 0.044	r = 0.143 p = 0.140	r = 0.146 p = 0.131	r = 0.220 p = 0.024	r = 0.216 p = 0.025	r = 0.243 p = 0.011	r = 0.046 p = 0.636	r = 0.283 p = 0.003
Hastalık süresi (n=108)	r = 0.050 p = 0.608	r = -0.152 p = 0.117	r = -0.117 p = 0.227	r = -0.076 p = 0.434	r = -0.136 p = 0.160	r = 0.125 p = 0.199	r = -0.133 p = 0.170	r = -0.096 p = 0.323

Tablo 4.43. Kontrol Grubunu Oluşturan Bireylerin SF 36 Sağlık Statüsü Boyutları İle Demografik Sosyo-Kültürel Özellikler ve Hastalığa İlişkin Özellikler Arasındaki Korelasyon

	Fizik fonksiyonellik	Fiziksel rol sınırlamaları	Ağrı	Genel sağlık algısı	Enerji/canlılık	Sosyal fonksiyonellik	Duygusal rol sınırlamaları	Ruh sağlığı
Yaş (n=196)	r = -0.416 p < 0.001	r = -0.131 p = 0.067	r = -0.134 p = 0.061	r = -0.120 p = 0.094	r = -0.104 p = 0.149	r = 0.075 p = 0.293	r = -0.035 p = 0.630	r = -0.063 p = 0.382
Aylık gelir (n=181)	r = 0.089 p = 0.235	r = 0.147 p = 0.048	r = 0.043 p = 0.569	r = 0.093 p = 0.213	r = 0.090 p = 0.231	r = 0.154 p = 0.039	r = 0.066 p = 0.380	r = 0.046 p = 0.538
Sigara/yıl (n=115)	r = -0.198 p = 0.034	r = 0.091 p = 0.333	r = 0.064 p = 0.498	r = 0.094 p = 0.316	r = 0.181 p = 0.053	r = -0.001 p = 0.993	r = 0.100 p = 0.288	r = 0.063 p = 0.500
Alkol/yıl (n=39)	r = -0.308 p = 0.056	r = 0.132 p = 0.423	r = -0.004 p = 0.982	r = 0.092 p = 0.579	r = 0.078 p = 0.638	r = 0.102 p = 0.536	r = 0.040 p = 0.809	r = 0.024 p = 0.886
Uyku/gün (n=196)	r = 0.021 p = 0.771	r = 0.125 p = 0.080	r = 0.011 p = 0.884	r = 0.043 p = 0.550	r = 0.129 p = 0.041	r = 0.068 p = 0.345	r = 0.076 p = 0.293	r = 0.143 p = 0.046

Aktif olgularda hastanın yaşı arttıkça, fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.41).

Aktif olgularda aylık gelir arttıkça, ruh sağlığı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$) (Tablo 4.41).

Aktif olgularda sigara kullanım süresi arttıkça, fizik fonksiyonellik, genel sağlık algısı, enerji/canlılık sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.41).

Aktif olgularda alkol kullanma süresi arttıkça, genel sağlık algısı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.41).

Aktif olgularda, günlük uyku miktarı arttıkça, fizik fonksiyonellik, ağrı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik sağlık boyutu puanlarında da anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.41).

Aktif olgularda, tedavi süresi ile fiziksel rol sınırlamaları sağlık boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.41).

İnaktif olgularda hastanın yaşı arttıkça, fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.42).

İnaktif olgularda, aylık gelir arttıkça, fizik fonksiyonellik, enerji/canlılık sağlık boyutu puanlarında da anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.42).

İnaktif olgularda, sigara kullanım süresi arttıkça, fizik fonksiyonellik sağlık boyutu puanlarında, alkol kullanım süreleri arttıkça ağrı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.42).

İnaktif olgularda günlük uyku miktarı arttıkça, fizik fonksiyonellik, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı sağlık boyutu puanlarında da anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.42).

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde yaş arttıkça, fizik fonksiyonellik sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.43).

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde aylık gelir arttıkça, fiziksel rol sınırlamaları sağlık boyutu puanlarında da anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.43).

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde sigara kullanım süresi arttıkça, fizik fonksiyonellik sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.43).

Kontrol grubunu oluşturan bireylerde günlük uyku miktarı arttıkça, enerji/canlılık, ruh sağlığı sağlık boyutu puanlarında da anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.43).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma grubunu oluşturan aktif olguların %58.2'sini, inaktif olguların ise %65.7'sini erkekler oluşturmakta olup, erkek/kadın oranı aktif olgularda 1.4, inaktif olgularda 1.9'dur. Bu oranı; Demiray ve ark. (106) 1.9, Şenyiğit ve ark. (107) 2.7, Özbay ve ark.(108) 1.5, Karaoğlu ve arkadaşları (109) 1.5 olarak bulmuşlardır. Türkiye genelinde yatarak tedavi gören tüberkülozlualarda erkek/kadın oranı 3.5 (110), dünya genelinde bildirilen tüberküloz vakalarında ise bu oran 1.5-2.1'dir (111). Çalışmamızda erkek/kadın oranına ilişkin bulgularımız (çocukluk dönemi hariç) tüberkülozun erkeklerde kadınlardan yüksek olduğu genel bilgisi ile örtüşmektedir (32,44).Tüberkülozun erkeklerde daha fazla görülmesini açıklayan bir yaklaşım, erkeklerin hem iş hayatında daha fazla rol oynamaları hem de daha zor koşullarda çalışmak mecburiyetinde kalmaları ile ilişkilidir. Ayrıca askerlik yapma, hapishanede kalma gibi faktörler de hastalığın bulaşması ve gelişmesi açısından erkekler aleyhine olan risk faktörleridir. Diğer taraftan erkeklerin çalışmaya ve ailenin geçiminde daha aktif rol oynamaya mecbur kalmaları nedeniyle hastalığın oluşturabileceği iş gücü kaybının önlenmesi amacıyla çare arama davranışı içine girme sonucunda kayıtlara geçme oranının yüksek olmasıdır. Çalışmamızda kadın ve erkeklerde tüberküloz görülme sıklığının diğer bazı çalışmalardaki (106,107) gibi önemli farklılık göstermemiş olmasının bir açıklaması, tüberkülozun oluşmasında etkili risk faktörlerinden sayılan sosyo-ekonomik seviye düşüklüğünün bölgemizde kadınları da en az erkekler kadar etkilemiş olması olabilir.

Çalışmamızda, aktif olguların yaş ortalaması 40.76 ± 16.60 olarak tespit edilmiş olup bu oran, Özkurt ve ark. (112) 40.3 ± 1.4 , Karaoğlu ve ark. (109) 35.7 ± 1.3 , Aghanwa ve Erhabor (113) 37.6 ± 14.0 bulmuş olduğu oranlarla benzerlik göstermektedir. İnaktif olgularda da benzer bulgular tespit edilmiştir. Bu bulgular ülkemizde tüberküloz hastalarının çoğunluğunun (%64.0) genç yaş grubunda (15-44) yer aldığı bilgisi ile de örtüşmektedir (39). Diğer taraftan gelişmiş ülkelerde enfekte bireylerin %80'inin 50 yaş ve üzeri gruplarda, gelişmekte olan ülkelerde ise %77'sinin 50 yaş ve altı gruplarda yer aldığı bildirilmektedir (8). Tüberküloz görülme oranının 15-44 yaş grubunda yüksek oluşunun bir sebebi, yaşam ve çalışma şartlarının erişkinler için daha fazla olumsuzluklar taşıması ve bu nedenle tüberküloza yakalanma olasılığının artması ya da basilin reaktive olmasıdır. Diğer taraftan veremle savaş politikalarının ülkelerin genel gelişmişlik düzeyi ile uyumlu olarak yetersiz kalması ile de ilişkili olabilir. Zira tüberkülozla mücadele edilmediği takdirde tabii dağılım içerisinde pik yaptığı dönem erişkinlik dönemidir. Nitekim bizim çalışmamızda aktif olgularda, tüberkülozun en sık görüldüğü yaş grubu 25-34 (%23.5), ikinci sıklıkla görüldüğü yaş grubu 15-24 (%18.9) olup, olguların 119 (%60.7)'u 15-44 yaşları arasındadır. Bu bulgular hastalığın genç ve erişkin yaşlarda yoğunluk gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu oranı, Arınç ve ark.(114) 15-45 yaş grubunda %53.9, Karaoğlu ve ark. (109) 15-44 yaş grubunda %61.0 olarak bulmuşlardır. Kolsuz ve ark. (115) olguların %67.4'nün 45 yaş altında bulunduğunu, Özkara ve ark. (30) ise en yüksek hasta sayısının 15-34 yaşları arasında yer aldığını bildirmişlerdir. Tüberkülozun erişkin yaşlarda görülmesinin sebebi bu dönemlerde bulunulan yaşam şartları nedeniyle bulaşmanın daha yüksek olabilmesi yanında erken yaşlarda alınan tüberküloz basilinin bu yaşlarda olumsuz koşullara bağlı olarak aktif hale gelmesi ile de ilişkili olabileceği kanaatindeyiz.

Araştırma grubunda, aktif olguların %70.4'ü, inaktif olguların %75.9'u evli idi (Tablo 4.1). Çalışmamızda tespit edilen evli olma oranı, Çil ve ark. bildirdiği orandan (%47.5) yüksek olmakla beraber, Özbay ve ark. (%66.2), Kolsuz ve ark. (%63.9), Aghanwa ve Erhabor'un (%66.0) bildirdiği oranlarla benzerlik göstermektedir (12,108,113,115). Bu sonuçlar tüberkülozun evlilerde bekarlara göre daha sık görüldüğünü ortaya koymakta olup bu bulgu bekarlık, dul olma ya da ayrı yaşama halinin tüberküloz için risk faktörü oluşturduğu bilgisi (4,40) ile çelişir gibi görünmektedir. Bu çelişkinin bir açıklaması,

tüberkülozun erişkin yaşta görülmesi ve bu yaştaki insanların genel olarak evli durumda bulunması olabilir.

Çalışmamızda aktif olguların %16.3'ü, okur-yazar değil, % 45.4'ü ise ilkokul mezunu idi. Bu değerler inaktif olgularda %13.0 ve % 54.6'dır (Tablo 4.1). Karaoğlu (109) yaptığı çalışmada okur-yazar olmayanların oranının % 28.8, okur-yazar ve ilkokul mezunlarının oranının % 43.9, Anđ ve ark. (39) okur-yazar olmayanların oranının %13.0, ilkokul mezunu olanların oranının %58.0 olduğunu bildirmişlerdir. Sonuçlarımız tüberküloz hastalarının sosyo-kültürel seviyesi düşük kesimlerde daha sık görüldüğü bilgisi ile örtüşmekte olup ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda bulunan sonuçlarla uyumludur (43,109). Eğitim seviyesi ile tüberküloz görülme oranının ters ilişkili bir korelasyon göstermesi sosyo-kültürel seviye düştükçe yaşam şartlarının daha kötüleşmesi, hastalıklar konusundaki bilinçlilik, korunma ve çare arama davranışı durumlarının daha yetersiz olması yanında hastalık nedeniyle eğitimin sürdürülememesi de söz konusu olabilir.

Çalışmamızda gruplar, meslekleri açısından incelendiğinde, aktif ve inaktif olguların sırasıyla %36.7, 27.8'i ev hanımı, %23.6, 28.7'si ise serbest meslek sahibi olup aktif olguların %11.7'si, inaktif olguların ise %18.5'i çalışmamakta idi (Tablo 4.1). Kolsuz ve ark. (115) yaptıkları çalışmada tüberküloz olgularının %19.7'sinin işçi, %17.7'sinin esnaf, %14.2'sinin ev hanımı, %11.4'ünün işsiz, Kıyak ve ark. (116) % 24.6'sının serbest meslek sahibi, % 20.5'inin ev hanımı, % 10.6'sının işsiz, Özbay ve ark. (108) %29.1'inin ev hanımı, Çil ve ark. (12) %46.7'sinin işçi, %21.7'sinin ev hanımı, Marra ve ark. (117) %50'sinin işsiz olduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde kadınların henüz çalışma hayatında yeterince aktif rol almamaları doğal olarak kadın olguların ev hanımı olmaları sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Bu bulgulardan işsiz olanların oranının aktif olgularda % 11.7, inaktif olgularda %18.5 gibi yüksek bir oranda bulunmuş olması işsizlerin ekonomik zorlukları nedeniyle yaşam şartlarının kötüleşmesi sonucunda tüberkülozun bulaşması veya aktive olması yanında tüberküloz hastalığının gelişmesi sonucunda kişinin sağlık problemleri ya da damgalanma, dışlanma gibi nedenlerle işini kaybetmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, aktif olguların aylık gelir ortancası 350 milyon, inaktif olguların ise 300 milyon idi. DSÖ çalışmalarında tüberküloz olgularının %70'inin 15-54 yaşları arasında ve çoğunun çalışıyor olmasından dolayı, tüberkülozun ailelerde çok büyük ekonomik

sıkıntılara neden olduğunu ortaya koymuştur. Aileyi geçindiren kişinin tüberküloz hastası olması durumunda ailenin yıllık gelirinin %20-30 oranında azalabileceği, ölmesi durumunda ise ortalama 15 yıl boyunca gelir kaybı olacağı bildirilmektedir (118). Çalışmamızda aktif olguların % 70.9'u, inaktif olguların %73.1'i gelirlerinin giderlerini karşılamadığını belirtmişlerdir. Çil ve ark. (12) yaptığı çalışmada olguların % 40.0'ı gelirinin giderini karşılamadığını, Arınç ve ark. (114) ise tüberküloz hastalarının gelirlerinin, fert başına düşen milli gelirin altında olduğunu bildirmişlerdir. Özkurt ve ark. (112) yaptıkları çalışmada tüberküloz olgularının %29.5'inin ekonomik düzeyinin düşük olduğunu, Aydın'ın (119) çalışmasında ise olguların %72'sinin ekonomik durumunun kötü veya çok kötü olduğunu belirtmiştir. Bütün bu bulgular bir taraftan ekonomik durumun kötülüğü nedeniyle yaşam şartlarının bozulması sonucunda tüberkülozun bulaşmasına ve reaktive olmasına zemin oluşturmakta diğer taraftan DSÖ'nce de bildirildiği gibi tüberküloza yakalanma sonucunda gelir kaybı ve fakirleşme söz konusu olabilmektedir. Sosyo-ekonomik durumun iyileştiği, kişi başına gayri safi milli gelirin arttığı toplumlarda tüberküloza yakalanma oranı düşmektedir (4). Sonuç olarak; tüberküloz, eğitim düzeyi düşük, çevre koşulları bozuk ve fakir ailelerde daha sık görülmektedir. Bu hastalar iş bulmakta zorlanmakta ve insanların kendilerini dışlayacaklarını düşündüklerinden çevrelerinden hastalıklarını gizlemektedirler. Dolayısıyla sosyo-ekonomik düzeyleri daha da kötüleşmektedir (43). Tüberküloza yakalanma sonucunda iş ve gelir kaybına bağlı olarak fakirleşme olabilmektedir.

Çalışmamızda, aktif ve inaktif olguların sırasıyla %68.4'ü ve 69.4'ü il merkezinde, % 44.4'ü, 45.4'ü apartman dairesinde yaşamakta idi (Tablo 4.1). Çalışır ve ark. (120) yaptığı çalışmada olguların %24'ü gecekondu'da olmak üzere %67.6'sı kent, %32.4'ü köy kökenli olduğunu bildirmiştir. Çil ve ark. (12) çalışmasında olguların %15.0'nin gecekondu'da, Demiray (121) %50.4'ünün il merkezinde yaşadığını bulmuşlardır. Şehirde yaşama, toplumun yoksul kesimine mensup olma, tüberküloz hastalığı riskini artıran unsurlar olarak bildirilmektedir (4,40,46). Diğer taraftan araştırma grubunu oluşturan olguların araştırmanın yapıldığı şehir merkezinde yerleşik bulunmaları, o merkezdeki verem savaş dispanserine daha çok gelmeleri ve daha iyi takip edilmeleri sonucunu doğurmaktadır. Olguların azımsanmayacak bir kısmının (aktif olguların % 33.0'ı, inaktif olguların % 40.0'ı) gecekondu'da yaşıyor olması sosyoekonomik seviye düşüklüğünün bir işareti olarak kabul edilebilir. Nitekim kentlerin gecekondu

yörelere görülen yetersiz ve dengesiz beslenmenin, kalabalık yaşamın, kötü çevre koşullarının hastalığın yayılmasına ve artmasına neden olduğu bilinmektedir (41).

Çalışmamızda, aktif ve inaktif olguların sırasıyla % 32.7 ve %15.7'sinin geçmişte hastalık geçirdikleri, % 26.5 ve 36.6'sında ise tüberküloza eşlik eden bir hastalıkları olduğu tespit edilmiştir. En sık eşlik eden hastalıklar; aktif olgularda diabetes mellitus (%8.2), hipertansiyon (%7.7) iken, inaktif olgularda hipertansiyon (%11.1), diabetes mellitus (%7.4) idi (Tablo 4.2). Aydın (119), olguların %23.0'ının tüberkülozdan başka hastalığı olduğunu, hastalığı olan grubun %34.7'sinde Diabetes Mellitus, %13.0'ında KOAH olduğunu bildirmiştir. Demiray (121) olguların %8.7'sinde eşlik eden bir hastalık olduğunu, Kolsuz ve ark. (115) hastaların %8.9'unda ek hastalık olduğunu, bunların %5.9'unun diabetes mellitus olduğunu bildirmiştir. Şenyiğit ve ark. (107) tüberküloza en sık (%13.5) eşlik eden hastalığın diabetes mellitus olduğunu, Kater ve ark. (122) ise diabetes mellitus ile tüberküloz birlikteliğini %8.0 olarak bildirmişlerdir. Bu bulgular, tüberkülozlularda başka hastalıkların gelişme riskinin artması yanında, başka hastalıkların varlığının da tüberküloz gelişmesine zemin oluşturduğu sonucunu ortaya koyabilir. Nitekim tüberküloz – AIDS birlikteliği, üzerinde çok durulan bir durumdur. Diğer taraftan diabetes mellituslu hastalarda tüberkülozun gelişme riskinin 2-3.6 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (3,6,123).

Çalışmamızda, aktif olguların %23.4'ü, inaktif olguların % 31.4'ü, kontrol grubunu oluşturan bireylerin % 40.3'ü halen sigara içmektedir. Sigara içme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($P < 0.001$) (Tablo 4.3). Arınç ve ark. (114) tüberkülozlu olguların sigara içme oranını %66.3, Özbay ve ark. (108) %54, Özkurt ve ark. (112) %52.8, Rajeswari ve Muniyandi (124) ise erkek olgularda %35.0 olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda, aktif ve inaktif hasta gruplarındaki sigara içme oranları hem kontrol grubumuzda tespit edilen oranlardan hem de başka çalışmalarda bildirilen oranlardan daha düşük olduğu anlaşılmaktadır. Tüberkülozun çoğunlukla pulmoner yerleşim gösterdiği dikkate alınır ise sigara içmenin olumsuz etkileri açıktır. Tüberkülozluların hastalıkla birlikte sigara içme davranışını terk ettikleri ancak devam edenlerin günlük içilen sigara miktarı açısından kontrol grubunu oluşturan bireylere göre farklılık göstermedikleri anlaşılmaktadır. Bu da sigaranın ya tamamen terk edildiği ya da azaltılmadan aynı miktarda tüketilmeye devam

edildiği sonucunu ortaya koymaktadır. Sigara tiryakiliğinin bir çok hastalığın gelişmesi açısından 2-3 kat daha fazla risk oluşturduğu bilinmektedir (3,6).

Çalışmamızda, aktif ve inaktif olguların ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin sırasıyla %14.8, %13.0 ve %9.7'si halen alkol kullanmakta, %17.9, 17.6, 8.7'si ise alkol kullanmayı bırakmış olanlar olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Alkol kullanmayı bırakan aktif olguların %45.2'si, inaktif olguların 44.1'i 1-21 birim/hafta alkol aldığı tespit edilmiştir. Özkurt ve ark. (112) yaptıkları çalışmada olguların %4.6'sinin, Rajeswari ve Muniyandi (124) erkek olguların %25'inin, Marra ve ark. (117) %21'inin alkol kullandığını bildirmişlerdir. Bulgularımız içerisinde en çok dikkat çeken husus aktif olguların %17.9'unun alkol kullanımını sonlandırdıkları bulgusudur. Bu bulgu iki yönü ile anlamlıdır. Bunlardan birisi bu olguların muhtemelen alkol kullanmakta oldukları dönemde hastalığa yakalandıkları gerçeğidir. Alkolün, tüberküloz enfeksiyonu gelişmesi bakımından sigaradan daha olumsuz etkiye sahip olduğu ve bu olumsuz etkisinin; beslenme bozukluklarına, vücut direncinin düşmesine ve bir çok sosyal problemlere yol açması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (123). Kronik alkolizm, vücut direncini düşürdüğü için tüberküloz hastalık riskini arttıran (10 kat fazla) unsur olarak bildirilmektedir (4,40,41,46). Diğer taraftan hastalandıktan sonra alkol kullanımının azalması muhtemelen sağlık sorunları ve sağlık kurumlarının alkol kullanımını yasaklaması ile ilişkilidir.

Çalışmamızda, aktif olguların %25.5'i düzensiz ilaç kullanmakta olup, düzensiz ilaç kullanma nedenleri arasında en sık ilaçların yan etkisi (%32.0), imkansızlıklar nedeniyle dispansere ulaşamama (%18.0), unutkanlık (%18.0) yer almaktadır (Tablo 4.5). Özkurt ve ark. (112) yaptığı çalışmada olguların %15.9'unun düzensiz ilaç kullandığını saptamıştır. Kocabaş ve ark. (125) olguların %56.0'nun tedaviye uyumsuz olarak bulmuş olup, uyumsuzluk nedenlerinin başında, %39.1'i hastaların hastalıkları ve tedavileri konusunda yeterince eğitilmemeleri ve yeterli ev ziyaretleri yapılamamasına bağlı nedenler (şikayetlerin geçmesi ve kendini iyi hissetme, verilen ilaçların yan etkilerinin fazlalığı, çok hasta olma vb.), %35.3 tedavi programlarındaki organizasyon bozukluğuna bağlı nedenler (dispansere gelmek için paranın olmaması, çok uzakta oturma vb.)'in geldiği bildirilmektedir. Öztıp ve ark. (126) yaptığı çalışmada olguların %12.6'sının, Çil ve ark. (12) %18.3'ünün, Okutan ve ark. (127) %19.0'ının,

Özşahin ve ark. (128) %53.7'sinin, düzensiz ilaç kullandığını bulmuşlardır. Çil ve ark. (12) tedaviyi sürdürememe nedenlerini maddi imkansızlıklar (%50), bilgisizlik (%33.3) ve sağlık kuruluşlarına ulaşamama (%12.5) olduğunu bulmuşlardır. Tüberküloz tedavisi çok yakın işbirliği, bilinçlilik ve sabır ile sürdürülmesi gereken önemli bir süreçtir. Diğer taraftan yapılan çalışmalar kronik hastalıkların tedavisinde sürenin, günde alınan ilaç dozu sayılarının kompians üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu göstermektedir (16). Bu yönü ile tüberküloz tedavisinde de tedaviye uyumsuzlukların görülmesi kaçınılmazdır. Ancak bunun mümkün olabilecek en düşük düzeye indirilmesi gerekmektedir. Hastaların düzenli ilaç kullanımının sağlanması için öncelikle hekim, tedavi başlanan her hastaya hastalığın tedavisi, yan etkileri ve tedavinin sürekliliği konusunda hastanın sorularının yanıtlandığı ve kaygılarının paylaşıldığı temel bir eğitim vermelidir. Diğer yandan hastaların ilaçlarını daha düzenli kullanmalarını sağlama açısından ailenin diğer fertleriyle işbirliği içinde olmakta da yarar vardır (3).

Çalışmamızda, aktif olguların hastalıklarına tepkileri sorgulandığında, %75.5'i kabullenme %43.4'ü üzülmeye, %28.6'sı ise korku, karamsarlık, endişe ve öfke yaşama gibi tepkiler gösterdikleri ortaya konmuştur. Özkurt ve ark. (112) yaptığı çalışmada hastaların %56.8'inin üzüldüğünü, %18.2'sinin kabullenemediğini, %16.0'ının kabullendiğini, %13.6'sının kadere bağladığını bulmuşlardır. Rajeswari ve Muniyandi (124) ise çalışmalarında, erkeklerin %24'ünün kadınların %31'inin tüberküloz teşhisini kabullendiklerini, olguların %50'sinin kaygılı, %9'unun intihar düşüncesinin olduğunu bildirmişlerdir. Marra ve ark. (117) ise hastaların teşhise bağlı, kabullenme veya ilgisiz kalma (%28.2), panik yaşama ya da korkuya kapılma (%17.9), şoka uğrama ya da şaşkınlık hissi yaşama (%15.4), yıkılma (%10.3), kaygılı olma (%10.3) ve depresyon geliştirme (%7.7) olmak üzere geniş bir duygu alanı ifade ettiklerini bildirmişlerdir. Khan (129) ise hastaların %72.2'sinin kaygılı, sinirli ya da teşhis yüzünden hayal kırıklığına uğradığını, %27.8'inin teşhisi ilk olarak kabul etmediğini bulmuştur. Tüberküloz gerek oluşturmuş olduğu fiziki rahatsızlık ve sosyal problemler gerekse uzun süreli tedavi ihtiyacı gibi nedenlerin yanı sıra hakkında olumsuz kanaatlerin bulunması nedeniyle de kabullenilmesi zor bir hastalıktır. Nitekim insanlar böyle zorlanma durumlarında, önce inkar sonra şok ve sonra da kabullenme süreçlerini yaşarlar ve bu süreçlerin şiddeti ve uzunluğu kişiye göre değişiklik gösterir. Bizim olgularımızda da bu psikolojik süreçleri yaşayan farklı gruplar ortaya konmuştur.

Çalışmamızda olguların hastalıklarına ile ilgili düşünceleri sorgulandığında; aktif olguların % 86.7'si tüberkülozu tedavisi mümkün olan bir hastalık, %54.6'sı bulaşıcı bir hastalık, % 43.9'u ölümcül bir hastalık olarak ifade etmiştir. Bu oranlar inaktif olgularda sırasıyla % 88.0, 69.4, 41.7'dir (Tablo 4.7). Atay (130) çalışmasında hastaların %69'unun tüberkülozun bulaşıcı, %78'inin kurtulmanın mümkün, %92'sinin işgücünü azaltan ve tedavi edilebilir bir hastalık, %78'inin ise öldürücü bir hastalık olduğunu belirttiklerini bildirmiştir. Rajeswari ve Muniyandi (124) ise çalışmalarında, erkeklerin %2'sinin, kadınların %3'ünün tüberkülozdan öleceğini düşündüklerini, Marra ve ark. (117) olguların %33'ünün tedavi olacaklarına inandıklarını, Liefoghe ve ark. (131) ise olguların tüberkülozu tehlikeli, bulaşıcı ve tedavisiz olarak gördüğünü bildirmişleridir. Çalışmamızda olguların çoğunluğu hastalığın tedavisinin mümkün olduğuna inanmaktadır. Tedavinin başarısında kişilerin iyileşeceklerine inanmaları yanısıra ruhsal yönden herhangi bir rahatsızlık içinde olmamaları da etkili faktörlerdir. Ayrıca kişinin hastalığına bakışı da tedaviye uyumunu olumlu veya olumsuz yönde etkiler. Bu nedenlerle yukarıda da belirtildiği gibi hastaların hastalıklarını ve tedavileri çok iyi bilmeleri, bu konuda sürekli eğitim ve işbirliğinin sağlanması sağlık kurumlarının birincil hedefleri arasında yer almalıdır.

Yeni olguların 99 (%56.3)'unun, relaps olguların 10 (% 62.5)'unun, tedaviye ara verip dönen olguların 3 (% 75.0)'ünün 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 (Tablo 4.8). Özkurt ve ark. (112) çalışmasında 14 olgunun hastalığının oluş nedenini üzüntü ve sıkıntılı bir olay yaşama olarak belirtirken, 13 olgunun (%29.3) ise sigara ve alkol alışkanlığına bağlamış olduğu bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada olguların %27.3'ü hastalığın seyri esnasında nüks dönemleri bildirmiş ve nüks'ü, yaşadığı ortamın olumsuzluğuna ve sıkıntılı olaylara bağlamış olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda olguların yarıdan fazlasının hastalığın başlangıç dönemi ile zamanlama ilişkisi olan en az bir psiko-sosyal stres faktörünün mevcut olduğu anlaşılmıştır. Stressörler hem ruhsal hem de fiziksel anlamda direnç kaybına neden olmakta, beslenme ve uyku düzeni bozulabilmekte, alkol ya da başka maddelere yönelim olabilmektedir. Bütün bunlar tüberküloz basilinin bulaşması ya da aktif hale gelmesi için uygun bir zemin oluşturmaktadır. Daha sonra da

hastalık teşhisinin konması ile birlikte yeni bir stres hali (bir nevi otostressör) oluşmakta ve bir kısır döngü durumu ortaya çıkmaktadır.

Aktif olgularda hastalığın, %57.0'ında uyku-iştah alışkanlıklarında bozulma, %40.3'ünde içine kapanma, %35.2'sinde alışkanlıklarını terk etme gibi kişi üzerine etkileri, %16.3'ünde damgalanma, %10.7'sinde toplum tarafından dışlanma, %5.6'sında aile içi ilişkilerin bozulması gibi kişinin çevresiyle ilişkileri üzerine etkileri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.9). Özkurt ve ark. (112) çalışmalarında, olgulardan %81.8'inin ailelerinin hastalıklarına yönelik tutumlarını yardımcı ve şevkatli bir yaklaşım olarak tanımladığını, %50.0'ının hastalığın iş durumunu etkilediğini, %29.5'i cinsel hayatında değişiklikler oluşturduğunu, %18.2'i ise hırslı, kavgacı olduklarını ve çevreden uzaklaşma isteğinde bulduklarını ifade ettiklerini bildirmişlerdir. Erdem ve ark. (132) ise aile ilişkilerinde değişiklik yaşayan olguların %21.2'sinde ailelerinin, çevresi ile olan ilişkilerinde değişiklik yaşayanların ise %28.0'ının çevresindekilerin kendilerinden uzaklaştıklarını bulmuşlardır. Tüberküloz gibi kronik hastalıkların etkisi hastaların sadece fiziksel sağlık durumlarını değil aynı zamanda da sosyal, psikolojik ve ekonomik refahlarını da etkilemektedir. Tüberkülozun sonuçlarından biri olan sosyal damgalanma, çoğunlukla hastalığın sosyal ve kültürel açıdan algılanmasına bağlı bir sonuçtur (124). Olguların hastalığa yakalanma ile birlikte kendi yaşantılarında, aile ve çevre ile ilişkilerinde farklı durumlar ortaya çıkabilmektedir. Hastada uyku, iştah, işgücü, cinsel yaşam gibi fizyolojik parametrelerde değişiklikler olması yanında, çevre tarafından dışlanma ya da yakın aile çevresi tarafından acıma duygusu ile birlikte aşırı koruma, pasif hale getirme yani aktif hayattan koparma tutumları olabilmektedir. Kişisel ya da çevresel tepkilere ait farklılıklar hastanın kişilik yapısı ve mevcut çevresel özelliklerle ilişkilidir.

Çalışmamızda, aktif ve inaktif olguların beck depresyon puanı ortalaması kontrol grubunu oluşturan bireylerinken anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 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. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin %37.2'sinde hafif derecede depresyon olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Özkurt ve ark. (112) yaptığı çalışmada tüberkülozlu olguların beck depresyon ölçeği puan ortalamasını 12.2 ± 7.8 , sağlıklı kontrol grubunun ise 8.3 ± 14.2 bulmuşlar, olguların %40.9'unda hafif, %11.4'ünde orta, %4.5'inde şiddetli depresyon bulurken, sağlıklı kontrol grubunun

%33.3'ünde hafif şiddette depresyon bulduklarını bildirmişlerdir. Ülkemizde iç hastalıkları servislerinde yatarak tedavi gören hastalarda depresif bozukluk ve depresif mizaçla birlikte uyum bozukluğu görülme oranı %19 (54), Baştürk ve ark. (57) tarafından yapılan bir çalışmada da tüberküloz hastalarında majör depresyon görülme oranı % 10.5 olarak bulunmuştur. Bir başka çalışmada da fiziksel hastalığı olanların ortalama %33'ünde orta şiddette depresyon ve %27'sinde ise majör depresyon ortaya çıktığı bildirilmektedir (133). Utkaner ve ark. (134) ise hastaların %54'ünün, kontrol grubunun %34'ünün depresyonunun olduğunu bildirmektedirler. Yurtdışında yapılan çalışmalarda ayaktan başvuran tıbbi hastalarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığının %12-36 arasında olduğu bildirilmektedir (53). 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 (135). Aghanwa ve Erhabor (113) yaptıkları çalışmada olguların %11.3, Doğan ve ark. (136) ise ayaktan izlenen tüberküloz olgularında %29.6 oranında depresyon saptadıklarını bildirmiştir. Bizim çalışmamızda yurt içi ve yurt dışı bir çok çalışmada bildirildiği gibi tüberkülozlularda depresyon başka hastalıklardakine göre daha sık görülmektedir. Bu birlikteliğin açıklanmasında iki farklı yaklaşım geçerlidir. Bunlardan birisi depresyonlularda fiziki hastalıklar genel popülasyondakilerden daha sık görülmesidir. Fiziksel hastalıklarla ruhsal hastalıklar (özellikle depresyon) arasında pozitif bir ilişki bildirilmektedir (137). Diğer taraftan depresyonla tüberküloz arasındaki bağlantı, depresyon ile diğer fiziki hastalıklar arasındaki ilişkiden daha kuvvetlidir (135). Depresyon geçiren kişilerde immün sistem yetersizliği söz konusu olmakta, bununla bağlantılı olarak vücut direncinin düşmesi ile birlikte tüberkülozun bulaşması veya vücutta bulunan basilin reaktive olması sonucunda tüberküloz gelişmektedir. İkinci yaklaşım ise tüberkülozlularda depresyon, anksiyete, davranış bozuklukları, aile içi ve çevresel ilişkilerde bozulmanın söz konusu olmasıdır (136). Kronik fiziksel hastalıklarda en sık gelişen ruhsal bozukluk depresyondur (138). 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 başta olmak üzere bir çok ruhsal bozuklukların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Tıbbi hastalarda ortaya çıkan depresyonun hastaya ilişkin sosyodemografik özelliklerden

önce, fiziksel hastalığın niteliği ve şiddeti ile hastalığın neden olduğu psikososyal morbidite ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (133).

Çalışmamızda, aktif tüberkülozlu kadın hastaların beck depresyon puanı ortalaması erkek hastalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bulgularımız genel popülasyonda kadınlarda depresyon görülme sıklığının erkeklerdekinden daha yüksek olduğu genel bilgisi ile örtüşmektedir (50). Utkaner ve ark. (134) tüberküloz olgularında yaptıkları çalışmada hastaların %54'ünde depresyon olduğu ve bu grubun %60'ını kadınların oluşturduğunu bildirmişlerdir. Bizim bulgularımız bu sonuçlarla örtüşmektedir.

Çalışmamızda, aktif ve inaktif olgularda bütün eğitim düzeylerinde, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise okur-yazar grubu hariç diğer eğitim düzeylerinde, eğitim düzeyi yükseldikçe depresyon skorlarının düştüğü tespit edilmiştir. Okur-yazar olmayan aktif ve inaktif olguların beck depresyon ölçeği puan ortalamasının diğer gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çetin ve ark. (139) yaptığı çalışmada, depresyonun en sık olarak okur-yazar olmayan popülasyonda ortaya çıktığı, eğitim düzeyi arttıkça da depresyon oranının azaldığı bulunmuştur. Kılıç'ın (55) çalışmasında ise, eğitimi düşük olanlarda depresyonun daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda da tüberkülozlularda depresyon skorlarının eğitim seviyesi arttıkça azaldığı tespit edilmiştir. Bunun bir sebebi eğitim düzeyi arttıkça depresyon konusunda bilinçlilik ve çare arama davranışında artış olması sonucunda bu kişilerin depresyonlarının tedavilerinin daha çok sağlanması olabilir. Diğer taraftan eğitim düzeyi düştükçe kendini ifade edebilme yeteneği ve çare arama hususunda bilinçlilik azalmakta, bunun sonucunda da depresyon gelişimi kolaylaşabilmektedir.

Çalışmamızda, boşanmış veya dul olan hasta ve kontrol gruplarının beck depresyon puanı ortalamasının diğer gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gerek genel popülasyonda, gerekse değişik tıbbi hastalık gruplarında yapılan çalışmalarda depresyonun boşanmış ve dul olanlarda daha sık görüldüğü ortaya konulmuştur (55,139,140). Bizim çalışmamızda da depresyonun boşanmış ya da dul olanlarda sık görüldüğü tespit edilmiş olup, çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç boşanmış ya da dul kalmış kişilerde yaşam şartları ile baş

etmenin zorluğu yanında toplum içerisinde sosyal durumları nedeniyle karşılaşacakları olumsuzluklarla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, aktif olgularda ev hanımlarının, inaktif olgularda ve kontrol grubunu oluşturan bireylerde çalışmayanların beck depresyon puanı ortalamalarının diğer gruplarından yüksek olmakla beraber gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İşsizlerde depresyonun işi olanlara göre üç kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (50). Diğer taraftan işsizlik sürecinde kaygı, depresyon, umutsuzluk gibi bir dizi psiko-sosyal sonuçlarla karşılaşılabilceği de bildirilmektedir (141). Bulgularımız depresyonun en yüksek oranda ev kadınlarında görüldüğü çalışma bulguları ile örtüşmektedir (139,140) Ev hanımlarında depresyon skorlarının yüksek olması, kadınlarda depresyonun sık görüldüğü genel bilgisi ile paralellik göstermektedir. Çalışmayanlarda depresyonun sık görülmesi bir sonuç olduğu kadar bir sebep de olabilir. Yani işsizlik depresyon ve başka bir takım ruhsal problemlere (uyumsal bozukluklar gibi) sebep olabileceği gibi depresyonu olması nedeniyle çalışamama ya da işini kaybetme de söz konusu olabilir.

Çalışmamızda, aktif olgularda ve kontrol grubunda parçalanmış, inaktif olgularda ise çekirdek aile yapısına sahip olanların beck depresyon puanı ortalamalarının diğer gruplarından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda yapılan çalışmada araştırmacılar aile yapısı ile depresyon görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmediklerini bildirmişler, ancak geniş aile yapısı içerisinde mevcut olan emosyonel desteğin depresyon prevalansını azaltacağını da bildirmişlerdir (139). 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.

Çalışmamızda, gecekonduda oturan hasta ve kontrol gruplarının beck depresyon puanı ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gecekonduda oturuyor olma genellikle ekonomik anlamda yetersizliğin bir göstergesi olabilir. Bu ortamlarda yaşamın zorlukları depresyon gelişmesine sebep olabilmesi yanında depresyonun bir sonucu olarak fakirleşme de söz konusu olabilir.

Çalışmamızda, yalnız yaşayan aktif olguların beck depresyon puanı ortalaması, diğer aile bireyleri ile yaşayan hastalarından yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki

fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p<0.05$). Depresyon açısından evli kadınların; yalnız yaşayan ve dul kadınların, yalnız, dul, boşanmış erkeklerin; ayrılmış veya boşanmış kadınların artan oranda risk içerisinde oldukları bildirilmektedir (50). Bizim çalışmamızda beck depresyon puanı ortalamasının yalnız yaşayan aktif olgularda anlamlı düzeyde yüksek bulunması bu bilgilerle örtüşmektedir. Bu sonucun yalnız, yani aile desteği olmaksızın yaşamının getireceği zorlukların bir göstergesi olabileceği gibi, depresyona girmiş kişilerin değişik nedenlerle yalnızlığa itilmelerinin bir sonucu olabileceğini de düşünüyoruz.

Çalışmamızda halen sigara içen aktif olguların depresyon skorları sigara içmeyi bırakan ve hiç sigara içmemiş olanlara göre belirgin şekilde yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). Halen alkol kullanan aktif olguların depresyon skorları, bırakanların ve hiç kullanmayan olgularından düşük olmakla beraber, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$). Çetin ve ark. (139) yaptıkları çalışmada sigara ve alkol kullanımı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Sigara içenlerde depresyon skorlarının daha yüksek olması o kişilerin içinde buldukları ruhsal durum nedeniyle ve rahatlamak amacıyla sigaraya daha çok yönelmeleri sonucunu doğurabilir. Alkol kullananlarda depresyon skorları kullanmayanlara göre düşük çıkması paradoks bir bulgu gibi görülmektedir. Zira depresyon ile alkol kullanımı arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir (142).

Çalışmamızda, tüberküloza eşlik eden bir başka fiziksel hastalığı olan aktif ve inaktif olguların beck depresyon puanı ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Fiziksel hastalığın sayısı ve şiddeti arttıkça depresyonun görülme sıklığının ve şiddetinin artması beklenen bir durumdur. Bu sonuç, hastalıkların oluşturacağı sağlık problemleri, hayatın kısıtlanması ve tedavilere bağlı olumsuzluklarla ilişkilidir. Ayrıca fiziksel hastalıkların sayısı arttıkça kişilerin bunlara vereceği psikolojik tepkiler de daha şiddetli olacaktır.

Çalışmamızda, ilaçlarını düzenli kullanan aktif olguların beck depresyon puanı ortalaması 17.10 ± 11.51 , düzensiz kullananların ise 18.68 ± 11.66 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p<0.05$). Demiray (106) yaptığı çalışmada ilaçlarını düzensiz alan olguların beck depresyon puanının (15.14 ± 11.25), düzenli alanlara göre (11.62 ± 7.1) yüksek olduğunu bulmuştur. Bizim çalışmamızda da

benzer şekilde istatistiki açıdan anlamlı fark olmamakla beraber ilaçlarını düzensiz kullananlarda depresyon skorunun yüksek bulunması depresyon içindeki kişilerin içinde buldukları olumsuz duygu ve düşünceler, yaşama dair beklentilerinin azalması gibi nedenlerle tedaviye uyumları bozulmaktadır.

Çalışmamızda, relaps olan olguların beck depresyon puanı ortalaması, tedaviye ara verip dönenlerinkinden ve yeni tüberküloz olgularınıninkinden yüksek olmakla beraber, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p<0.05$). Aydın ve ark. (143) çalışmalarında depresyon sıklığı açısından tüberküloz grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmazken, dirençli tüberküloz (%25.6) ve tedaviye ara verip dönen tüberküloz (%21.2) grupları yeni tanı konulan tüberküloz grubundan (%16.7) daha fazla depresyon sıklığı oranı gösterdiğini bildirmişlerdir. Bu sonuçlara göre, istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla beraber relaps gösteren ve tedavi ara verip dönen vakaların yeni olgulara göre daha yüksek beck depresyon ölçeği puan ortalamaları göstermiş olması, bu olgularda tüberkülozun daha kronikleşmiş olması yanında hastaların gerek relaps gerekse tedaviye cevapsızlık sonucunda çaresizliği ve ümitsizliği öğrenmeleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında kontrol grubunu oluşturan bireylerin puanlarının hasta gruplarını oluşturan bireylerinkinden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve kontrol gruplarına göre fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları ve ruh sağlığı sağlık boyutu ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13). 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 (65,92,117,124,144). Çin'de, akciğer tüberkülozu olan hastalarda ve kontrol gruplarında SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin uygulandığı bir çalışmada, gruplar arasında hem toplam puanlar açısından hem de 8 alt ölçek puanları açısından akciğer tüberkülozlu hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu ve yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir (93). Marra ve ark. (117) yaptıkları çalışmada; tüberkülozun yaşam kalitesinin bir çok alanında olumsuzluklar oluşturduğunu ve sosyal fonksiyonelliğin bozulması ve izolasyon, sosyal faaliyetler, insan ilişkileri gibi alanların belirgin olarak etkilendiği ortaya konmuştur. Başka bir çok

çalışmada da tüberkülozun; genel sağlık algısını, bedensel duyuyu, ruh sağlığını, fiziksel ve sosyal rol işlevselliğini ve akla gelebilecek diğer bütün yaşam kalitesi alanlarını etkilediği, ayrıca; sosyal damgalanma, yalnızlık, ilaç kullanımındaki zorluklar, tedavinin uzun sürmesi, cinsel fonksiyon bozuklukları, gelir kaybı ve korku gibi ilave sorunlara da yol açtığı bildirilmektedir (65,117). Tocque (144) çalışmasında, tüberküloz olgularının hastalandıktan sonra ev dışındaki alanlarda daha az vakit geçirdiklerini, bunun muhtemel bir sebebinin olgularda kronik yetiyitimi ve ona bağlı olarak aktivitelerinin azalması olabileceğini bildirmektedir. Tüberküloz hastalarının, aile üyeleri, arkadaşları ve tanıdıkları tarafından dışlandıkları ve damgalanmaya maruz kaldıkları, yalnızlık, terkedilmişlik hissi, depresyon ve anksiyete, kısıtlılıklarına bağlı olarak da gelecek hakkında belirsizlik ve kaygı yaşadıkları bildirilmektedir (65). Rajeswari ve Muniyandi (124) çalışmasında, damgalanmanın tedavinin bitiminden sonra bile kaygının önemli bir kaynağı olmaya devam ettiğini bu durumun arkadaş ziyareti gibi sosyal aktiviteleri kısıtladığını bildirmektedir. Damgalanma algısının sebebinin, hastaların hastalığın bulguları, tedavisi ve etiolojisi hakkındaki bilgi yetersizliğinden kaynaklanabileceği, hastaların, hastalığın bulguları, teşhisi ve tedavisi hakkında eğitildikleri takdirde, hastalığın daha iyi anlaşılmasının sağlanabileceği böylelikle damgalanma algısının da azaltılabileceği bildirilmektedir (124). Tüberkülozuların damgalanma ile ilgili algıları başkalarının kendileri hakkındaki yargılarını aşan bir şiddette olduğu yani damgalanma duygularının gerçekte olandan çok daha fazla olduğu düşünülebilir. Bu sonuçlardan da anlaşılmaktadır ki, tüberküloz hayatın hemen bütün alanlarını etkilemekte hatta kişinin üyesi olduğu sosyo-ekonomik sınıfın değişmesine bile sebep olabilmektedir. Yani tüberkülozun getireceği sosyal ve ekonomik kayıplar sonucunda daha aşağı kesimlere kayabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün fiziksel ve sosyal fonksiyonellik, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise sosyal fonksiyonellik dışındaki bütün boyutlarında, inaktif olgularda fizik fonksiyonellik, ağrı ve duygusal rol sınırlamaları sağlık boyutlarında erkeklerin puanlarının kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İngiltere’de yapılan birkaç araştırmada tüberkülozun yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin kadınlarda erkeklerdekinden daha fazla olduğu bildirilmektedir (82). Liefoghe ve ark. (131) yaptıkları çalışmada hem kadın hem de erkek tüberküloz hastalarının pek çok sosyal ve ekonomik problemlerle yüz yüze geldiğini, ancak kadın hastaların daha fazla

etkilendiğini bildirmektedirler. Değişik hasta grupları üzerinde yapılan başka bazı çalışmalarda da yaşam kalitesi puanları erkeklerde kadınlarınkine göre daha yüksek bulunmuştur (83,145,146). Erengil ve ark. (147) normal popülasyonda yaptıkları bir çalışmada, kadınların sağlık algılarının erkeklerin algılarına göre daha olumsuz olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamız ve başka bir çok çalışmada ortaya konduğu gibi, hem hasta hem de kontrol grubundaki kadınlarda yaşam kalitesi skorlarının düşük çıkması, kadın ve erkek cinsiyetlerine ait sosyal ve toplumsal rollerle ve kısıtlılıklarla açıklanabileceği gibi, kadınların fizyolojik yapıları, hormonal farklılıkları ile ilişkili de olabilir. Nitekim benzer bir farklılık kadın ve erkeklerde depresyon görülme sıklığında da ortaya çıkmaktadır. Belki de kadınlarda hem yaşam kalitesi düşüklüğünü hem de depresyonun fazla görülmesini benzer faktörler belirlemektedir. Bunun bir adım ötesi yaşam kalitesi düşüklüğünün depresyonu, depresyonun (semptom seviyesinde olsa da) da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmesidir.

Çalışmamızda, aktif olgularda SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında, inaktif olgularda duygusal rol sınırlamaları, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise ağrı sağlık boyutu dışındaki bütün boyutlarında puanların bekarlarda en yüksek olduğu, bunu evlilerin izlediği, dulların ise en düşük puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Pınar'ın (83) diabetes mellituslu hasta grubunda yaptığı bir çalışmada, bekarlarda evli ve dullara göre yaşam kalitesi skorlarının en yüksek, dullarda ise en düşük olduğu bildirilmiştir. Bizim bulgularımız bu çalışmaya ait bulgularla örtüşmektedir. Anlaşılmaktadır ki, dul olma yaşam kalitesini düşüren önemli bir sosyal olgudur. Bu durum, özellikle bizim kültürümüzde dullara yönelik olumsuz bakış açısı yanı sıra yaşanan sosyo-ekonomik güçlükler ile de ilişki olabilir. Diğer taraftan hastalık sonucu ayrılma veya terk edilme nedeniyle dul kalma da bir belirleyici olabilir.

Çalışmamızda aktif olgularda, fizik fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, inaktif olgularda, fiziksel rol sınırlamaları, ağrı sağlık boyutu ortalama puanlarında (lise düzeyi hariç), kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol sınırlamaları, ruh sağlığı boyutu ortalama puanlarında okur-yazar olmayanlar ve lise düzeyi dışındaki diğer eğitim düzeylerinde eğitim durumu ile paralel bir artış olduğu tespit edilmiştir. Güneylüoğlu ve ark. (148) yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi ile fiziksel rol güçlüğü, ağrı, emosyonel rol güçlüğü arasında pozitif korelasyon saptadıklarını bildirmişlerdir.

Bulgularımız eğitim durumunun artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin arttığı bildirildiği çalışma sonuçları ile örtüşmektedir (83,100). Çalışmamızda eğitim düzeyinin artması ile birlikte yaşam kalitesi alanlarının hemen hepsinde bir artış olmakla beraber bu artış fiziksel ve sosyal fonksiyonellik alanlarında daha belirgindir. Bu bulgu, eğitimin artması ile kişinin kendine güvenin artması, hastalık, damgalanma gibi olumsuzluklara daha gerçekçi bakabilmesi yanında muhtemelen daha iyi bir ekonomik durum ya da sosyal statü ve kabul edilebilirlik seviyesi ve daha iyi çare arama davranışı sergilemeleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, aktif olgularda sağlık statüsünün fiziksel rol sınırlamaları ve ruh sağlığı, inaktif olgularda ise duygusal rol sınırlama dışındaki diğer boyutlarında ortalama puanların ilçelerde oturanlarda en yüksek olduğu, bunu il merkezinde oturanların izlediği, köyde oturanların ise en düşük puana sahip oldukları tespit edilmiştir. Ancak bu yükseklik inaktif olgularda sadece fizik fonksiyonellik sağlık boyutunda anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Pınar (83) yaptığı çalışmada şehir-kentsel bölgede yaşayanlarda, kırsal bölgede yaşayanlara göre yaşam kalitesi skorlarını daha yüksek bulduğunu bildirmiştir. Çalışma sonuçları, kırsal kesimde yaşıyor olmanın, yaşam kalitesi açısından olumsuz bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızda il merkezinde ilçelere göre yaşam kalitesinin düşük olmasının, ilçelerde il merkezine ait imkanların hemen tamamına sahip olunabilirken, büyük merkezin getirebileceği yoğunluk, ulaşım güçlüğü, gürültü, güvensizlik, pahalılık gibi olumsuzluklara maruz kalmama ile ilişkili olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda, SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında tüberküloza eşlik eden hastalığı olan aktif olguların ortalama puanlarının, olmayanlarıkinden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aktif olgularda; fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlılık sağlık boyutu ortalama puanları arasında tüberküloza eşlik eden hastalığı olma durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.26). Yaman ve ark. (146) yaptıkları çalışmada birden fazla hastalığı ve semptomu olanlarda yaşam kalitesi doyumunu daha düşük bulduklarını bildirmişlerdir. Başka ilave fiziksel hastalığı olanlarda, ağrı, hastalığa bağlı fiziksel kısıtlanmalar, daha fazla sayıda ilaç kullanma mecburiyeti ve bunların muhtemel yan etkileri, kişilerin kendilerini algılamalarının ve geleceğe yönelik beklentilerinin kötüleşmesi gibi nedenlerle yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilir. Bizim çalışmamızda aktif olgularda tüberküloza en

sık eşlik eden hastalık diabetes mellitus (%8.2) olup diabetli hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bir çok çalışmayla ortaya konmuştur (83,145). Bu durumda bir taraftan tüberküloz bir taraftan da diabet yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Çalışmamızda aktif olgularda, SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında ortalama puanların halen alkol kullananlarda en yüksek, hiç alkol içmemiş olanlarda ise en düşük olduğu tespit edilmiştir. Aktif olgularda; fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı sağlık boyutu ortalama puanları arasında alkol kullanma durumuna göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.30). Kontrol grubunu oluşturan bireylerin, SF 36 sağlık statüsünün fiziksel rol sınırlamaları dışındaki bütün boyutlarında alkol kullanımını bırakmış olan grubun ortalama puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tüberkülozlularda yapılan bir çalışmada, sigara ve alkol tüketimi ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (144). Akvardar (149) da yaptığı bir çalışmada alkol bağımlılarında yaşam kalitesinin bütün alanlarında daha düşük skorlar elde ettiğini bildirmiştir. Bizim bulgularımız bu çalışmalara ait bulgularla örtüşmemektedir. Aktif olgu grubu içerisinde alkol kullananlarla alkol kullanmayanlara ait yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında alkol kullananlara ait yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç çelişkili gibi görünmekle birlikte sağlık algısı ve fiziksel rol kısıtlamalarının yüksek olması bu kişilerin kendilerini iyi hissetmeleri, yani sağlıklı hissetmeleri sonucunda alkol almakta sakınca görmemeleri söz konusu olabileceği gibi, bu kişilerin önceden alkol alma alışkanlıkları var idiyse, sağlık algılamalarındaki iyileşmeye paralel olarak yeniden eski alışkanlıklarına yönelmeleri ile bağlantılı olabileceğini düşünüyoruz. Diğer taraftan sağlıklı kontrol grubunda halen alkol kullananlarda yaşam kalitesinin bütün alanlarında düşüklük olması beklenen bir sonuçtur. Zira, alkole yönelme genel manada stresli olma veya yaşam zorlukları ile baş edememeye bağlı olabileceği gibi, alkol kullanımının kendisi de yaşam kalitesinin çeşitli alanlarında bozulmaya sebep olabilir. Diğer taraftan çalışmamızda alkol kullanım süresi ile paralel olarak yaşam kalitesinin bütün alanlarında bozulma tespit edilmiş olup bu sonuç, alkolün belki de kısa devrede rahatlatıcı, sıkıntı giderici bir etki oluşturmakla beraber uzun süreli alkol kullanımının hayatın bütün alanlarında (sağlık, ailesel, çevresel, fonksiyonel vb) ortaya çıkardığı bir bozulma olarak değerlendirileceği gibi yaşam

kalitesinin de içinde bulunduğu hayata dair (ekonomik, sosyal vb.) bozulmalara bağlı olarak alkole yönelme ve alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı gelişmesi olabilir.

Çalışmamızda aktif olgularda sigara içme davranışı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki tespit edilmemekle beraber, sigara kullanım süresi arttıkça fizik fonksiyonellik, genel sağlık algısı, enerji/canlilik sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunu oluşturan bireylerin sigara kullanım süresi ile sadece fiziksel fonksiyonellik sağlık boyutu arasında negatif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p<0.05$). Tüberkülozlularda yapılan bir çalışmada, sigara ve alkol tüketimi ile yaşam kalitesi arasında olumsuz bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (144). Karamanoğlu ve ark. (150) yaptıkları çalışmada sigara içtiğini belirten hastaların, yaşam kalitesinin bütün alanlarına ait puanların, içmeyenlere göre düşük olduğunu tespit ettiklerini bildirmişleridir. Sigara kullanım süresinin uzaması kişilerin tüberküloz hastalığından bağımsız olarak hayatın başka alanlardaki zorluklarını ve uzun süreli sigara kullanımının getirdiği olumsuzluklarla bağlantılı olarak yaşam kalitesinin düşmüş olmasını düşündürmektedir.

Çalışmamızda, SF 36 sağlık statüsünün fiziksel rol sınırlamaları ve ağrı dışındaki bütün boyutlarında ilaçlarını düzenli kullanan aktif olguların ortalama puanlarının, düzensiz kullananlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aktif olgularda; fizik fonksiyonellik sağlık boyutu ortalama puanları arasında ilaçlarını kullanma durumlarına göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.33). Kronik hastalıklar; bireylerin yaşamsal aktivitelerini sınırlamakta, tedaviye ve tedavi ekibine bağımlı kılmakta, aile içinde ve iş yaşamında rol değişimine ve zorlanmalara yol açmakta, sosyal ilişkileri aksatmakta, iç çatışmalara ve devamlı gelecek kaygısına yol açmakta olup, bütün bunların sonucunda depresyon, anksiyete gelişebilmektedir. Depresyon gelişmesi, yaşam kalitesini düşürmekte, tedaviye uyumu bozmaktadır (151). İlacını düzenli kullananlarda yaşam kalitesinin bütün alanlarında yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Zira düzenli ilaç kullanmak hastalıkla daha başarılı bir şekilde baş etmeyi ve daha iyi bir klinik iyileşmeyi beraberinde getireceğinden yaşam kalitesi yükselecektir. Ayrıca yaşam kalitesinin yüksek oluşu da tedaviye uyumu artıracaktır. Çalışmamızda fiziksel rol sınırlamaları ortalama puanlarının ilacını düzenli kullananlarda düşük olması hastalığın bir sonucu olabileceği gibi, kişilerin hastalıkla mücadelenin bir gereği olarak sağlıklı dönemlerdeki rollerini kısıtlama eğilimi göstermeleri ile ilişkili olabileceğini

düşünüyoruz. Diğer taraftan ağrı alanında düşük ortalama puanlar ise tüberkülozun tuttuğu organ ve kişilerin ağrı eşikleri ile ilişkili olabileceğinden farklı sonuçlar ortaya çıkabileceği kanaatindeyiz. Ayrıca ilaçların düzenli kullanılıyor olması ile tedaviye bağlı fiziksel yetersizlik de söz konusu olabilir.

İnaktif olgularda, SF 36 sağlık statüsü boyutları ortalama puanları arasında hastalığı geçirdikleri süreye göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.34). Bu bulgu, hastaların mevcut durumları ile hastalığın tedavisi sonucunda tamamen remisyonda ve hastalığa ait her türlü olumsuz etkiden arınmış durumda bulunmaları ile bağlantılı bir durumdur. Ancak bizim çalışmamızda hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Çalışmamızda, hasta ve kontrol gruplarında depresyonun şiddeti arttıkça SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında ortalama puanların anlamlı düzeyde düştüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$). Uzun ve ark. (152) yaptıkları çalışmada yaşam kalitesindeki bozulmanın depresyonun şiddeti ile orantılı olduğunu bulmuşlardır. Rajeswari ve Muniyandi (124) çalışmalarında, tedaviden önce hastaların %39'u gergin, %60'ı kaygılı ve az enerjili, %51'i ise kendini korkulu ve sabırsız hissederken, tedavinin sonunda %54'ü mutlu, %18 gergin, %14 sabırsız, %10 kaygılı, %9 korkulu ve sadece %5'i enerjisiz hissettiklerini bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada bir çok hastanın tüberküloz teşhisine ilk tepkisinin oldukça ağır olabildiği, buna %50 kaygı, %10 depresyon ve intihar düşüncesinin dahil olduğu bildirilmektedir (124). Hansel ve ark. (65) çalışmalarında ise olgularda, rahatlama korkuya, depresyondan öfkeye kadar geniş bir yelpazede psikolojik tepkilerin var olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada, bazı hastaların tedavi başladığında öfkeli olduklarını, tedavi olmanın onları iyi yapıp yapmayacağı konusunda endişeli oldukları bildirilmektedir. Hem yalnızlığı hem de invazif bazı prosedürleri içeren özel tüberküloz tedavilerinin hastalar tarafından korkutucu olarak tanımlandığı bildirilmektedir. Genel olarak depresyonun tüberkülozun bir sonucu olduğu bildirilmektedir (65). Depresyon "öğrenilmiş çaresizlik" ile açıklanmaktadır. Çaresizlik motivasyonu düşürür, öğrenme ve başarıma duygusunu azaltır, duygusal bir bozukluk ortaya çıkar. Bu da bireyin yaşam kalitesini büyük ölçüde olumsuz etkiler (151). Çalışmamızda aktif olguların yaklaşık yarısında orta ve şiddetli düzeyde depresyon skorları tespit edilmiştir. Tüberküloza bağlı olarak gelişen fiziki zorluklar, günlük yaşamda oluşan kısıtlılıklar, damgalanma, dışlanma, özgüven kaybı gibi nedenlerle depresyon gelişmesine bir yatkınlık oluşmaktadır. Hastalığı akut

başlayanlarda, yapı değişikliği, yetenek ve işlevsellikte önemli kayıplara yol açan hastalıklarda, depresyonun daha sık görüldüğü bilinmektedir (50). Depresyon ruhsal hastalıklar içerisinde kişilere en çok acı veren hastalıklardan birisi olup intihara kadar götürebilen ciddi bir halk sağlığı problemidir. Depresyona yakalanmış kişilerde benlik değeri yitimi, ilgi ve zevk kaybı, fizyolojik değişiklikler görülmekte ve yaşamın tüm alanları dolayısıyla yaşam kalitesi de büyük ölçüde etkilenmektedir. Çalışma bulgularımızda ortaya konan depresyon skorlarının yüksekliği ile yaşam kalitesi skorlarının düşüklüğü arasındaki negatif ilişki zaten beklenen bir sonuçtur. Esasen bunun tersi bir sonuç sürpriz olurdu. Zira bir kişi depresyonda iken yaşamdan tat alması, ya da yaşam kalitesinin yüksekliği söz konusu olamaz.

Çalışmamızda, hasta ve kontrol gruplarında SF 36 sağlık statüsü boyutlarının kendi aralarındaki ilişkiler incelendiğinde, bütün boyutlarda pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşam kalitesi genel olarak bir bütündür. Yaşama dair bazı alanlarda yetmezlik varken diğer alanlarda mükemmellik beklenemez. Yani hayatın herhangi bir alanındaki yetmezliğin ya da kalitesizliğin diğer alanlarını da olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Çalışmamızda, beck depresyon puanı ile SF 36 sağlık statüsü boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Uzun ve ark. (152) çalışmasında depresyonda yaşam kalitesinin bozulduğu, depresyonun şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, depresyonun neden olduğu hoşnutsuzluk, yetersizlik ve sosyal rollerini yerine getirememenin kişinin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olduğu bildirilmektedir. Genel olarak depresyonun tüberkülozun bir sonucu olduğu bildirilmekte olup, karantina ve damgadan veya kronik olarak hasta olmaktan kaynaklanan yalnızlığın sonucu olduğu ve özellikle ileri yaşlarda daha çok ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (65). Depresyon ile tüberküloz arasında karşılıklı sebep-sonuç ilişkisinden söz edilebilir. Tüberkülozlularda yaşamın kısıtlanması, fiziki zorluklar, hastalığa ait fiziki kısıtlanmalar, damgalanma gibi sebeplerle hastaların depresyona eğilimleri artacaktır, diğer taraftan depresyon nedeniyle de tüberkülozun kliniği ve tedavisi olumsuz yönde etkilenecektir. Dolayısıyla tüberkülozun şiddetine bağlı olarak da yaşam kalitesi ortalama puanlarında düşme olacaktır.

Çalışmamızda, aktif olgularda hastanın yaşı arttıkça fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı

inaktif olgularda fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlilik, sosyal fonksiyonellik, kontrol grubunu oluşturan bireylerin ise fizik fonksiyonellik sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Rajeswari ve Muniyandi (124) çalışmalarında, 45 ve altındaki yaşlardaki yeni vakaların %82'sinin sağlık algısının çoğu zaman iyi olduğunu bildirmişlerdir. Bazı çalışmalarda yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir (83,148). Erengin ve ark. (147) çalışmalarında yaşın artışı ile sağlık sorunlarının arttığı ve kişilerin sağlık algılarının olumsuzlaştığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda yaş ile yaşam kalitesi arasındaki bu negatif korelasyonda yaşla azalan fiziksel aktivitenin yanı sıra yaşla artan başka fiziki problemler ve belki de artan yaşla birlikte tüberküloza ait olumsuz etkilerin artması, vücut direncinin daha düşük olması nedeniyle tedaviye cevabın azalması ile bağlantılı olabilir.

Çalışmamızda aylık gelir arttıkça, aktif olgularda ruh sağlığı, inaktif olgularda fizik fonksiyonellik, enerji/canlilik, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise fiziksel rol sınırlamaları sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir. Böyle bir ilişkinin varlığı normal popülasyonda yapılan çalışmalarla da ortaya konmuştur (153,154). Ay ve ark. (153) tarafından göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda SF 36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanarak yapılan bir çalışmada hastaların gelir durumu ile ruhsal sağlık boyutu arasında anlamlı ilişki bulduklarını bildirmişlerdir. 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, ümitsizliğe düşmemesi gibi nedenlerle ilişkili olabileceğini düşünüyoruz. Nitekim tüberkülozun yaygınlaşmasında fakirliğin çok önem taşıdığı, fakirliğin giderilmediği sürece tüberkülozun yayılmasının önlenemeyeceği dolayısıyla yaşam standardı ve yaşam kalitesinin bütünüyle etkileneceği bildirilmektedir (155).

Çalışmamızda, günlük uyku miktarı arttıkça, aktif olgularda fizik fonksiyonellik, ağrı,enerji/canlilik, sosyal fonksiyonellik, inaktif olgularda; fizik fonksiyonellik, genel sağlık algısı, enerji/canlilik, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı, kontrol grubunu oluşturan bireylerde ise enerji/canlilik ve ruh sağlığı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu tespit edilmiştir. Yaman ve ark. (146) kronik hastalıklardan dolayı hastanede yatan hastaların yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yaptıkları

çalışmada, uyku ve dinlenmenin genel olarak yaşam kalitesi değerlendirmesinde önemli parametreler olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir. Uyku bozuklukları, primer insomniolar ya da sekonder (başka sebeplere bağlı) insomniolar olabilir. Burada tüberkülozun oluşturduğu olumsuzluklar (ağrı, gece terlemesi, öksürük, ateş, halsizlik, bazen belli pozisyonlarda yatmaya mecbur kalma gibi nedenler) uykunun süresini ve kalitesini düşürebilir. Diğer taraftan uyku bozukluğu tüberküloz semptomlarının şiddetini artırmakta ve direnç düşmesine sebep olacağından tedaviyi de olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı insanlarda bile süresi ve kalitesi açısından başarılı bir uykunun bir sonraki güne dair yaşamın bütün alanlarını olumlu yönde etkiler.

Çalışmamızda aktif olgularda, tedavi süresi ile fiziksel rol sınırlamaları sağlık boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.41). İçinde bulunulan tedavi basamağı hastalığın yenilmesi dolayısıyla hastalığın yol açtığı olumsuzlukların azalması ile ilişkili olacağından tedavi süresi ile yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki beklenen bir sonuçtur. Bu sonucun fiziksel rol sınırlamaları ve sosyal fonksiyonellik alanlarında istatistiki açıdan anlamlı bulunması da bu yaklaşımı doğrulamaktadır. Çünkü fiziksel rol sınırlamaları ve sosyal fonksiyonellik hastalığın iyileşmesi ile direkt bağlantılı alanlardır.

Çalışmamızda sonuç olarak; aktif olgularda beck depresyon puanı ortalaması, kadınlarda, dul ya da boşanmış olanlarda, yalnız yaşayanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, ilave hastalığı olanlarda, ev hanımlarında, parçalanmış aile yapısına sahip olanlarda ve gecekonduda oturanlarda yüksek bulunmuştur.

Aktif ve inaktif olguların, SF 36 sağlık statüsünün ağrı boyutu dışındaki bütün boyutlarında ortalama puanlarının kontrol grubunu oluşturan bireylerinkinden anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Aktif ve inaktif olgularda; yaşam kalitesi kadınlarda, dullarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, ilave hastalığı olanlarda, ilaçlarını düzenli kullanmayanlarda, köyde yaşayanlarda düşük bulunmuştur. Hasta ve kontrol gruplarında depresyon skorları yükseldikçe SF 36 sağlık statüsünün bütün boyutlarında ortalama puanların düştüğü tespit edilmiştir. Aktif olgularda, hastanın yaşı arttıkça, fizik fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı puanlarında, aylık gelir arttıkça ruh sağlığı puanlarında, günlük uyku miktarı arttıkça fizik fonksiyonellik, ağrı,enerji/canlılık, sosyal fonksiyonellik sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde artma olduğu tespit. Ayrıca

aktif olgularda sigara kullanım süresi arttıkça, fizik fonksiyonellik, genel sağlık algısı, enerji/canlılık sağlık boyutu puanlarında, alkol kullanma süresi arttıkça genel sağlık algısı sağlık boyutu puanlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilmiştir.

Öneriler;

1. Tüberkülozlu hastaların teşhis ve tedavisi ile ilgilenen her basamaktaki kişi ve kurumların, sadece hastalıkla değil, aynı zamanda hastaların psiko-sosyal durumları ve yaşam kaliteleri ile de ilgilenmeleri gerektiği hususunda bilinçlendirilmeleri ve bunun gerçekleşmesi için uygun sağlık politikaları ve kurumsallaşmaların sağlanması gerekmektedir. Bunun, verem savaş dispanserlerinin reorganize edilip, daha aktif hale getirilmesi ile sağlanabileceğini düşünüyoruz.
2. Ayrıca tüberkülozun kişinin psikolojik ve sosyal yönlerini de etkilemesi nedeniyle multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmasının uygun olacağını düşünüyoruz.
3. Ruhsal problemler içerisinde en sık görülen ve intiharla sonuçlanabilen depresyonun da tabloya eklenmesiyle hem tüberküloz hem de depresyon birbirini olumsuz etkilemekte, her iki hastalığın da tedavileri zorlaşmaktadır. Bu yönden de tüberkülozlu hastalarda psikolojik tedavilerinin sağlanması için gerekli yapılanmanın gerçekleştirilip ruhsal yönden muayene ve tedavilerinin rutin hale getirilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

6. KAYNAKLAR

1. Nağıyev A. Dünyada Tüberküloz ve Dots uygulaması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2003;2 (7): 130-134.
2. AŖıođlu Aktan S, Hayran M. Tüberküloz, İnfeksiyon Bülteni. 1996;1(1):5-8.
3.  zkara Ŗ, AktaŖ Z,  zkan S, Ecevit H. Türkiye'de tüberkülozun kontrolü için baŖvuru kitabı. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı Verem SavaŖ Daire BaŖkanlıđı 2003,ss 9-10.
4. Umut S, Yıldıırım N. Tüberküloz. In: Erk M. (Ed), Göğüs Hastalıkları (cilt 1) Kitabı. İstanbul 2001,ss 486-547.
5. Avkan Oguz V. Tüberküloz Basilinin BulaŖma Yolları ve Konaktaki Seyri. 21. Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kursu, 11-12 Haziran 2003, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
6. Kıter G, Uçan ES. Tüberkülozdan korunma. Toraks Dergisi, Nisan 2001; 2(1): 85-90.
7. Alper D, AlataŖ F. Tüberkülozda BulaŖma.In:  zdemir N (ed), Tüberküloz, 1997, ss 33-44.
8. KocabaŖ A. Akciğer Tüberkülozu. In: Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M. (Ed), İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2002, ss.539 - 590.
9. NeŖe G. Tüberkülozun kontrolünü kaybetmek. Tıp Dünyası, 1 mayıs 2003, sayı:104.

10. Çobanlı B, Acıcan T. Akciğer Tüberkülozu Kliniği. Tüberkülozda Bulaşma.In: Özdemir N (ed), Tüberküloz, 1997, ss 89-101.
11. Frieden RT, Sterling TS, Munsiff SS, et al. Tuberculosis. The Lancet, 2003;362:887-899.
12. Çil A, Olgun N. Akciğer tüberkülozlu hastalarda tedaviyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hemşirelik Formu Dergisi, 2004; 7(3): 43-47.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Tüberküloz hastalarının tanı-tedavi ve izlenmesi Ankara, 1998.
14. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyoloji Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002,ss 538-98.
15. Bilgiç H. Türkiye’de tüberkülozun durumu ve eradikasyon (kontrol) programı.21 yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Tanı Yöntemleri Kursu, 11-12 Haziran 2003, Ondokuz Mayıs Üniversitesi,Samsun.
16. Biberoğlu K. Tedaviye Dirençli Tüberküloz. İnfeksiyon Bülteni, 1996;1(1):34-37.
17. Kılıçaslan Z. Dünyada ve Türkiye’de Tüberküloz Epidemiyolojisi ve Kontrolü. In: Uzun Ö., Ünal S.(Eds), Enfeksiyon Hastalıkları II. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara. 2002, ss 821-833.
18. Üner S, Melek A, Koşan A. Günümüzde Verem Savaşı ve DOTS. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, sayı 1, 24 ocak 2003.
19. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde Tüberküloz Kontrolü. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, sayı 1, 24 ocak 2003 (Tuberculosis Control in the WHO European Region (WHO Fact Sheet 07/02).
20. Mermer M. Bir halk sağlığı problemi: Tüberküloz (verem). Kırkikinci E-Dergi, 2000;1(3).
21. Deangelis CD, Flanagan A. Tuberculosis: A Call for Papers. JAMA, 2004;292 (15):1889.
22. Kalaç NŞ. Tüberküloz tarihçesi. Health News, 1999;1(6): 9-11.
23. Arsever O, Ece T, Erkan F ve ark. Akciğer tüberkülozu ve atipik Mikobakteri İnfeksiyonları. In:Arseven O. (Ed), Akciğer hastalıkları. Nobel Tıp Kitapevleri,İstanbul. 2002, ss 283-301.
24. Barış İ. Son bilgiler ışığında tüberküloz. İnfeksiyon Bülteni 1996;1(1):23-29.
25. Özkara Ş. Sağlık kurumlarında tüberküloz bulaşması ve alınması gereken önlemler. Toraks Dergisi, 2002;3(1): 89-97.
26. Çan G. Tüberküloz Epidemiyolojisi. Sağlık ve Toplum. 2002; 12(2): 16-19.

27. Yıldırım Y, Balbay Ö. Tüberküloz ve Yoksullukla İlişkisi. *Sted.* 2003; 12(1):32-34.
28. Decker FC. Tüberküloz ve HIV Enfeksiyonu. *Sendrom.* 2001;10(13):41-5.
29. Çelik G. HIV enfeksiyonu ve tüberküloz. *T Klin Tıp Bilimleri*, 1994;14:455-459.
30. Özkara Ş, Kılıçaslan Z, Öztürk F, ve ark. Bölge verileri ile Türkiye’de tüberküloz. *Toraks Dergisi.* Ağustos 2002; 3(2): 178-187.
31. Metcalfe N. A study of tuberculosis, malnutrition and gender in Sri Lanka. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2005; 99: 115-119.
32. WHO Report 2003. Gender and tuberculosis. World Health Organization Departman of gender and Women’s Health 20, Avenue Appia Geneva, Switzerland.
33. Tiruvilumala P, Reichman LB. Tuberculosis. *Annu Rev. Public Health* 2002; 23:403-26.
34. Martin G, Lazarus A. Tüberkülozun Tanı ve Epidemiyolojisi. *Sendrom.* 2001; 10(13):35-40.
35. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2004. Geneva, Switzerland.
36. Kocabaş A. Günümüzde tüberküloz sorunu. In:Kocabaş A (Ed),Tüberküloz kliniği ve kontrolü. Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana, 1991, ss 3-32.
37. Koç H.A, Karagöz T. Tüberkülozda epidemiyolojik ölçütler ve yaş grupları analizi. *Solunum Hastalıkları* 1997;8(4):621-634.
38. Koçoğlu F. Tüberküloz kontrol programları ve ülkemizdeki uygulamaların genel bir değerlendirmesi. In:Kocabaş A (Ed),Tüberküloz kliniği ve kontrolü. Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana, 1991,ss 445-448.
39. Anğ Ö, Uzun M. Türkiye’de Tüberkülozun Son Durumu. *Klinik dergisi*, 1998;11(1):3-5.
40. Çelenk M. Tüberküloz Epidemiyolojisi. *T Kin Tıp Bilimleri* 1994;14: 391-393.
41. Coşkun F., Özyardımcı N. Tüberküloz epidemiyolojisi. *Akciğer Arşivi.* 2003;4:61-65.
42. Crofton J, Horne N, Miller F. Tüberküloz kliniğine genel bakış. *Klinik Tüberküloz* (Çev.Prof. Dr. Emine Koçyiğit, Prof Dr. Elif Dağlı).Yüce reklam/yayım/dağıtım A.Ş., İstanbul,1995; ss. 1-27.
43. Güzelcik MA. Verem ve toplum. *Health News*, 1999;1(6): 24.
44. Holmes CB, Hausler H, Nunn P. A Review Of Sex Differences In The Epidemiology Of Tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1998 Feb;2(2):96-104.

45. Yenel F, Sözer K, Erk M. Akciğer hastalıkları ders kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1991, ss 83-117.
46. Öztürk R. Tüberkülozda doğal direnç ve risk faktörleri. 21. Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kursu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, 11-12 Haziran 2003.
47. Okutan O. Yetişkin Çağda Akciğer Tüberkülozu. 21. Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kursu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, 11-12 Haziran 2003.
48. Öğretensoy M. Tüberküloz hastalığının belirtileri ve tanı koyma yöntemleri. Health News, 1999;1(6): 25.
49. Kaplan HI, Sadock BJ. Duygu Durum Bozuklukları. Birinci Basamak Psikiyatri Elkitabı, Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş., İstanbul, 1998, ss 215-220.
50. Savrun BM. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 2-3 Aralık 1999, ss 11-17.
51. Özkan MB. Genel Tıpta Depresyon. İst.Tıp Fak. Mecmuası. 1998;1: 61-11.
52. Özkan S. Genel Tıpta psikiyatrik morbidite. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi, İstanbul, aralık 1993, ss 18-70.
53. Özmen E. Genel tıpta depresyon. Genel tıpta psikiyatrik sendromlar. Hekimler yayın Birliği, Ankara, 1997, ss 117-172.
54. Özmen E, Aydemir Ö. Bedensel hastalığı olanlarda depresyon. Psikiyatri Bülteni 1993;2:71-77.
55. Kılıç C. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmetleri kullanımı sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1998, ss 77-93.
56. Küey L, Güleç C. Depresyon Epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.
57. Baştürk M, Şahin N, Sofuoğlu S, Eşel E. Tüberkülozlu hastalarda mental bozukluklar. Erciyes Tıp Dergisi. 1992;14:412-415.
58. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. Tamamlanmış intiharda iki önemli risk etmeni: Fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2001; 11(3):168-173.

59. Tamam L, Öner S. Yaşlılık Çağı Depresyonları. Demans Dergisi 2001;1:50-60.
60. Köroğlu E (ed). Depresyonun nedeni nedir? Depresyonun ABC'si. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Depresyon, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, s. 8-9.
61. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri dergisi 2000; 1(1): 41-47.
62. Alleyne A O G. Health and the quality of life. Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health. 2003;9(1): 1-6
63. Lepage A, Hunt S. The Problem of quality of life in medicine. JAMA July 2. 1997;278(1): 47-50.
64. Fidaner H, Billington R, Eser E, Elbi H. Yaşam Kalitesi ve Ruh Sağlığı: WHOQOL'un geliştirilmesi. 34. Ulusal Psikiyatri ve Uluslar arası Uydu Sempozyum: Dünyada Kültür ve Tanı, bilimsel çalışmalar özet kitabı,Altın Yunus/ Çeşme- İzmir, 29 Eylül-3 Ekim 1998:53.
65. Hansel NN, Wu AW, Chang B, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: Patient and provider perspectives. Quality of life research 13:639-652,2004.
66. Soygür H. Şizofreni ve yaşam kalitesi, 36.Ulusal Psikiyatri kongre kitabı, s 61, 3-7 Ekim 2000, Antalya.
67. Fidaner C. Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı: bir giriş denemesi. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, ss 1-3, 8-10 Nisan 2004, Ege Üniversitesi, İzmir.
68. <http://www.turyay.com.tr/HS/JHSO503.htm>.
69. Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, ss 4-6, 8-10 Nisan 2004,Ege Üniversitesi,İzmir.
70. Elbi H. Ruh sağlığı ve yaşam kalitesi. 34. Ulusal Psikiyatri ve Uluslar arası Uydu Sempozyum: Dünyada Kültür ve Tanı, bilimsel çalışmalar özet kitabı, s 56, 29 Eylül-3 Ekim 1998, İzmir.
71. <http://www.ozetkitap.com>.
72. Shookner M. A Quality of Life Index for Ontario. CSLS Conference on The State of Living Standards and The Quality of Life in Canada, October 30-31, 1998.Ottawa, Ontario.

73. Center to Improve Care of the Dying, Quality of Life. Available at: <http://www.gwu.edu/~cicd/toolkit/Qualsty.htm>.
74. Şahin H. Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim*. Ocak- şubat 1997;12(77): 41-46.
75. Altıay G, Karlıkaya C, Çağlar T. Akciğer hastalıklarında yaşam. *Solunum Hastalıkları*, 1998;9 (3): 533-539.
76. McHorney C.A. Health Status Assessment Methods For Adults: Past Accomplishments and Future Challenges. *Annu.Rev. Public Health*. 1999;20:309-35.
77. Özyılkan Ö. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, ss 14-16, 8-10 Nisan 2004, Ege Üniversitesi, İzmir.
78. Akdeniz A, Aydemir Ö, Akdeniz F, Gülseren Ş, Kültür S. Sağlık Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9(2):104-108.
79. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ*. 2001 Jun 2;322(7298):1357-60.
80. Tatar M, Tatar F. Sağlıkın ölçülmesi: Kavramsal bir çerçeve. *Toplum ve Hekim* 1997;12(78): 54-61.
81. Dhingra VK, Rajpal S. Health Related Quality of Life (HRQL) Scoring In Tuberculosis. *Indian Journal Tuberculosis*. 2003;50:99-104.
82. Chang B, Wu AW, Hansel NN, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: A review of the English language literature. *Quality of life Research* 2004;13:1633-1642.
83. Pınar R. Diabetüs Mellitüslü Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, doktora Tezi, İstanbul, 1995.
84. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7(23):3-13.
85. T.C. Sağlık Bakanlığı birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberi, Ankara 2003, s 231.
86. Ware, JE., Sherbourne, CD. The MOS 36-İtem Short Form Health Survey (SF 36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30: 473-83.
87. Ware, JE. SF- 36 Health Survey Update. *Spine*, 2000; 25(24): 3130-3139.
88. Brazier JE, Harper R, Jones NM. Et all. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992;305:160-4.

89. 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;306:1440-4.
90. Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM. The Rand 36-Item Health Survey 1.0. *Health Economics* 1993;2:217-227.
91. Aydemir, Ö. Konsültasyon- liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF 36). *3P Dergisi* 1999; 7(2):14-22.
92. 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.
93. Beck AT, Ward Ch, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
94. Savaşır I, Şahin NH (ed) Bilişsel- Davranışçı Terapilerde değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara, 1997,ss 2-39.
95. Köroğlu E. Depresyon monografı serisi 5. Hekimler yayın birliği. 1993, ss 208-209.
96. Aydemir Ö, Köroğlu E (ed). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Hekimler yayın birliği, 2000,ss 121-125.
97. Tegin B. Depresyonda bilişsel süreçler: Beck Modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi*, 1987;6(21):116-123.
98. Ware, JE. User's Manuel/ SF 36 Health Status Questionnaire, New England Medikal Center Hospitals, 1989.
99. McHorney CA, Ware JE, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-Item short-Form Health Survey (SF 36): III. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Medical Care*. 1994;32(1): 40-66.
100. Şahin B. Sağlık statüsünün ölçülmesi: Bypass ameliyatı olan hastaların algılanan sağlık statüsöleri üzerine bir araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora tezi,1996, Ankara.
101. Pınar R. SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ve kullanımı, Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. *Sendrom* 1996;109-113.
102. Hayes V, Morris J, Wolfe C, Morgan M. The SF-36 health survey questionnaire: is it suitable for use with older adults? *Age Ageing*. 1995 Mar;24 (2):120-5.
103. Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi, Güvenirlik ve Soru Analizi. Eskişehir,2002, ss 661-676.

104. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N., Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999; 12(2): 102-106.
105. Dion MJ, Tousignant P, Bourbeau J, Menzies D, Schwartzman K. Measurement of health preferences among patients with tuberculous infection and disease. Med Decision Making 2002 Sep-Oct; 22 (5 Suppl): 102-114.
106. Demiray R. Isparta'da tüberkülozun bazı epidemiyolojik özelliklerindeki değişimler. Tüberküloz ve Toraks dergisi 2000;48(3):219-226.
107. Şenyiğit A, Işık R, Coşkunsel N, Özateş M, Özbay B, Anık H. Akciğer Tüberkülozlu 441 vakanın retrospektif olarak incelenmesi. Solunum hastalıkları 1997;8(2):203-215.
108. Özbay B, Gencer M, ve ark. Tüberkülozlu olgularda sosyokültürel yapı. Tüberküloz ve Toraks 2001;49(2):246-251.
109. Karaoğlu L, Kurçer MA, Kaya M, ve ark. Malatya verem savaş dispanserinde yürütülen temaslı tespit ve muayene hizmetlerinin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003;10(4):183-186.
110. Çobanlı B, Acıcan T, Ayas G, Çakır M, Zeydan E. Akciğer tüberkülozlu 1026 olgunun klinik, bakteriyolojik, radyolojik ve tedavi yaklaşımları açısından değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks 1994;42 (4):252-6.
111. Diwan VK, Thorson A. Sex, gender, and tuberculosis. Lancet 1999; 353:1000-01.
112. Özkurt S, Türe M, Akdağ B. Denizli Verem Savaş Dispanserinde tedavileri sürmekte olan tüberkülozlu olguların retrospektif olarak değerlendirilmesi. XXI. Ulusal Türk Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongre Kitabı, ss 143-153, Ekim 1996, Marmaris.
113. Aghanwa HS, Erhabor GE. Demographic/socioeconomic factors in mental disorders associated with tuberculosis in Southwest Nigeria. Journal of Psychosomatic Research, 1998;45(4): 353-360.
114. Arınç S, Arınç B, Yıldız E, ve ark. Tüberkülozlu olguların sosyoekonomik özelliklerinin değerlendirilmesi. Klimik Dergisi. 2002;15(3):82-84.
115. Kolsuz M., Ersoy M., ve ark. Eskişehir delikli taş verem savaş dispanserinde kayıtlı akciğer tüberkülozu olgularının değerlendirilmesi. 2003;51(2):163-170.
116. Kıyak M, Günerhan Ö, Temiz S, Hacıoğlu S. İstanbul Küçük Çekmece'de tüberküloz çalışmalarının durumu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi . 2002;50(3):369-373.
117. Marra CA, Marra F, Cox VC, et al. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. Health and Quality of life Outcomes 2004;2:58-10.

118. TB Killing Poor Workers in Asia: WHO. World TB Day 2002 Manila, March 20.
119. Aydın H. Akciğer tüberkülozu olan hastaların hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Bilim Uzmanlığı tezi, Ankara, 1999.
120. Çalışır H, Açık M, Öğretensoy M, Ökten F. Tüberkülozlu olguların sosyal ve ekonomik koşulları. *Solumun Hastalıkları*, 1997;8 (4): 635-640.
121. Demiray R. Akciğer ve akciğer dışı organ tüberkülozunun klinik ve epidemiyolojik özelliklerinin karşılaştırılması. *Tüberküloz ve Toraks dergisi* 2002;50(2):264-271.
122. Kıter G, Coşkunol İ, Alptekin S. İzmir eşrefpaşa verem savaş dispanserinde ocak 1997-haziran 1998 döneminde kayıtlı tüberkülozlu hastaların değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks* 2000;48(4):333-339.
123. Gazioğlu K. Akciğer hastalıkları ders kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1991, ss 65-92.
124. Rajeswari R, Muniyandi M, Balasubramanian R, Narayanan PR. Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: a field report from south India. *Soc Sci Med.* 2005; 60(8):1845-53.
125. Kocabaş A, Akkaya T, Gidener S. Tüberkülozlu Hastalarda Tedaviye Uyumsuzluk Sorunu. *Tüberküloz ve Toraks* 1985; 33: 258-269.
126. Öztop A, Şirin Y, Oğuz VA, Çakmak R. Verem Savaş Dispanseri hizmet değerlendirme çalışması. *Tüberküloz ve Toraks* 2000; 48: 243-7.
127. Okutan O, Kartaloğlu Z, İlvan A, Bilgiç H. Akciğer tüberkülozlu hastaların asker hastanelerde izlenmesindeki sorunlar. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2003;45(4):383-386.
128. Özşahin SF, El R, Karacan Ö, Şahin E. SSK Ballıoğlu Sanatoryumunda 1992-1993 yıllarında izlenen tüberküloz olgularının retrospektif değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks* 1995;43(3):137-143.
129. Khan A, Walley J, Newell J, Imdad N. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. *Social Science & Medicine* 2000;50(2):247-254.
130. Atay T. Akciğer tüberkülozu olan hastaların tedavilerini uygulama durumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı tezi, Ankara, 1997.
131. Liefoghe R, Michiels N, Habib S, Moran MB, De Mynck A. Perception and social consequences of tuberculosis: a focus group study of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. *Soc Sci Med.* 1995;41(12):1685-92.

132. Erdem M, Taşcı N. Tüberküloz hastalarında benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003;51(2):171-176.
133. Özkan M. Genel tıpta depresyon. V.Ulusal Konsültasyon-lyezon psikiyatrisi kongre kitabı. İstanbul 21-23 Ekim 1998: 109-117.
134. Utkaner G, Büyükkşirin M, Yılmaz U, Yalnız E, Akpınar M, Bakır F. Tüberküloz olgularında kaygı (anksiyete) ve depresyon'un incelenmesi. *Tüberküloz ve Toraks*, 1997;45(3):199-204.
135. Trenton AJ, Currier GW. Treatment of Comorbid Tuberculosis and Depression. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2001;3(6):236-243
136. Doğan O, Kılıçalp Z, Erdoğan AR. Tüberkülozlularda bunaltı belirtileri ve depresyon. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 1992;40(4):264- 275
137. Gelder M, Gath D, Mayou R. *Psychiatry and Medicine. Oxford Textbook of Psychiatry* second edition. Oxford University pres, New York Melbourne. 1988: 407-477.
138. Yıldız M, Tural U, Kesepara C, Aydın M, Etuş H. Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal bozukluklar: Bir üniversite hastanesinde psikiyatri konsültasyon sonuçlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*. 2002;15(1):21-24.
139. Çetin İ, Bilici M, Bekaroğlu M, ve ark. Sağlık Ocaklarına başvuran hastalarda depresyon yaygınlığı ve depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. 35.Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu kitabı,ss 341-347, 6-12 Eylül 1999, Trabzon.
140. Mestçioğlu Ö, Aker T. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon Profili. 36. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, ss 166-170, 3-7 Ekim 2000, Antalya.
141. Yüksel İ. İşsizliğin Psiko-sosyal sonuçlarının incelenmesi (Ankara Örneği). *C.Ü.İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2003;4(2):21-38.
142. Dubovsky SL, Davies R, Dubovsky AN. Mood Disorders. In: Hales RE., Yudofsky SC.(Eds). *Textbook of Clinical Psychiatry Fourth Edition*. London, England 2003: 439-541.
143. Aydın İO, Uluşahin A. Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12. *General Hospital Psychiatry* 2001;23(2):77-83.
144. Tocque K, Bellis MA, Beeching NJ, et all. A case-control study of lifestyle risk factors associated with tuberculosis in Liverpool, North- West England. *Eur Respir J* 2001;18:959-964.

145. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, ve ark. Diabetes Mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(2):89-98.
146. Yaman G, Karan A, Erten N, Karan MA. Hastanede yatan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Klinik Gelişim* 2003;16: 41-46.
147. Erengin KH, Dedeoğlu N. Sağlığı Ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim* 1997;12(77): 11-16.
148. Güneyliloğlu D, Özşeker F, Bilgin S, ve ark. Sarkoidozun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52(1):31-37.
149. Akvardar Y. Alkol bağımlılığı ve yaşam kalitesi. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, s 11, 8-10 Nisan 2004, Ege Üniversitesi, İzmir.
150. Karamanoğlu AE, Harmancı H, Gürbüz Y, Akdaş A. Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler, 2000'li yıllarda sağlık hizmetleri ve kurumları yönetimi. *I.Ulusal Sağlık İdaresi Kongre kitabı*, ss 213-222, 20-21 Mayıs 2000, Ankara.
151. Tabak RS, Bidar A. Uzun süren hastalıklarda öğrenilmiş çaresizlik. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, s 91, 8-10 Nisan 2004, Ege Üniversitesi, İzmir.
152. Uzun Ö, Ceran A, Özşahin A. Depresyonda yaşam kalitesi: Depresyonun şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *35. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslar arası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu*, ss 143-146, 6-12 Eylül 1999, Trabzon.
153. Ay S, Güngör N, Özbaşaran F. Manisa Devlet Hastanesi Göğüs Kliniğinde yatan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, s 36, 8-10 Nisan 2004, Ege Üniversitesi, İzmir.
154. Altıparmak S, Eser E. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı*, s 37, 8-10 Nisan 2004, Ege Üniversitesi, İzmir.
155. Waaler HT. Tuberculosis and poverty. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6(9):745-746.

EKLER

**TÜBERKÜLOZLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, YAŞAM KALİTESİNİN
DEMOGRAFİK- SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLER VE DEPRESYONLA
İLİŞKİSİ**

I-KİŞİSEL BİLGİLER

1. **Cinsiyeti:** a.Kadın b. Erkek
2. **Yaşı?.....**
3. **Medeni durumu?** a.Bekar b. Evli c. Eşi ölmüş d. Eşinden ayrı
4. **Eğitim durumu?** a. Okur-Yazar değil b. Okur –Yazar
c. İlkokul d. Ortaokul e. Lise f. Üniversite
5. **Meslek durumu:** a. İşçi b.Çiftçi c. Serbest meslek d. Esnaf-tüccar- zanaatkar
e. Gündelik işler f. Memur g. Ev hanımı h. Çalışmaz ı.Emekli i. Diğer (.....)
6. **Aylık geliri?.....**
7. **Gelir durumu hakkındaki görüşü**
a. Gelirim giderimi karşılamıyor b. Gelirim giderime eşit c. Gelirim giderimden fazla
8. **Sağlık güvencesi:** a. Var b. Yok
9. **Şu anda yaşadığı yer:** a. İl b. İlçe c. Köy
10. **Aile yapısı:** a. Çekirdek b. Geniş c. Parçalanmış
11. **Yaşama durumu:** a. Yalnız b. Diğer aile bireyleriyle
12. **Konut tipi:** a. Apartman b. Gece kondu c. Müstakil
13. **Aile nüfusu.....**
14. **Geçmişte hastalık geçirip geçirmediği**
a. Evet (.....) b. Hayır
15. **Halen tüberküloz dışı hastalığı var mı?**
a. Evet (.....) b. Hayır
- 16-**Sigara ve/veya alkol kullanma durumu**
Sigara: a. Halen içiyor (Günde.....paket.....yıl)
b. Bıraktım (Günde.....paket.....yıl içmiş)
c. Hiç Kullanmamış
Alkol: a.Halen içiyor (Haftadakadeh.....yıl)
b.Bıraktım (Haftadakadeh.....yıl içmiş)
c. Hiç kullanmamış
17. **Günde kaç saat uyuyor?**
a. 4-6 saat b. 7-9 saat c. 9-11 saat d. 12+

II. HASTALIĞA İLİŞKİN SORULAR

1. Hastalığın sınıflandırılması

- Hastalığın tutulum yerine göre: a. Akciğer tüberkülozu b. Akciğer dışı tüberküloz

- Hastalığın süresi ve önceki tedavi öykülerine göre:

- a. Yeni olgu b. Nüks c. Tedavi başarısızlığından dönen olgu
d. Tedaviyi terkten dönen olgu e. Kronik olgu

2. Tedavi süresi:

- a. 6 ay b. 7-9 ay c. 10-12 ay d. 13-15 ay e. 16+

3. Tanı aldıkları kurumlar:

- a. VSD b. SSK c. Devlet hastanesi d. Kurum hastanesi e. Tıp Fakültesi
f. Özel doktor g. Göğüs hastalıkları hastanesi ğ. Askeri hastane h. Diğer

4. İlaçları kullanma durumu:

- a. Düzenli kullanan b. Düzensiz kullanan c. Hiç kullanmayan

5. Düzensiz ilaç kullanma nedenleri:

- a. İyileşme umudu yok b. Dispansere gelmek için yol parası yok
c. Verilen ilaçların yan etkileri fazla d. Hastalığı nedeniyle gelememe
e. Etraf söylentilerden çekindiği için (damgalanma, dışlanma korkusu)
f. Şikayetlerinin geçmesi, kendini iyi hissetme
g. Hastalık ve tedavisi hakkında dispanserde yeterli bilgi verilmemesi
h. Diğer.....

6. Tüberkülozlu olguların hastalıklarına tepkileri:

- a. Üzülme b. Kabullenememe c. Kabullenme d. Kadere bağlama
f. Umursamama e. Kızma g. Diğer

7. Ailede diğer tüberkülozlu varlığı ?

- a. Evet (Kimler.....)
b. Hayır

8. Aile dışı temas öyküsü var mı?

- a. Evet (Kimlerle.....)
b. Hayır

9. Hastalığın stressörle ilişkisi var mı?

- a. Evet (stressörün türü.....)
b. Hayır

10. Tüberküloz hakkında bilgisi var mı?

- a. Evet 1. Kulaktan dolma

- 2.Kaynaktan okuma
- 3.Sağlık personelinde bilgi alma
4. Diğere (.....)

b. Hayır

11. Hastalığı nasıl tanımlıyor?

- a. Ağır bir hastalık
- b. Hafif bir hastalık
- c. Bulaşıcı bir hastalık
- d. Ölümcül bir hastalık
- e. Tedavisi mümkün olan bir hastalık
- f. Tedavisi mümkün olmayan bir hastalık
- g. Diğere

12. Tüberküloz hayatını nasıl etkiledi?

- a. İçine kapanma
- b. Hayata boşvermişlik
- c. Alışkanlıklarını terk etme
- d. Kişiliğinde değişiklik
- e. İnsanlardan kaçma
- f. İşini kaybetme
- g. Alkole yönelme
- h. Uyku- iştah vb. alışkanlıklarında bozulma
- ı. Aileden kopma (eşinin terk etmesi vb.)
- i. Aile üyelerince hastanın reddi
- j. Yetersizlik duygusu, gelecekle ilgili kaygı
- k. Hastalık kendine güvende kayba sebep oldu mu?
- l. Cinsel problemler
- m. Damgalanma
- n. Hastalığın görünümünde değişiklik oluşturduğunu düşünüyor mu?
- o. Diğere.....

SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (The MOS 36 Item Short Form Health Survey)

AÇIKLAMA: Bu anket ile size sağlık durumunuz ve günlük aktiviteleriniz (işinizdeki, evinizdeki ve ev dışındaki) ile ilgili sorular sorulacaktır. Lütfen, her bir soru için size en uygun olan cevabın karşısındaki kutuya (X) işareti koyunuz. Eğer çeşitli nedenlerden dolayı anketi yalnız başınıza doldurmakta bir güçlükle karşılaşırsanız soruları size başka birinin okuması ve sizin de soruları cevaplamanız yolunu kullanabilirsiniz.

1. Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız ? (Lütfen sadece bir kutuyu işaretleyiniz).
 - 1 Mükemmel
 - 2 Çok iyi
 - 3 İyi
 - 4 Orta
 - 5 Kötü
2. Bir yıl önceki ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlık durumunuzu aşağıdakilerden hangisi ile ifade edersiniz ?
 - 1 Bir yıl öncekinden çok daha iyiyim
 - 2 Bir yıl öncekinden biraz daha iyiyim
 - 3 Hemen hemen aynı
 - 4 Bir yıl öncekinden biraz daha kötü
 - 5 Bir yıl öncekinden çok daha kötü

3a-j: Aşağıdaki sorular genellikle yaptığınız aktiviteler hakkındadır. Sağlık durumunuz bu aktiviteleri yapmanızı ne derece engellemektedir ?

	Evet çok Engelliyor	Evet biraz Engelliyor	Hayır hiç Engellemiyor
	1	2	3

- a. Koşma, ağır birşey kaldırma, ağır sporlarla uğraşma gibi ağır yorucu aktiviteler
- b. Masa, sandalye, sehpa gibi eşyaları yerinden hareket ettirmek ve elektrikli süpürge kullanmak gibi orta derecede yorucu aktiviteler
- c. Alışveriş çantası kaldırmak ve taşımak
- d. Bir kaç kat merdiven basamağı çıkmak
- e. Bir kat merdiven basamağı çıkmak
- f. Diz çökmek, öne ve arkaya doğru eğilmek
- g. 1.5 km.'den fazla yol yürümek
- h. 500 m. yürümek
- i. 100 m. yürümek
- j. Kendi kendine banyo yapmak ve giyinmek

4. a-d: **Son dört hafta içerisinde herhangi bir fiziksel problemden dolayı gerek işinizde gerekse günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?**

	Evet	Hayır
	1	2

- İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığımız **zamanda bir azalma oldu mu?**
- Yapmak istediklerinizden **daha azını mı gerçekleştirdiniz ?**
- İş ortamınızda ve günlük yaşamınızda yaptığımız diğer aktivitelerin **türlerinde bir azalma oldu mu ?**
- İşinizi ve diğer aktivitelerinizi yaparken bir **zorlanmayla karşılaştınız mı ?** (Örneğin, fazladan çaba gerektirdi mi ?)

5. a-c: **Son dört hafta içerisinde herhangi bir duygusal problemden dolayı (stres, gerilim, endişe gibi) gerek işinizde gerekse günlük aktivitelerinizde aşağıdaki sorunlardan herhangi biri ile karşılaştınız mı?**

	Evet	Hayır
	1	2

- İşiniz ve günlük aktiviteleriniz için ayırdığımız **zamanda bir azalma oldu mu?**
- Yapmak istediklerinizden **daha azını mı gerçekleştirdiniz?**
- İşinizi ve günlük aktivitelerinizi her zamanki kadar **dikkatli yapmadınız mı ?**

6. Son dört hafta içerisinde **fiziksel ve duygusal problemlerinizi** ailenizle, arkadaşlarımızla ve komşularımızla olan sosyal ilişkilerinizi ne düzeyde etkiledi ?A

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Hiç etkilemedi |
| 2 | Çok az etkiledi |
| 3 | Orta derecede etkiledi |
| 4 | Oldukça etkiledi |
| 5 | Çok fazla etkiledi |

7. Son dört hafta içerisinde **vücut ağrılarınız** oldu mu ?

- | | |
|---|-----------|
| 1 | Hiç |
| 2 | Çok hafif |
| 3 | Hafif |
| 4 | Orta |
| 5 | Ađýr |
| 6 | Çok ađýr |

8. Son dört hafta içerisinde **vücut ağrılarınız** normal ip ve günlük hayatınızdaki aktivitelerinizi (hem ev içinde hem de ev dışında) ne kadar etkiledi ?

- | | |
|---|--------------|
| 1 | Hiç |
| 2 | Biraz |
| 3 | Orta düzeyde |
| 4 | Oldukça |
| 5 | Çok fazla |

9a-i: Aşağıdaki sorular sizin son dört hafta içerisindeki genel durumunuzla ilgilidir.

Her zaman	Çoğu zaman	Genellikle	Bazen	Çok az zaman	Hiç bir zaman
1	2	3	4	5	6

- Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi canlı, hayat dolu hissettiniz?
- Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile çok sınırlı idiniz?
- Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile hiçbirşeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kötü hissettiniz?
- Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile sakin, soğukkanlı ve huzur içerisindeydiniz?
- Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi enerji dolu hissettiniz?
- Son dört hafta içerisinde ne kadar süre ile kendinizi üzgün ve sıkıntılı hissettiniz?
- Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi bitkin hissettiniz?
- Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi mutlu hissettiniz ?
- Son dört hafta içerisinde ne kadar süreyle kendinizi yorgun hissettiniz ?

10. Son dört hafta içerisinde **fiziksel veya duygusal problemlerinizi** arkadaş ve akraba ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne kadar süreyle etkiledi ?

1	Her zaman
2	Çoğu zaman
3	Bazen
4	Çok az zaman
5	Hiçbir zaman

11 a-d: Lütfen aşağıdaki ifadelerde sizi en iyi şekilde tanımlayanı işaretleyiniz.

Kesinlikle doğru	Büyük ölçüde doğru	Bilmiyorum	Büyük ölçüde yanlış	Kesinlikle yanlış
1	2	3	4	5

- Başkalarıyla karşılaştırıldığında daha kolay hasta oluyorum.
- En az bildiğim diğer insanlar kadar sağlıklıyım.
- Sağlık durumumun kötüye gideceğini sanıyorum
- Sağlık durumumun mükemmel olduğunu düşünüyorum

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum
b) Kendimi üzgün hissediyorum
c) Herzaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2. a) Gelecekte umutsuz değilim
b) Gelecek konusunda umutsuzum
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda pek çok başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c) Artık hiç birşeyden gerçek zevk alamıyorum
d) Beni doyuran hiç birşey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d) Kendimi heran için suçlu hissediyorum
6. a) Cezalandırılmış gibi duygular içinde değilim
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum

7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d) Kendimden nefret ediyorum
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
c) Şimdilerde her an ağlıyorum
d) Eskisen ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam
b) Her zamankinden biraz daha tedirginim
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğini kaybetmiş gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü
d) Artık Hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

ÖZGEÇMİŞ

1971 yılında Ankara’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 1991 yılında kayıt yaptırdığı Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek okulu’ndan 1995 yılında üçüncülükle mezun oldu. 1998 yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Programına başladı. Ağustos 2000’de “ Kayseri Kentsel kesiminde 7-12 yaş arası çocuklarda enüresiz nokturna, kekemelik ve tik görülme sıklığı” adlı teziyle yüksek lisans programını tamamladı.

Temmuz 2001 tarihinde Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’na öğretim görevlisi, Kasım 2001’de ise müdür yardımcısı olarak atandı. Halen aynı görevi sürdürmektedir.