

TÜBERKÜLOZ OLGULARINDA HASTALIĞIN ALGILANMASI VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Zehra ARIKAN*, Aslı Çepik KURUOĞLU*, Nuket BELER*, Nursen ORAL*
Numan Nadrır EKİM**, Oğuz KOKTURK**, Ender LEVENT**

ÖZET

Amaç: Tuberkuloz ülkemizde halen önemini koruyan bir enfeksiyon ve ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Bu hastalarda, hastalığın kabulü ve algılanma biçimi gibi etkenlerin de rol oynadığı tedavide uyum güçlükleri sık görülmekte ve tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinin hastalığın kontrolünde önemli olduğu düşünülmektedir. **Yöntem:** Bu amaçla, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve Ankara Atatürk Sanatorium Hastanesinde yatarak tedavi gören 50 hasta çalışmaya alınmıştır. Bireysel psikiyatrik görüşmeler sonrası, hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıklarını yorumlama biçimlerini değerlendirmeye yönelik bir anket formu ile MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) uygulanmıştır. **Bulgular:** Kişilik özellikleri dışında, hastaların kabulünde kültürel özellikler belirgindir. **Sonuç:** Tuberkuloz olgularında hastalığın algılanması ve kronik hastalığa uyum

sağlanmasında kişilik özellikleri dışında kültürel etkenlerin rolü önemlidir.

Anahtar Sözcükler : Tuberkuloz, kişilik özellikleri, tedaviye uyum

Perception of Illness and Personality Features in Tuberculosis Patients.

SUMMARY

Object: Tuberculosis can still be considered as one of the most significant infectious and public health problems in our country. Evaluation of contributing factors to the problem of compliance, such as the correct appraisal of the disease, seems to be important for disease control. **Method:** To analyse these factors, we studied 50 inpatients of the Pulmonary Medicine Department of Gazi University Faculty of Medicine and Ankara Atatürk Sanatorium Hospital. All patients underwent a psychiatric examination. They were consequently assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), as well as a questionnaire to evaluate the sociocultural variables and the

* Prof. Dr., Yrd. Doç. Dr., Dr., Psik., GÜTF Psikiyatri ABD

** Prof. Dr., Doç. Dr., Dr., GÜTF Göğüs Hastalıkları ABD

patients' interpretation of their own disease. **Results:** Apart from the personality traits, cultural factors seem to be operative in 64% of the patients in the recognition of the diagnosis. **Conclusion:** It is postulated that, the perception of the diagnosis and adaptation to a chronic disease are largely affected by the cultural factors.

Key words: Tuberculosis, persponality traits, compliance

GİRİŞ

Günümüzde halen önemini koruyan ve kişinin bireysel sağlığını etkilemesi dışında bulaşıcı olması nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olan tüberkülozla mücadelenin başarısı hastalığın görülme sıklığındaki düşmeyle anlaşılmaktadır. Bu da bir yandan etkin tedavi yöntemlerinin bulunması ve bu yöntemlerin hastalara ulaştırılması öte yandan ise toplumun ve tedavi ekibinin bilinçlendirilmesi ile mümkündür. Özellikle toplumdaki sağlıklı kişilere bulaşmasını önleyebilmek açısından, hastaların tedavisi ve eğitimi öncelikli olmak durumundadır. Bu nedenle bu hastaların tedaviye uyumunda ortaya çıkan güçlükler kişisel sağlığı olumsuz yönde etkilemek ve dirençli olgulara yol açmak dışında sağlıklı kişiler için de risk faktörü oluşturmaktadır. Nitekim Amerika Birleşik Devletleri'nde 1991 yılında tüberküloz hastalığının tedavisi, önlenmesi ve bu konudaki araştırmalar gibi doğrudan hastalıkla ilgili olarak harcanan 703.1 milyon doların %14'ünün koruyucu hizmetlere ayrıldığı bilinmektedir (Brown ve ark. 1995).

Tüberküloza karşı yürütülen kampanya ve koruyucu aşılama programlarının etkisiyle görülme sıklığı geçmişe göre düşme gösterse de özellikle son yıllarda bu düşüşün en azından durduğuna ve bazı ülkelerde de arttığına dair veriler vardır (Zolopa ve ark. 1994, Frieden ve ark. 1995, Mantagni ve ark. 1995). Cantwell ve ark. (1994),

1985-1992 yıllarında görülen tüberküloz bildirimlerindeki artışın etnik azınlıklarda, 25-44 yaşları arasında, erkeklerde ve yabancı ülkede doğanlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu dönemde 4 yaşından küçük çocuklarda %36 oranında artış gösteren tüberküloz olgularının da akut enfeksiyon olduğunu ileri sürmüştür. Frieden ve ark. ise (1995), 1992-1994 yılları arasında tüberküloz bildirimlerindeki azalmanın daha çok akut enfeksiyonların azalmasından kaynaklandığını, ancak yaşlılarda ve başka ülkelerden göç edenlerde yani reaktivasyon olgularında artış olduğunu ileri sürmektedir.

Tüberküloz olgularının tedaviye uyumunu etkilediği öne sürülen birçok değişken vardır. Kimerling ve Petri (1995), tedaviyi bırakanların %68'inin düşük sosyoekonomik gruba ait olduğunu ve kadınlarla kıyaslandığında erkeklerde tedaviyi bırakma oranının daha yüksek olduğunu ileri sürmüştür. Yine bu hastalarda görülen ilaç ve madde kullanım bozuklukları ile bunların dışındaki psikiyatrik bozukluklar da tedavi uyumunu etkilemektedir (Landesman 1993, Bayer ve ark. 1993). Çeşitli nedenlerle tedaviye gelmeyen hastalara evlerinde ulaşmak yoluyla %81'inin tedaviye katılımı sağlanabilmektedir (Kimerling ve Petri 1995).

Ülkemizde ise bu hastalığın epidemiyolojisi, kültüre özgü risk faktörleri ve tedavi başarısını etkileyen değişkenler bilinmemektedir. Hastalıkla mücadele aşamasında en az etkin farmakolojik girişimler kadar önemli olmak üzere hastaların kişilik özellikleri, hastalığın algılanışı ve toplumsal yargılar gibi tedavi uyumunu etkilediği öne sürülen kültüre özgü etkenlerin de tartışılması gerekmektedir. Bu çalışmada da Türk toplumunda tüberküloz hastalarının hastalıklarını algılayışı ve tedavi işbirliklerini etkileyen faktörlerin ve bu yolla hastalıkla başa çıkmada kullanılabilecek yöntemlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

1995-1996 yıllarında GÜTF Göğüs Hastalıkları AD ve Ankara Atatürk Senatoryum Hastanesinde tüberküloz nedeniyle yatarak tedavi gören 40 erkek, 10 kadın hasta çalışmaya alınmıştır. Tüberküloz tanısı klinik, radyolojik ve bakteriyolojik incelemeler sonucunda konulmuştur. Çalışmaya katılmayı reddedenler ile hastalık algısını etkileyeceği düşüncesiyle eşlik eden diğer kronik hastalıklar ve malignitesi olanlar çalışma dışı bırakılmışlardır.

Hastalar bir psikiyatrist tarafından öncelikle bireysel psikiyatrik görüşmelere alınmış ve DSM-IV ölçütlerine göre tanıya yönelik değerlendirmeler yapılmıştır. Aynı görüşmede, sosyodemografik veriler, hastalığın algılanışı ve hastalığa verilen tepkileri içeren bir anket formu yüz yüze görüşme tekniğiyle doldurulmuştur. Yine görüşme yapıldığı gün hastaların kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik olan ve 566 sorudan oluşan Minnesota Çokyönlü Kişilik Envanteri (MMPI) uygulanmıştır. MMPI değerlendirmeleri ise uzman psikolog tarafından yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS istatistik programı kullanılmıştır.

Tablo I: Sosyodemografik Veriler

	Kadın (%) n=10	Erkek (%) n=40	Toplam (%) n=50
Yaş Ortalaması	30.1 (±9.52)	36.7 (±12.44)	35.8 (±12.12)
Eğitim Durumu			
Okur-yazar değil	-	4 (8)	4 (8)
İlkokul mezunu	3 (6)	19 (38)	22 (44)
Ortaokul mezunu	1 (2)	3 (6)	4 (8)
Lise mezunu	3 (6)	12 (24)	15 (30)
Üniversite mezunu	3 (6)	2 (4)	5 (10)
Meslek			
İşsiz	5 (10)	5 (10)	10 (20)
İşçi, memur	4 (8)	14 (28)	18 (36)
Serbest meslek	-	15 (30)	15 (30)
Öğrenci	-	2 (4)	2 (4)
Emekli	1 (2)	4 (8)	5 (10)
Gelir Düzeyi			
< Asgari Ücret (AÜ)	1 (2)	4 (8)	5 (10)
AÜ-2 AÜ	3 (6)	11 (22)	14 (28)
3 AÜ-4 AÜ	4 (8)	14 (28)	18 (36)
>4 AÜ	2 (4)	11 (22)	13 (26)
Yaşanılan Yer			
Köy	-	10 (20)	10 (20)
Köyden kente göç	3 (6)	24 (48)	27 (54)
Kent	7 (14)	6 (12)	13 (26)
Aile Yapısı			
Çekirdek	8 (16)	26 (52)	34 (68)
Geniş	2 (4)	14 (28)	16 (32)

Bulgular

1. Sosyokültürel Değişkenler

Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalamaları, eğitimleri, meslekleri ve aile yapıları gibi sosyodemografik özellikleri Tablo I'de gösterilmiştir. Erkeklerde yaş ortalaması kadınlardan daha yüksek olmakla birlikte, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi ($p>0.05$). Eğitim durumlarına bakıldığında hastaların çoğu ilköğretim (%44) ile lise ve dengi okullardan (%30) mezun iken, %8'inin okuma yazması yoktu. Yine %36 ile işçi ya da memur gibi herhangi bir sosyal güvencesi olan meslekler yoğunlukta iken, hastaların %20'si işsiz, %10'u emekli, %30'u ise serbest meslek sahibiydi. Meslek dağılımlarına paralel olarak hastaların %10'u asgari ücretin altında, %26'sı ise asgari ücretin 4 katından fazla aylık gelir düzeyine sahipti. %64'u ise asgari ücret ve 4 katı arasında aylık gelir bildirmişlerdi. Tüm hastaların %20'si halen koyde, %26'sı ise en az bir önceki nesilden itibaren

kentlerde yaşıyordu. Kalan %54 oranındaki grup ise köyden kente göç ederek halen geçmekteydi (%24) ya da apartman dairelerinde (%30) yaşamlarını sürdürüyorlardı. Yine hastaların %68'i çekirdek, %32'si ise geniş aileler şeklinde yaşıyorlardı.

2. Hastalık Özellikleri

Hasstalığın ortalama başlangıç yaşı (Tablo II) kadınlarda 27.4 (15-41), erkeklerde ise 34.7 (15-63) olup, her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Araştırmaya alınan hastaların %72'sinde daha öncesine ait tüberküloz öyküsü yokken, %28'inin ikinci atağıydı. Hastaların %20'si halen seyrek olarak alkol kullandığını belirtirken, DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol kötü kullanımı ya da bağımlılığı dışında (%12) eşlik eden psikiyatrik tanı yoktu. Alkol kullanımı ile epizod sayısı ya da hastalığa verilen tepkiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo II: Klinik Veriler

	Kadın (%) n=10	Erkek (%) n=40	Toplam (%) n=50
Başlama Yaşı	27.4 (±9.06)	34.65 (±13.33)	33.2 (±12.84)
Epizod Sayısı			
1	8 (16)	28 (56)	36 (72)
2	2 (4)	12 (24)	14 (28)
İlk Tepki			
Kaygı, Utanç	4 (8)	9 (18)	13 (26)
Olum Korkusu	2 (4)	6 (12)	8 (16)
Şaşkınlık, ofke	3 (6)	3 (6)	6 (12)
Sevinç	-	4 (8)	4 (8)
Diğerleri	1 (2)	18 (36)	19 (38)
Tutum			
Kimseye Soylememe	3 (6)	9 (18)	12 (24)
Gerekli Kişilere Soyleme	2 (4)	8 (16)	10 (20)
Belirli Kişilere Soyleme	1 (2)	7 (14)	8 (16)
Herkese Soyleme	4 (8)	16 (32)	20 (40)

Hastaların %26'sı tüberküloz tanısını ilk kez öğrendikleri zaman böyle bir hastalığa yakanmayı kendilerine yakıştıramadıkları için utanç ve toplum dışına itilme kaygısı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Tedavisi güç ya da olanaksız bir hastalık olduğu düşüncesi ile ölüm korkusu yaşayanlar ise hastaların %16'sını oluşturuyordu. %12'si hastalıklarını ilk öğrendiklerinde "neden ben ya da nereden yakanmış olabilirim" gibi düşüncelerle şaşkınlık ve öfke duyduklarını, %8'i ise kanser gibi daha kötü bir hastalık olmadığı için sevindiklerini belirtmişlerdir. Bu grupların dışında kalan %38'i ise "diğer hastalıklar gibi bunun da Allah'tan geldiğini" düşünmekteydiler ve hastalıkla ilgili herhangi bir duygulanım belirtmediler. Yine bu tepkilere paralel olarak hastaların %24'ü aldıkları tanıyı birinci derece yakınları dışında kimseye söyleyemediklerini, %20'si gerekli olan kişilere (amirlerine ya da sosyal yaşamda zorunlu kaldıklarında), %16'sı birlikte yaşadığı için korunması gereken kişilere, %40'ı ise herkese söylediklerini belirtmişlerdir.

Hastalığa verilen tepkinin diğer değişkenler ile ilişkisini değerlendirmek için yapılan istatistiksel testlerde cinsiyet farkı, hastalığa verilen emosyonel tepki ve geliştirilen tutum üzerinde etkili bulunmadı ($p>0.05$). Yine hastaların eğitimleri ve ekonomik durumları da hastalığa verilen tepki ve tutum üzerinde etkili değildi ($p>0.05$). Ancak hastalığa verilen tepki ile aile yapısı ($p<0.01$) ve tutum ($p<0.01$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu anlamlılık özellikle hastalık karşısında herhangi bir duygusal tepki belirtmeyen, "diğer hastalıklar gibi bunun da Allah'tan geldiğini" düşünen gruptan kaynaklanıyordu. Daha çok geniş ailelerden oluşan bu grupta hastalığı herkese söyleyebilenler çoğunlukta idi.

3. MMPI Profileri

Hastaların kişilik profillerini değerlendirmeye yönelik olarak MMPI uygulanmıştır. Erkek ve

kadın hastalarda alınan ortak profillerde herhangi bir major psikopatoloji saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, diğer skalalarla karşılaştırıldığında erkeklerde göreceli olarak histeri ve hipokondriasis skalalarında, kadınlarda ise depresyon skalasında yükselme ve savunucu özellikler gözlenmiştir.

Tartışma

1981 yılına ait kayıtlarla yaptığı değerlendirmede Mantagni, kalabalık ailelerde ve göç eden gruplarda tüberküloz bildirimlerinin arttığını ancak bu artışın sosyal sınıfla ya da işsizlik oranıyla ilgisi olmadığını, 1981-1991 yılları arasındaki artışın ise işsizlik oranının yükselmesiyle bağlantılı olduğu ileri sürmektedir (Mantagni ve ark. 1995). Türk toplumunda ise tüberküloz epidemiyolojisi ve risk faktörleri tam olarak anlaşılabilmiş değildir. Bu çalışmanın kapsamı içerisinde olmamakla birlikte hastaların yalnızca %5'inin üniversite mezunu olması, %74'ünün asgari ücretin 4 katı ya da daha düşük aylık gelir düzeyine sahip olmaları ve yine %74'ünün kır kökenli olması, hastalığın toplumumuzda daha çok düşük/orta sosyoekonomik düzeyde görüldüğünü göstermektedir. Bu bulgu, batı toplumlarında evsizlerde ya da göç eden azınlıklar gruplarında tüberküloz olgularının daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalarla paralellik göstermektedir (Barclay ve ark. 1995, McQuiston ve ark. 1997).

Bu çalışmada değerlendirilen olguların hastalığa verdikleri tepkiler ile hastalık karşısındaki tutumları ise kendi kültürümüze özgü ilginç sonuçlar içermektedir. Hastaların %16'sının tüberkülozu "tedavisi zor ya da olanaksız bir hastalık" olarak tanımlarken %26'sının bu hastalıktan dolayı utanç yaşamaları, öncelikle hastalığın yeterince tanınmadığını düşündürmektedir. Hastalığın tanınmaması ise ölümcül olduğu gibi yanlış bilgilere, umutsuzluk, çaresizlik gibi duygulara yol açması dışında tedavinin sürdürülmesini de engelleyebilmektedir.

Nitekim tuberkuloz tedavisinde ortaya çıkan gecikmelerin depresyon ya da çaresizlik duyguları ile ilişkili olduğu ve eşlik eden psikiyatrik tanılarının varlığı ile eksik kalmış tedavilerin dirençli olgulara yol açtığı ileri sürülmektedir (Barclay ve ark 1995, Westaway ve Wolmarans, La Raja ve ark 1997) Yine, hastalığın çevre tarafından tehlikeli, utanılacak bir durum olarak algılanacağı düşüncesiyle, hastaların %26'sı toplum dışına itileceği kaygısı yaşamakta ve hastalık nedeniyle utanç duyduklarını belirtmektedir. Bu kaygı, gerçek toplumsal düşüncenin bir izdüşümü olabileceği gibi, hastaların yanlış ve yanlış yorumlarına da bağlı olabilir. Ancak her iki durumda da bu düşünce, hastalığın olabildiğince gizlenmesine neden olmaktadır. Nitekim hastaların %60'ı hastalıklarını başkalarıyla paylaşma konusunda güçlük çekmekte ve mutlak gereklilik durumları dışında duyulmasından kaçınmaktadır. İlginç olarak hastaların %38'i hastalığı kadercı bir anlayışla kabullenmekte ve tuberkulozla ilgili herhangi bir emosyonel tepki tanımlamamaktadır. Bu gruba göre tuberkuloz da "diğer tüm hastalıklar gibi Allah tarafından onlara verilen" ve kabullenilmesi gereken bir durumdur. Bir nedenseleştirme düzeneği olarak da tanımlanabilecek bu kadercı yaklaşım ise, bir yandan birçok hastalığın tedavisi için oncul koşullardan biri olan hastalığın kabulünde etkili gibi görünmekte öte yandan ise tedavi sorumluluğu ve hastalık kontrolünü hekim ve hasta dışına odaklayabilmektedir.

Kadercı tutum ve toplumsal dışlanma kaygısı gibi hastalığın algılanmasını etkileyen bu kültürel özellikler çalışmaya alınan hastaların %64'ünde gözlenirken, alkol kötü kullanımı ve bağımlılığı (%12) dışında major psikiyatrik hastalık tespit edilmemiştir. Tuberkulozlu hastalarda görülen psikiyatrik hastalıklar ve kişilik özellikleri konusunda çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu ya da depresyon (Aghanwa ve Erhabor 1998, Utkaner G ve ark 1997) ile şizoid,

psikopatik ve norotik özellikler olduğunu ileri süren çalışmalar dışında (Zamanı ve ark 1995), herhangi bir kişilik patolojisi olmadığı da bildirilmektedir (Onen ve ark 1993, Segraves 1971) Bu çalışmada da DSM-IV'e göre yürütülen tanı görüşmeleri ve MMPI sonuçlarına göre hastalarda belirgin psikopatoloji ya da tuberkuloza özgü kişilik profili gösterilemezken, diğer skalalarla karşılaştırma sonucu ortaya çıkan depresyon, histeri ve hipokondriasis skalalarındaki göreceli yükselme ise tuberkuloza özgü olmayıp kronik gıdıışlı diğer hastalıklarda da görülebilmekte, bedensel belirtilerin tüm kültürlerde bakım, sevgi ile ilgi aramanın güçlü bir yolu olarak kabul edildiği bilinmektedir (Westaway ve Wolmarans 1992)

Sonuç olarak bu çalışmada hastalığa özgü olarak yorumlanabilecek herhangi bir psikopatoloji bulunmamıştır. Ancak toplumumuzda hastalığın halen yeterince tanınmaması hastalık hakkındaki olumsuz yargıları desteklemekte, etkin tedavi mümkün olduğu halde hastalarda umutsuzluk yaratmakta ve dışlanma kaygısına neden olmaktadır. Uzun süreli tedavi gerektiren diğer hastalıklarda olduğu gibi, bu tıp bilişsel yanlış yüklemelerin, hastaların tedaviden kopmasına ve bulaşıcı hastalıklar için yayılımın artmasına yol açabildiği bilinmektedir. Bu nedenle tuberkulozla etkin bir mücadele yürütülebilmesi için hastanın psikososyal koşulları gözönüne alınarak, öncelikle hastalığın özellikleri, seyri ve tedavisinin gerçekçisi bir dille anlatımı ve tedavi motivasyonunun desteklenmesi oldukça önemli görünmektedir. Tüm bu bilgilendirici ve motivasyonel yaklaşımlara rağmen çeşitli nedenlerle tedavi uyumu bozuk olan hastaların ise yapılandırılmış bir program çerçevesinde ele alınması, bu amaçla hastalara evlerinde ulaşılması ve tedavi olanaklarının tekrar sunulması ile gerekli durumlarda psikiyatrik değerlendirmeler yardımıyla multidisipliner girişim hastanın tedavi sistemiyle entegrasyonu kolaylaştıracaktır.

KAYNAKÇA

Aghanwa HS, Erhabor GE (1998) Demographic/Socioeconomic Factors in Mental Disorders Associated with Tuberculosis in Southwest Nigeria J Psychosom Res, 45 353-60

Barclay DM 3rd, Richardson JP, Fredman L (1995) Tuberculosis in the Homeless Arch Fam Med, 4 541-6

Bayer R, Dubler NN, Landesman S (1993) The Dual Epidemics of Tuberculosis and AIDS Ethical and Policy Issues in Screening and Treatment Am J Public Health, 83 649-54

Brown RE, Miller B, Taylor WR ve ark (1995) Health-Care Expenditures for Tuberculosis in the United States Arch Int Med, 155 1595-1600

Cantwell MF, Snyder DE, Cauthen GM ve ark (1994) Epidemiology of Tuberculosis in the United States, 1985 through 1992 JAMA, 272 535-539

Frieden TR, Fujiwara PI, Washko RM ve ark (1995) Tuberculosis in New-York City-Turning the Tide N Engl J Med, 333 229-233

Kimerling ME, Petri L (1995) Tracing as Part of Tuberculosis Control in a Rural Cambodian District During 1992 Tuber Lung Dis, 76 156-159

La Raja M, Screm C, Talmassons G ve ark (1997) Antituberculosis Drug-Resistance Surveillance as a Tool For Tuberculosis Control Programmes A Retrospective Study Monaldi Arch Chest Dis, 52 450-4

Landesman SH (1993) Commentary Tuberculosis in New-York City-the consequences and Lessons of Failure Am J Public Health 83 766-768

Mantagni P, Jolley DJ, Watson JM ve ark (1995) Socioeconomic Deprivation and Notification Rates for Tuberculosis in London During 1982-91 BMJ, 310 963-966

McQuiston HL, Colson P, Yankowitz R ve ark (1997) Tuberculosis Infection Among People with Severe Mental Illness Psychiatr Serv, 48 833-5

Onen R, Kaptanoğlu C, Baysal ZB ve ark (1993) Akciğer Tuberkulozu Olan Bir Grup Hastada Kişilik Özellikleri, Sosyal Uyum ve Ruhsal Belirti Dağılımı Solunum Hastalıkları, 4 97-102

Segraves RT (1971) Personality and Family History of Disease Brit J Psychiatry, 119 197-198

Utkaner G, Büyükşirin M, Yılmaz U ve ark (1997) Tuberkuloz Olgularında Kaygı (anksiyete) ve Depresyonun İncelenmesi Tuberkuloz ve Toraks 45 199-204

Westaway MS, Wolmarans L (1992) Depression and Self-Esteem Rapid Screening for Depression in Black, Low Literacy, hospitalized Tuberculosis Patients Soc Sci Med 35 1311-1315

Zamanı A, Aşkın R, Godeneli B ve ark (1995) Akciğer Tuberkulozlu Olgularda Minnesota Çok Yonlu Kişilik Envanteri (MMPI) ile Belirlenebilen Kişilik Özellikleri Tuberkuloz ve Toraks, 43 21-23

Zolopa AR, Hahn JA, Gorter R ve ark (1994) HIV and Tuberculosis Infection in San Francisco's Homeless Adults Prevalence and Risk Factors in a Representative Sample JAMA, 272 455-461