

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ - CERRAHPAŞA
ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DANIŞMAN
PROF. DR. ERDİNÇ ÖZTÜRK

HIV TANISI ALMIŞ HETEROSEKSÜEL VE HOMOSEKSÜEL ERKEKLERİN
PSİKOSOSYAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSK. YAKUP IŞIK
İSTANBUL, 2019

İstanbul, 26 Haziran 2019

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 36. maddesi uyarınca Enstitünüz Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nın yüksek lisans öğrencisi Yakup IŞIK'ın

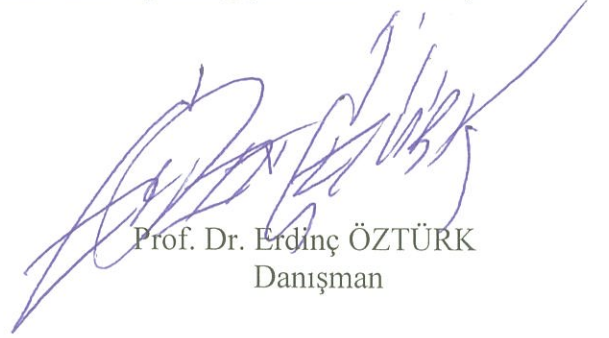
"HIV Tanısı Almış Heteroseksüel Ve Homoseksüel Erkeklerin Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi"

Adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır.

Yukarıda adı geçen tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.



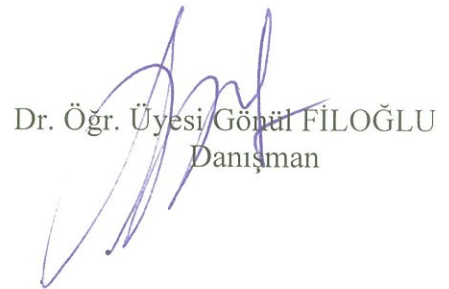
Doç. Dr. Neylan ZİYALAR
Jüri Başkanı



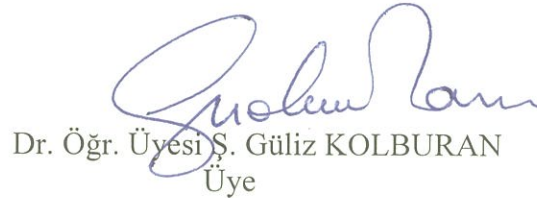
Prof. Dr. Erdiñç ÖZTÜRK
Danışman



Prof. Dr. Ü. Naci GÜNDOĞMUŞ
Üye



Dr. Öğr. Üyesi Gönül FİLOĞLU
Danışman



Dr. Öğr. Üyesi S. Güliz KOLBURAN
Üye

ÖNSÖZ

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak yürütülmüştür.

Bu araştırmaya olanak sağladığı için Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü müdürü Prof. Dr. Faruk Aşçıoğlu'na,

Araştırma boyunca yanımda olan, akademik önerilerde bulunan, hiçbir şekilde bilimsel desteğini esirgemeyen çok değerli, sabırlı danışmanım ve hocam, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Erdinç Öztürk'e,

Her daim desteğini ve sevgisini yüreğimde hissettiğim ve kendisini tanıdığım için derin bir şekilde mutlu olduğum çok sevgili, çok sevilen dostum Kerem Öktem'e,

Bu süreçte motive edici desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Fatma Betül Demir, Zehra İpek ve Karel Bensusan'a,

Tez sürecinde değerli önerilerde bulunan Uzm. Psk. Görkem Derin'e,

Bu araştırmayı gerçekleştirme fırsatı sunan Pozitif Yaşam Derneği çalışanlarına, araştırmaya gönüllü olarak katılarak araştırmayı mümkün kılan çok değerli katılımcılara,

Sonsuz şükranlarımı sunuyorum.

Yakup IŞIK

İstanbul

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	İ
İÇİNDEKİLER	İİ
TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ.....	V
KISALTMALAR.....	X
ÖZET	Xİİ
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1.HIV ENFEKSİYONU	10
2.1.1. HIV'in türleri	11
2.1.2. HIV'in transmisyonu	12
2.1.2.1. Cinsel ilişki yoluyla enfeksiyon.....	12
2.1.2.2. Anneden bebeğe enfeksiyon	12
2.1.2.3. Kan ve kan ürünleri yoluyla enfeksiyon	13
2.1.3. HIV/AIDS tanısı için yapılan tarama ve tamamlayıcı testler	13
2.1.4. HIV tedavi.....	14
2.1.5. HIV'den AIDS evresine.....	15
2.1.5.1. Serokonversiyon (Akut) evresi	15
2.1.5.2. Kronik evre	16
2.1.5.3. AIDS evresi.....	17
2.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE HIV/AIDS	18
2.2.1. Dünyada HIV/AIDS öyküsü.....	18
2.2.2. İnsan hakları bağlamında HIV/AIDS ve uluslararası gelişmeler.....	23
2.2.2.1. Denver İlkeleri (The Denver Principles) 1983.....	29

2.2.2.2. 90-90-90 UNAIDS (UNAIDS, 2014).....	30
2.2.3. Türkiye’de HIV/AIDS	31
2.2.3.1. Türkiye’de HIV/AIDS ile ilgili yapılmış bazı çalışmalar.....	34
2.2.4. HIV/AIDS yasal düzenlemeler ve hak ihlalleri	38
2.2.4.1. Sağlık alanındaki hak ihlalleri	39
2.2.4.2. Eğitim alanındaki hak ihlalleri.....	41
2.2.4.3. Çalışma alanındaki hak ihlalleri.....	42
2.2.4.4. Sosyal alandaki hak ihlalleri	44
2.4. PSİKOSOSYAL DURUM.....	45
2.4.1. Depresyon	45
2.4.1.1 DSM-5’te depresif bozukluklar ve HIV/AIDS	51
2.4.2. Anksiyete	58
2.4.2.1. DSM-5’te anksiyete bozuklukları ve HIV/AIDS.....	60
2.4.3. Çocukluk çağı travmaları ve HIV/AIDS.....	64
2.4.4. Dissosiyatif bozukluklar ve HIV/AIDS	71
2.4.5. Benlik saygısı ve HIV/AIDS	77
2.4.6. Damgalama ve ayrımcılık	82
2.4.7. Cinsel yönelim	85
2.4.7.1.Homoseksüellik.....	87
2.4.7.2. Heteroseksüellik.....	88
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	89
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	89
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	89
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	90
3.3.1. Sosyodemografik ve HIV öyküsü formu	90

3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği	91
3.3.3. Sürekli Anksiyete Ölçeği	91
3.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	91
3.3.5. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	92
3.3.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu	92
3.4. UYGULAMA.....	92
4. BULGULAR.....	94
5. TARTIŞMA	140
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	148
7. KAYNAKÇA.....	154
8. EKLER.....	188
8.1. EK 1: AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜLÜK FORMU	188
EK. 2: SOSYO-DEMOGRAFİK VE HIV ÖYKÜSÜ FORMU	188
EK. 3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	189
EK. 4: SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	192
EK. 5: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ.....	193
EK. 6: DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ.....	193
EK. 7. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ, BENLİK SAYGISI ALT BOYUTU	196
EK. 8: ETİK KURUL ONAYI	199
EK. 9: DERNEK İZİN	
9. ÖZGEÇMİŞ	203

TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo I: Sosyo-demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Dağılımları	95
Tablo II: Katılımcıların İş ile ilgili Sosyo-demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Dağılımları	96
Tablo III: Cinsel Yönelim Nedeniyle Ayrımcılığa Maruz Kalan ve Kalmayan Homoseksüel Kişilerin Frekans ve Yüzde Dağılımları	97
Tablo IV. En Az Bir Dissosiyatif Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcıların Frekans ve Yüzde Dağılımları	97
Tablo V: HIV öyküsüne İlişkin Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Dağılımları	98
Tablo VI. İlaç Kullanımına İlişkin Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Dağılımları	100
Tablo VII: Yaş ile İlgili Değişkenler için Betimleyici İstatistikler	101
Tablo VIII: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri	102
Tablo IX: Araştırmada Kullanılan Ölçekler için İç Tutarlılık Katsayıları	103
Tablo X: Toplam Puanlar Arası Korelasyon Analizi Sonuçları	104
Tablo XI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Medeni Durum Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	106
Tablo XII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının Medeni Durum Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	106
Tablo XIII: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının Medeni Durum Demografik Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	107
Tablo XIV: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının Demografik Değişken Medeni Durum Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	107
Tablo XV: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının Medeni Durum Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	108

Tablo XVI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	108
Tablo XVII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim ile ilgili Değişkenleri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	109
Tablo XVIII: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	109
Tablo XIX: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim Değişkenleri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	110
Tablo XX: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	111
Tablo XXI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	112
Tablo XXII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenleri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	114
Tablo XXIII: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	115
Tablo XXIV: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	117
Tablo XXV: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	118
Tablo XXVI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili Değişkenleri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	119
Tablo XXVII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	120

Tablo XXVIII: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	121
Tablo XXIX: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	122
Tablo XXX: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	123
Tablo XXXI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	124
Tablo XXXII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	124
Tablo XXXIII: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	125
Tablo XXXIV: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları.....	125
Tablo XXXV: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	126
Tablo XXXVI: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	127
Tablo XXXVII: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İhmal Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	127
Tablo XXXVIII: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	128
Tablo XXXIX: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları	129

Tablo XL: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	130
Tablo XLI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü Özellikleri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	131
Tablo XLII: Benlik Saygısı Alt Boyutu Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	132
Tablo XLIII: Benlik Saygısı Alt Boyutu Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	133
Tablo XLIV: Sürekli Kaygı Boyutu Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	134
Tablo XLV: Sürekli Kaygı Boyutu Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	135
Tablo XLVI: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	136
Tablo XLVII: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	137
Tablo XLVIII: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	138
Tablo XLIX: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının HIV öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	139
Tablo L. Birinci Soru Doğrultusunda Öne Sürülen Hipotezlerin Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçlarının Özeti.....	148
Tablo LI. İkinci Soru Doğrultusunda Öne Sürülen Hipotezlerin Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları Özeti.....	149

Tablo LII. Üçüncü Soru Doğrultusunda Öne Sürülen Hipotezlerin Farklı Gruplar için t-Testi
Analiz Sonuçları Özeti..... 150



KISALTMALAR

HIV – Human Immunodeficiency Virus

AIDS – Acquired Immune Deficiency Virus

DSÖ – Dünya Sağlık Örgütü

WHO – World Health Organization

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

GPA – Global Programme on AIDS

CDC – The Centers for Disease Control and Prevention

IAS – International AIDS Society

HAYB – HIV/AIDS ile yaşayan bireyler

HIYB – HIV ile yaşayan bireyler

ART – Antiretroviral Therapy

HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy

AZT – Zidovudine

LGBTİ – Lezbiyen, gay, biseksüel, transseksüel, interseks

APA – American Psychiatric Association

DSM – Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder

OHCHR – Office of the High Commissioner for Human Rights

UNFPA – United Nations Fund for Population Activities

IPU – Inter-Parliamentary Union

CBYH – Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

STD – Sexually Transmitted Diseases

TCK – Türk Ceza Kanunu

ÇÇTÖ – Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DES – Dissosiyative Experiences Scale

DHHS - Department of Health and Human Services

HSGM – Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼



ÖZET

HIV Tanısı Almış Heteroseksüel ve Homoseksüel Erkeklerin Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu tez çalışmasının amacı HIV tanısı almış heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin psikososyal durumlarını çeşitli ölçek ve formlar aracılığıyla analiz etmek, tartışmak ve değerlendirmektir. Türkiye’de HIV/AIDS ile yaşayan heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin psikososyal durumlarına dair sinoptik bir görüntü sunmak amaçlanmaktadır. Katılımcılara HIV/AIDS ile yaşayan bireylere çeşitli alanlarda danışmanlık vermek amacıyla kurulmuş sivil toplum kuruluşu Pozitif Yaşam Derneği aracılığıyla ulaşılmıştır. Toplamda 100 HIV ile yaşayan heteroseksüel ve homoseksüel erkek ile görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde data toplama materyali olarak 1 sosyo-demografik ve HIV öyküsü formu ve 5 Likert tipi ölçek (Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Sürekli Ansiyete Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeği) kullanılmıştır. Katılımcılardan 3 kişi formları istatistiksel olarak kayda değer ölçüde yanıt vermemeleri sebebiyle bu 3 kişinin datası analize dahil edilmeyip analiz 97 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir. Ölçeklerin madde analizlerinin yanı sıra toplanan verilerin betimleyici, korelasyon analizleri, toplam puan ortalamalarının analizleri (t test, ANOVA) yapılmıştır. Sonuç olarak HIV’in tıbbi tedavisi konusunda olağanüstü gelişmeler kaydedilmiş olmasına karşın sosyal sorunlar ve psikolojik problemlerin devam etmesi HIV’de yeni tanıların vuku bulmasını engellemeyi ve kontrol etmeyi zorlaştırmaktadır. Bu araştırma ile HIV pozitif erkeklerin psikososyal değerlendirilmesi yapılırken medeni durum, cinsel yönelim, HIV nedeniyle ayrımcılık, HIV nedeniyle damgalama, pozitif olduğu için kendini suçlama, damar içi maddeyi kötüye kullanma durumlarının göz önünde bulundurulmasının kapsamlı HIV tedavisinde ve yeni enfeksiyonların kontrolünde önemine dair kritik bulgular sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: HIV, AIDS, Psikososyal Değerlendirme, Damgalama, Depresyon, Travma, Dissosiyasyon, Benlik saygısı



SUMMARY

The Evaluation of Psychosocial Status of HIV Diagnosed Heterosexual and Homosexual Men

The main purpose of this thesis is to analyze, evaluate, and discuss the psychosocial status of HIV- positive homosexual and heterosexual men through a variety of scales and forms. It is intended to provide a synoptic picture of the psychosocial status of homosexual and heterosexual men living with HIV/AIDS in Turkey. Participants were contacted through the Positive Living Association, a non-governmental organization established to provide counselling in various fields to individuals living with HIV/AIDS. In the aggregate 100 homosexual and heterosexual men living with HIV were interviewed. In the interviews, a socio-demographic and HIV history form and 5 Likert type scale (Dissociative Experiences Scale, Beck Depression Scale, Trait Anxiety Inventory, Childhood Trauma Questionnaire, Rosenberg Self-Esteem Sub-dimension Measure) were used as data collection material. Since 3 participants did not respond statistically in a significant way, the data of these 3 participants were not included in the analysis. And therefore, the analysis was materialized with 97 participants. In addition to scales' item analysis, descriptive analysis, correlation analysis, total point averages analysis of the data (t-test, ANOVA) were performed. In conclusion, considering outstanding progress has been made in the medical treatment of HIV, the continuance of social problems and psychological distress make it difficult to prevent and control the occurrence of new diagnoses in HIV and It makes the quality of living with HIV worse. This research provides critical findings regarding the importance of marital status, sexual orientation, discrimination due to HIV, stigmatization due to HIV, self-blame for being positive, and abuse of intravenous substance in comprehensive HIV treatment and control for new infections.

Keywords: HIV, AIDS, Psychosocial Evaluation, Stigmatization, Depression, Trauma, Dissociation, Self-esteem

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye’de HIV ile yaşayan heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin psikososyal durumunu incelemek, değerlendirmek ve tartışmak üzere yürütülen bu araştırma söz konusu örneklemin psikososyal durumuna dair sinoptik bir görüntü sağlamak amacıyla. HIV enfeksiyonunun hem tıbbi hem de psikolojik ve sosyal boyutlarının olması gerekçesi ile HIV’e dair yürütülen çalışmaların mutlidisipliner olması HIV’in kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi açısından önem kazanmaktadır. Bu nedenle klinik psikoloji, psikiyatri, tıp ve adli bilimler disiplinlerinin ortaklaşa çok sayıdaki akademik çalışmaların yapılması gerekmektedir. HIV salgınına engelleme ve kontrol altına alma mücadelesinde ilk adım olarak tıbbi tedavinin sağlanması yanı sıra tanı alan bireylerin durumlarının psikososyal yönden değerlendirilmesi ve incelenmesi; HIV’in kendisine has semptomlar ile psikososyal faktörleri birbirinden ayırmaya yardımcı olup HIV’e karşı korunmaya ve yeni HIV tanılarının kontrolüne katkıda bulunma potansiyeline sahiptir (Mann, 1987; Long, 1991). HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşadıkları sıkıntıların başında tıbbi tedavi gelmekte iken tıbbi tedaviye erişim üzerindeki en büyük etken bireysel ve sosyal sorunlar olmakta ve salgının ilk günlerinden günümüze kadar var olmaya devam etmektedir (Mann, 1987; Leserman, 2003; Leserman, 2008; Moskowitz & Seal, 2011; Gökengin, 2018). HIV’in tıbbi tedavisi konusunda ciddi gelişmeler yaşanırken sosyal sıkıntılar (Klein, Elifson, & Sterk, 2010) ve psikolojik problemlerin tespit edilmemesinin devamı yeni tanılarının kontrolünü ve engellenmesini güçleştirmekte ve HIV ile yaşayan bireylerin hayat kalitesini düşürmektedir (Leserman vd., 2005).

Human Immunodeficiency Virus (HIV – İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) ve Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS - Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)’un ilk olarak 1981 yılında fark edilmesinin üzerinden 38 yıl geçmiştir (CDC, 1981a). 1981’den 2018 yılının sonuna kadar yaklaşık olarak 77 milyon birey tanı almış,

toplam 35 milyona yakın insan (UNAIDS, 2017) AIDS evresinde ortaya çıkan fırsatçı enfeksiyonlardan dolayı yaşamlarını yitirmiştir (UNAIDS, 2018). HIV/AIDS İlk kez 1981 yılında toplamda 41 homoseksüel bireylerde nadir olarak rastlanan Kaposi Sarkoma cilt kanserinin ve Pneumocystis Pneumonia denilen akciğer iltihabının tespit edilmesi, tedavi edilememesinin rapor edilmesi ile gözlemlenmiştir (CDC, 1981a; CDC, 1981b). Bu hastaların çoğu hiçbir tedaviye cevap vermemiş ve söz konusu hastalık ölümlerine neden olmuştur (CDC, 1982). HIV korunmasız cinsel ilişki, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu ve anneden bebeğe geçme yolu ile enfekte olabilen, insanın bağışıklık sistemindeki hücrelerine saldırıp bağışıklık sisteminin zayıflamasına yola açarak hastalıkların ortaya çıkmasına yol açan bir virüstür (Mann, 1987). İnsanın bağışıklık sistemine saldırıp zayıflatan bu virüs normal şartlarda tedavi edilebilecek hastalıkların tedavi edilmesini engellemektedir (Whiteside, 2008).

İnsanın bağışıklık sistemine zarar verip zayıflatan ve AIDS evresi adı verilen birçok fırsatçı enfeksiyonun ortaya çıktığı döneme sebebiyet veren virüs eş zamanlı olarak Amerika'da Gallo ve arkadaşları, Fransa'da Barre-Sinoussi ve iş arkadaşları tarafından keşfedilmiş ve HIV olarak adlandırılmaya başlanmıştır (Gallo vd., 1983; Barré-Sinoussi vd., 1983). Daha sonraki yıllarda HIV'in tıbbi olarak tedavisini bulmak için çalışmalar yürütülmüş ve 1985 yılında ilk HIV ilacı olan Zudovidine (AZT) tedavi için onaylanıp piyasaya sürülmüştür (Adler, 2001; Kane, 2008). Bu ilaç her ne kadar virüsü direkt yok edemese de HIV'in çoğalmasını yavaşlatmış ve AIDS evresini geciktirmiştir (Adler, 2001). 1996 yılına gelindiğinde HIV tanısı almış bireylere birkaç ilaç kombinasyonundan oluşan ve HIV'in çoğalmasını engelleyen Highly Active Antiretroviral Therapy(HAART) tedavisi uygulanmaya başlanmıştır (Doyal & Doyal, 2013). Virüsün bağışıklık sisteminin savaşı hücrelerine girip çoğalmasını ya da hücreyi parçalamasını engelleyen Antiretroviral Terapi (ART)'inin 90lı yılların sonlarında ortaya çıkması ile de enfeksiyonun AIDS evresine

geçmesinin önüne geçilerek olası ölümler engellenebilmiş ve HIV enfeksiyonu ölümcül bir hastalık olmaktan çıkıp kronik bir rahatsızlık halini almıştır (Deeks, Lewin, & Havlir, 2013; Blashill, Gordon, Mimiaga, & Stefan, 2014). Günümüz tedavisi ile HIV tanısı alan bireyler sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmektedirler (Blashill, Gordon, Mimiaga, & Stefan, 2014).

Türkiye’de HIV enfeksiyonu ilk defa 1985 yılında 3 kişinin bu tanıyı alması ile ortaya çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013). Sağlık Bakanlığının 2018 yılı raporuna göre Türkiye’deki HIV/AIDS ile yaşayan birey sayısı 21.520’dir (Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, 2019). Diğer ülkelere nazaran HIV rakamları düşük olsa da HIV yeni tanı sayısı her yıl katlanarak artmaya devam etmektedir (Gökengin, 2018). HIV/AIDS’e karşı korunmayı artırma ve engellemeye yönelik çalışmalar devam etse de bu durumun sistematik bir şekilde yürütülmemesi ve risk gruplarına yönelik damgalama ve ayrımcılığın söz konusu olması insanları test yaptırmaktan alıkoymaktadır (Parker & Aggleton, 2003; Öktem, 2015). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı’nın bildirdiğine göre küçük illerde tanı olsa bile damgalanma ve ayrımcılıktan kaçınmak için kişilerin test yaptırmaktan kaçındıkları ve tedavi için hastaneye başvurmadıkları bildirmekte ve bu sebepten dolayı il verileri yerine genel veriler paylaşılmaktadır (Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, 2019).

Evrensel düzeyde sağlık problemleri ile ilgili önemli bir konumda olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre sağlık sadece ‘hastalık ve sakatlığın yok olması’ durumu değil aynı zamanda ‘fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik halini’ ifade etmekte ve sağlık çok bileşenli ve bütüncül bir perspektiften yaklaşılması gereken bir konu olarak ifade etmektedir (WHO, 1948). DSÖ (World Health Organization – WHO)’nün HIV/AIDS salgınına karşı 1985 yılında AIDS üzerine uluslararası bir konferans gerçekleştirir (IAS Society, 1988; WHO, 1997). Devamında 1986 yılında Jonathan Mann başkanlığında Global Programme on AIDS (GPA – Global AIDS Programı) kurulur (Hilts, 1998; Korber, Osmanov, Esparza, &

Myers, 2009). Mann çalışma başladıktan bir yıl sonra DSÖ için hazırladığı sunumda HIV/AIDS'in kontrolü için bilgilendirmenin önemini yanı sıra damgalama ve ayrımcılığa, risk gruplarının belirlenmesi ve korunmasına dikkat çekmektedir (Mann, 1987; Mann, 1996).

Keşfedildiği günden bu yana HIV/AIDS'in tıbbi tedavisi için çalışmaların yürütülmesinin yanı sıra HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin (HAYB) yaşadıkları ruhsal/psikolojik sıkıntılar ve tanı sonrası deneyimledikleri sosyal problemler üzerine çalışmalar yürütülmüştür (Hoffman, 1984; ACT UP, 1987; Atkinson vd., 1988; Brown vd., 1992). Kronik, ağır ve karmaşık bütün hastalıklar bio-psiko-sosyal sonuçlar doğurmaktır (Chao & Cohen, 2008). Tepkiler kişiden kişiye değişmekle beraber ilk tepki şok olmakta ve tanı durumu inkâr etme söz konusu olmaktadır. Sessizlik, şüphe, kafa karışıklığı, belirsizlik, suçluluk, korku, anksiyete, ümitsizlik gibi duygusal reaksiyonlardan en az bir tanesi verilen ilk tepkiler arasında yer almaktadır (Miller, 1987c).

Diğer taraftan ağlama, öfkelenme, kendini aşağılama, dürtüsel tepkiler, bedeni kontrol etme, sorgulama gibi davranışsal tepkiler de ilk verilen tepkiler arasında yer almaktadır (Miller, 1987c). Bazı vakalarda bireyler enfeksiyonun hayatlarını değiştireceğine yönelik tehdit hissetmektedirler. Negatif reaksiyona yönelik algının daha hassas olmasından dolayı negatif tepkiler daha çok söz konusu olmuş ve araştırılmıştır (Long, 1991).

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde depresyonun yaygın bir şekilde gözlemlendiği daha önce yapılan çalışmalarca saptanmıştır (Hoffman, 1984; Atkinson vd., 1988; Patterson vd., 1996; Blashill, Gordon, Mimiaga, & Stefan, 2014; Arseniou, Arvaniti, & Samakouri, 2014). Leserman (2002) sosyal desteğin eksik olması, disforik duygu durumunun ve strese neden olan yaşamsal deneyimlerin HIV enfeksiyonunun ilerlemesini hızlandırdığını bulgulamakla birlikte depresyonun AIDS evresinde klinik problemlerin yaşanmasına katkıda bulunduğunu gözlemlemiştir. Depresyon ve stres veren yaşam olayları hâlâ HIV'in ilerleme hızını etkilemeye devam etmekte olup düzenli ilaç kullanımını, riskli cinsel davranış, damar içi

madde kullanımı gibi davranışsal faktörlere etkilediği bulgulanmıştır (Leserman, 2003; Leserman, 2008). Bağışıklık sistemi ve psikolojik faktörler arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışma ise tanı sonrası inkarın HIV'in ilerlemesini etkilediğini ve AIDS ile ilişkili olmasa bile stresin CD4 hücrelerini azalttığını bildirmektedir (Ironson vd., 1994).

Aynı şekilde tanı sonrası yükselen kaygı ile genel kaygı bozukluğunu birbirinden ayırt etmek ART tedavisi açısından kritik bir durumdur (Shukla, Agarwal, Singh, & Srivastava, 2016). Erkeklerle seks yapan erkekler ile yapılan bir çalışma anksiyetenin kondom kullanımı ve korunmasız cinsel ilişki üzerinde etkiye sahip olduğunu sonuçlandırmaktadır (Hart, James, Purcell, & Farber, 2008). Anksiyetesi yüksek olanların kondom kullanmama gibi HIV açısından risk teşkil eden bir davranışa yol açtığını bulgulanmıştır. HAYB'lerde anksiyete ile alkol kullanımı (Garrey vd., 2015), ART tedavisi (Shukla, Agarwal, Singh, & Srivastava, 2016) arasında bir ilişki olduğu bulgulanmış ve HIV'in tezahüratı ile anksiyetenin bedensel belirtilerinin birbirinden ayırt edilmesi gerektiği bildirilmiştir (Hintze, Templer, Cappelletty, & Frederick, 1993).

Daha önce yapılmış çalışmalar HIV tanısı almış bireylerde travmatik yaşantı öyküsünün yaygın olduğu ve riskli cinsel davranış (Kianpoor & Bakhshani, 2012), madde bağımlılığı ve tüm nedenlere bağlı ölüm durumlarını yordadığı gözlemlenmiştir (Pence vd., 2012). Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü HIV pozitif kişilerin iş göremez hale gelme riskini artırdığı, sağlık servislerini tam kullanma potansiyelini azalttığı bulgulanmıştır (Leserman vd., 2005). HAYB'larda dissosiyasyon araştıran önemli bir çalışma cinsel ilişki esnasında ortaya çıkan dissosiyatif deneyimler ile çocukluk çağı cinsel istismarı birbiri ile ilişkilendirmiştir (Hansen vd., 2012). Aynı makale çocukluk çağı cinsel istismar ile birden fazla seks partneri, korunmasız cinsel ilişki, erken ve istenmeyen gebelik, seks ticareti gibi bir çok riskli cinsel davranış ve sonuçlarla bağlantılandırmaktadır. Başka bir araştırma dissosiyasyonun çocukken yaşanan cinsel istismar ile yetişkinlikteki riskli cinsel eylemler arasında bir medyatör

işlevi gördüğünü öne sürmektedir (Sikkema vd.,2009). Sosyal faktörlerden beslenen benlik saygısı (Cast & Burke, 2002) ile kondom kullanımı (Moskowitz & Seal, 2011) ve riskli cinsel davranış (Klein, Elifson, & Sterk, 2010) gibi HIV açısından önem taşıyan etmenler arasındaki ilişkiyi vurgulayan çalışmalar mevcuttur.

HIV/AIDS'in adli bilimler bilimsel sahasına yansması daha çok doksanlı yıllardan sonra HIV transmisionlarının mahkemeye yansması sonucu gerçekleştiği görülmektedir (Albert vd., 1994; Jaffe vd., 1994; Leitner & Albert, 2000). Tecavüz sonrasında HIV transmisionu gerçekleşen bir vakada hem sanıktan hem de kurbandan alınan HIV örnekleri birbiri ile ilişkili oldukları bulgulanmış fakat HIV'in enfekte olduktan sonra mutasyona uğraması sonucunda HIV'in hangi taraftan enfekte edildiği belirtilememiştir (Albert vd., 1994).

Sonuç olarak HIV salgını ile mücadele de tıbbi tedavinin yanısıra psikososyal değerlendirme HIV'e dair bileşenleri ile diğer psikososyal faktörleri birbirinden ayırarak HIV'e karşı korunmaya katkıda bulunma potansiyeline sahiptir (Mann, 1987; Long, 1991). HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşadıkları sıkıntılarının başında tıbbi tedavi gelse de tıbbi tedaviye ulaşımın üzerindeki en büyük etken bireysel ve sosyal sorunlar salgının ilk günlerinden günümüze var olmaya devam etmektedir (Mann, 1987; Leserman, 2003; Leserman, 2008; Moskowitz & Seal, 2011; Gökengin, 2018). HIV'in tıbbi tedavisi konusunda ciddi gelişmeler yaşanırken sosyal açıdan (Klein, Elifson, & Sterk, 2010) ve psikolojik olarak problemlerin devam etmesi yeni tanıların kontrolünü güçlendirmektedir (Leserman vd., 2005).

Türkiye'de HIV/AIDS tanısının her yıl giderek daha da artması ile birlikte damgalama ve ayrımcı tutumlara da artmaya devam etmektedir (Gökengin, Öktem, & Çalık, 2017). Bu araştırma HIV ile yaşayan heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin yaşadıkları psikolojik sıkıntılarına ve sosyal olarak karşılaştıkları problemlere dikkat çekmek ve bu alanda

olabilecek akademik tartışmalara ampirik bir temel sağlamak amacıyla yürütülmüş olup HIV’de yeni tanıları engellemek, HIV’i kontrol altına almak amacıyla yürütülen projelere bilimsel temel sağlamaktır.

Daha önce de ifade edildiği üzere bu çalışmanın temel amacı Türkiye’de HIV/AIDS ile yaşayan heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin psikososyal durumlarına dair sinoptik bir görüntü sunmaktır. Ayrıca bu çalışmada HIV tanısı almış heteroseksüel erkekler ile homoseksüel erkeklerin depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon ve benlik saygısı açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın temel amacı doğrultusunda 3 temel soru sorulmaktadır. Bu temel sorular dahilinde 10 hipotez ileri sürülmektedir.

- I. Soru: Psikososyal durumu ölçmek üzere kullanılan ölçeklerden alınan toplam puan ortalamaları; medeni durum, cinsel yönelim ve homoseksüellik nedeniyle ayrımcılık sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?

Bu soru dahilinde 3 tane hipotez öne sürülmektedir:

- a. Bekar olanların Sürekli Anksiyete Ölçeğinden (SAÖ) aldıkları puan ortalamaları ile bekar olmayanların SAÖ’den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark vardır.
- b. HIV tanılı heteroseksüellerin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden (ÇÇTÖ) aldıkları toplam puan ortalamaları ile HIV tanılı homoseksüellerin ÇÇTÖ’den aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
- c. Ayrımcılığa maruz kalan HIV tanılı homoseksüel erkeklerin Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ayrımcılığa maruz kalmayan HIV tanılı homoseksüel erkeklerin Rosenberg Benlik Saygısı

Alt Boyutu Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık vardır.

II. Soru: Psikososyal durumu ölçmek üzere kullanılan ölçeklerden alınan toplam puan ortalamaları HIV pozitif olduğu için kendini suçlama, HIV nedeniyle damgalama deneyimi, ART tedavisi durumu, maddeyi kötüye kullanma gibi HIV öyküsü değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Bu soru dahilinde toplamda 4 tane hipotez öne sürülmektedir:

- a. HIV pozitif olduğu için kendini suçlayan erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile HIV pozitif olduğu için kendini suçlamayan erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık vardır.
- b. HIV nedeniyle damgalama yaşayan erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği, Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile HIV nedeniyle damgalama yaşamayan erkeklerin Beck depresyon ölçeği, sürekli anksiyete ölçeği ve Rosenberg benlik saygısı alt boyutu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık vardır.
- c. ART tedavisine başlayan HIV tanılı erkeklerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ART tedavisine başlamayan HIV tanılı erkeklerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık vardır.
- d. Maddeyi kötüye kullanan HIV tanılı erkeklerin Dissosiyatif yaşantılar ölçeği ve ÇÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile maddeyi kötüye kullanmayan

HIV tanılı erkeklerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden ve ÇÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık vardır.

III. Soru: Psikososyal durumu ölçmek üzere kullanılan ölçeklerden alınan toplam puan ortalamaları dissosiyasyonu olan ve olmayan değişken gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Bu soru dahilinde toplamda 3 tane hipotez ileri sürülmektedir:

- a. Dissosiyasyonu olan* HIV tanılı erkeklerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile dissosiyasyonu olmayan HIV tanılı erkeklerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık vardır.
- b. Dissosiyasyonu olan HIV tanılı erkeklerin ÇÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile dissosiyasyonu olmayan HIV tanılı erkeklerin ÇÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık vardır.
- c. Dissosiyasyonu olan HIV tanılı erkeklerin ÇÇTÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ile dissosiyasyonu olmayan HIV tanılı erkeklerin ÇÇTÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık vardır.

*M=30 Puan ve Üzeri

2. GENEL BİLGİLER

2.1.HIV Enfeksiyonu

1981’de ilk defa fark edilen AIDS evresi (CDC, 1981b) üzerine yapılan araştırmalar sonucu bu evreye yol açan virüs ilk defa 1983 yılında keşfedildi ve HIV (Human Immunodeficiency Virus) enfeksiyonu olarak tanımlandı (Barré-Sinoussi vd., 1983).

HIV’in biyolojik yapısı incelendiğinde HIV sadece RNA (Ribonucleic Acid) molekülüne sahip bir retrovirüstür (retroviridae) (Miller, 1987b; Clark, 2007; Kane, 2008). Virüs tamamıyla protein kabuğuyla veya lipitlerle çevrelenmiş RNA’dan ve birkaç enzimden meydana gelmektedir (Kane, 2008). HIV’in biyolojik yapısı temelde gag, pol ve env genlerine sahip iki tane RNA sarmalı ve reverse transcriptase, protease, ribonucleas ve integrase enzimlerine sahiptir (Lever, 2009; International Agency for Research on Cancer, 2012).

Enfeksiyonun ilk adımında HIV bir hücrenin yüzeyine bağlanır (Clark, 2007; Lever, 2009). HIV virüsünün kabuğu gp(glycoprotein) 120 denilen bir glikoprotein oluşturmaktadır (Clark, 2007). Gp 120 yapısında bulunan atom kütleli büyüklüğünden dolayı bu adı almaktadır. HIV başka hücreye bağlanmak için gp 120’yi kullanır (Clark, 2007). Gp 120 proteini özel olarak en çok yardımcı T hücresinde bulunan CD4 molekülüne sahip hücrelere bağlanır (Clark, 2007). Bu sebepten dolayı CD4 barındıran T hücrelerinin yanı sıra makrofajlar (macrophage), kemik iliği kök hücreleri, bağışıklık işlevi için çalışan lenfositler, bazı beyin hücreleri ve dentritik hücreler HIV enfeksiyonun hedefi haline gelmektedir (Whiteside, 2008).

Gp 120, CD4 hücresine bağlandıktan sonra hücreye girebilmek için gp 41 molekülünü açığa çıkarır ve bu molekülü CD4 hücresinin yüzeyinde bulunan *fusion* denilen moleküle bağlanır (Clark, 2007; Whiteside, 2008). HIV böylece hücre sitoplazmasının içine girmeyi başarır (Whiteside, 2008). Hücreye girdikten sonra yanında bulundurduğu pol geninin

kodladığı reverse transcriptase (RT) enzimi ile RNA'sını DNA'ya dönüştürerek hücrenin kendi DNA zincirine eklenir (Clark, 2007). DNA zincirine eklendikten sonra hücre virüsün DNA'sını kendi DNA'sı gibi görür (Whiteside, 2008). Bu aşamada HIV genleri mutasyona uğrar çünkü RT enzimi RNA'yı DNA'ya dönüştürürken bazı hatalar yapar ve bu genetik hataları düzeltmez (Clark, 2007). Sonuç olarak hücre her bölündüğünde kendisi ile birlikte HIV DNA'sının bölünmesine yol açar (Clark, 2007; Whiteside, 2008). Ana hücre artık HIV'in direktifinde hareket etmeye başlar (Whiteside, 2008). Bu mutasyondan dolayı HIV enfeksiyonunu tamamen ortadan kaldırmak imkânsız hale gelmiştir (Whiteside, 2008). Çünkü hücrenin DNA'sında bir kez çoğaldıktan sonra antikorlara karşı nasıl savaşacağını öğrenmektedir (Whiteside, 2008). Böylece bölünmeye devam ederek RNA'sını dışarı salar ve diğer hücreleri enfekte etmeye devam ederek bu bölünme işlemini HIV defalarca yapmaya devam eder (Whiteside, 2008). HIV direkt bağışıklık sistemi hücrelerini hedef alarak fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıkmasına yol açacaktır.

Kısacası HIV, CD ve Fusin molekülleri aracılığıyla hücreye bağlanır (Clark, 2007). Daha sonra Revers Transkriptaz enzimi ile RNA'sını DNA'ya dönüştürür (Miller, 1987a; Whiteside, 2008). İntegraz enzimi ile Hücrenin DNA molekülüne eklenir (Whiteside, 2008) ve son basamak olarak da viral proteinleri bir araya gelerek hücreyi terk eder (Vaidya, Clothman, & Simon, 2008).

2.1.1. HIV'in türleri

HIV'in temel olarak iki türü bulunmaktadır (Sharp & Hahn, 2011). HIV-1 günümüzde en çok yaygın olan HIV türüdür ve bulaşıcılığı daha yüksektir (Sharp & Hahn, 2011). Günümüzde HIV diye bahsedilen tür HIV-1 türüdür (Sharp & Hahn, 2011). HIV-1 türünün Kamerun'daki bir şempanze türünde doğal olarak bulunan SIVcpz (Simian Immunodeficiency Virus – Simian Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) enfeksiyonu ile çok benzer oldukları görülmüş ve bu virüsten türediği sonucuna varılmıştır (Gao vd., 1999). HIV-2 türü

Batı Afrika'da yaşayan sooty mangabey denilen bir maymun türünde bulunan SIVsm ile benzer olduğu görülmüş ve HIV-2'nin bu virüs ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (Hirsch vd., 1989). HIV-1 daha kolay bulaşıp kuluçka dönemi çok kısa iken HIV-2 daha az bulaşıcı ve daha az yaygındır. Günümüzde en çok enfekte edilen ve en çok AIDS evresine yol açan virüs türü HIV-1'dir (Sharp & Hahn, 2011).

2.1.2. HIV'in transmisyonu

HIV başlıca 3 yol üzerinden bir insandan başka bir insana enfekte edilmektedir (Whiteside, 2008; Zaidi & DeCock, 2012). HIV ile enfekte olan bireyin eser miktarda olsa da tükürük, gözyaşı ve ter dahil tüm vücut sıvılarında HIV bulunmaktadır ve HIV enfeksiyonu barındıran sıvının başka bir sıvı ile teması halinde bir transmisyon gerçekleşebilmektedir (Blythe & Anderson, 1988; Whiteside, 2008). Kan ve kan ürünleri enfeksiyon açısından en büyük risk grubunu oluşturmakta iken enfeksiyon homoseksüel ve heteroseksüel (Padian N. , 1987) olması fark etmeksizin en fazla cinsel birleşme ile gerçekleşmektedir (Zaidi & DeCock, 2012).

2.1.2.1. Cinsel ilişki yoluyla enfeksiyon

Korunmasız, yani kondomsuz cinsel birleşme HIV enfeksiyonu için risk oluşturan ve en fazla HIV transmisyona neden olan bir durumdur (Vittinghof vd., 1999; Whiteside, 2008). Cinsel ilişki esnasında kadından erkeğe (Padian, Shiboski, & Jewell, 1987), erkekten kadına (Padian vd., 1987), erkekten erkeğe (Blythe & Anderson, 1988; Vittinghof vd., 1999) enfeksiyon gerçekleşebilmektedir (Whiteside, 2008).

2.1.2.2. Anneden bebeğe enfeksiyon

Anneden bebeğe HIV transmisyonu hamilelik esnasında (Drake, Wagner, Richardson, & John-Stewart, 2014), doğumda veya doğumdan sonra süt emerek (Dunn, Newell, Ades, &

Peckham, 1992) gerçekleşebilmektedir (Whiteside, 2008). Ama günümüzde tedavi gören HIV bir anne adayını artık HIV negatif bir bebeğe sahip olma şansına sahiptir (Whiteside, 2008). Erken teşhis ve müdahalelerde durumlarında anne pozitif olsa dahi bebek negatif doğabilmektedir.

2.1.2.3. Kan ve kan ürünleri yoluyla enfeksiyon

HIV enfeksiyonu daha önce kullanılmış bir enjeksiyon iğnesinin tekrardan kullanımı ve paylaşımı (Blythe & Anderson, 1988), kan nakli (Blythe & Anderson, 1988; Petersen, Simonds, & Koistinen, 1993), iğne batması gibi birkaç yoldan gerçekleşebilir (Whiteside, 2008). Bu yol HIV transmisyonu açısından büyük risk oluşturmaktadır (Whiteside, 2008).

2.1.3. HIV/AIDS tanısı için yapılan tarama ve tamamlayıcı testler

HIV enfeksiyonu tanısı genellikle HIV antijen ve antikorun tespit edilmesi üzerinden yapılmaktadır (UNAIDS, 2004; Shepperd, Laeyendecker, & Quinn, 2012). Tanı süreci iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada tarama testleri yapılır. Tarama testinde HIV-1 ve HIV-2 antikor hem de HIV-1 antijen tespit edebilen dördüncü nesil Enzyme-Linked Immunosorbent Assays (ELISA), diğer adıyla Enzim Immunoassay (EIA) testi kullanılmaktadır (Alexander, 2016; HSGM, 2018). ELISA testi ilk olarak 1985 yılında HIV tanısı için kullanılmaya başlanmıştır (Chappel, Wilson, & Dax, 2009; Alexander, 2016). ELISA testinin ilk jenerasyonu yaklaşık olarak 90 gün öncesine kadar olan süre için geçerli ve sadece HIV-1 için güvenilir bir sonuç vermekte iken günümüzde kullanılan dördüncü jenerasyon ELISA testleri ile bu süre iki haftaya inmiş durumdadır (HSGM, 2016). Bu test iki defa art arda tekrarlanır (HSGM, 2018). İki defa üst üste reaktif çıktığı takdirde örnek kan doğrulama testleri diğer adıyla tamamlayıcı testler yapılır. Kan örneği üzerinden işlev gören ELISA'nın yanı sıra idrar örneği ve tükürükten de tarama testleri yapılabilmektedir

(UNAIDS, 2002). ELISA'nın yanısıra son zamanlarda geliştirilen ve daha kısa sürede (yaklaşık 15 dk) sonuç veren hızlı tanı testleri geliştirilmiş durumdadır (WHO, 2018).

Tanı konması amacıyla HIV antikorunu ölçmek için doğrulama testlerinden en çok Western Blot (WB) ve Line-immunoassay (LIA) yöntemi kullanılır (Sağlık Bakanlığı, 2013; WHO, 2018; HSGM, 2018). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün (2018) aktardığına göre günümüzde WB yerine hızlı doğrulama testleri de kullanılabilir.

2.1.4. HIV tedavi

Günümüzde HIV enfeksiyonunu ortadan kaldıracak bir tedavi henüz bulunamamıştır. Ancak tanı alan bireyler tedavi oldukları takdirde normal yaşam sürelerini sağlıklı bir şekilde yaşayabilmektedirler. Antiretroviral terapi (ART) tedavisine yönelik ilk gelişmeler 1984 (Adler, 2001)- 1985 (Kane, 2008) yıllarında sonuç vermeye başlamış ve 1987 yılında ilk HIV/AIDS ilacı Zidovudine (AZT) onaylanmıştır (Kane, 2008). AZT ile AIDS yüzünden ölümleri az da olsa düşürmüştür (Kane, 2008; Doyal & Doyal, 2013). HIV tanısı almış bireylerin tedavisi 1996 yılında bulunan Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) tedavi süreci ile gerçekleşmektedir (Doyal & Doyal, 2013). HAART günümüzde standart tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. HAART sürecinde kullanılan ilaçlar HIV'in kendini kopyalamasını, CD4 hücrelerine girmesini ve türemesini engelleyerek etki gösteren ilaçlarla yapılmaktadır (Kane, 2008). HIV her bölünmeden sonra mutasyona uğradığı için ve ilaçlara karşı direnç geliştirebildiği için (Lin vd., 2017) kalıcı bir çözüm bulmak zorlaşmaktadır (Sulukun, Küçükkoğlu, & Gül, 2009). Günümüzde HIV'i vücuttan tamamen atacak bir ilaç henüz keşfedilememiş olmakla beraber HIV'i hücreye girmesini, çoğalmasını engelleyen ilaçlar kullanılarak HIV'in çoğalması engellenmekte ve uzun süreli bir Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) ilaç tedavisi sağlanmaktadır (Kane, 2008).

HAART tedavi sürecinde kullanılan ilaçlar ve fonksiyonları (Kane, 2008; Coffey & Volberding, 2012); HIV'in hücreye bağlanmasını inhibe eden ilaçlar (füzyon İnhibitörleri -

FIs) , hücre içine giren virüsün Ters Transkriptaz enzimini bloke ederek virüsün kendini kopyalamasına engel olan ilaçlar (Nükleozid Revers Transkriptaz İnhibitörleri – NRTİ, Non-nükleotid Revers Transkriptaz İnhibitörleri – NNRTİ), HIV DNA’sının hücrenin DNA’sına integrasyonunu bloke eden ilaclar (İntegraz İnhibitörleri), Viral proteinlerin tekrardan bir araya gelmelerini bloke eden ilaçlar (Proteaz inhibitörleri) ve kombine edilmiş ilaçlar (Kombine preparatlar) şeklinde sınıflandırılmaktadır.

2.1.5. HIV’den AIDS evresine

HIV enfekte olunduktan sonra HAART tedavisine başlanmadığı takdirde belli bir süre sonra bağışıklık sistemi çöker ve fırsatçı enfeksiyonlar ortaya çıkmaya başlar. HIV direkt hastalığa sebep olmaz ama vücudun kalkanı görevi gören bağışıklık sistemi hücrelerini parçalayarak diğer virüs ve bakterilerin vücuda saldırmasına olanak verir (Whiteside, 2008). HIV vücuda girdikten sonra hızlı bir şekilde CD4 hücrelerini yok edip üremeye başlar (Kahn & Walker, 1998). Bu yüzden ilk evrede transmisyonu riski yüksektir.

2.1.5.1. Serokonversiyon (Akut) evresi

Bu ilk evreye aynı zamanda “Pencere Evresi” denmektedir (Whiteside, 2008). HIV ile enfekte olduktan birkaç gün sonra vücut antikorlar üretmeye başlamaktadır (Weston & Marett, 2009). Fakat testlerde ilk birkaç hafta bu antikorlar tespit edilmeyebilmektedir (Kahn & Walker, 1998; Clark, 2007). Bu dönemin süresi kişiden kişiye değişkenlik gösterebilmektedir (Weston & Marett, 2009). Bazıları gribe benzer bir reaksiyon ortaya çıkarabilmektedir. Bu belirtiler bir hafta sonra genelde geçmektedir (Weston & Marett, 2009). Bu sebepten dolayı bu dönemde yapılan testler yanıltıcı olabilmekte ve bu evre on ikinci haftaya kadar sürebilmektedir (Kahn & Walker, 1998; CDC, 2017;). Bazı bireylerde 3 hafta sürerken bazı bireylerde bu süre 12 hafta sürebilmektedir (Weston & Marett, 2009).

HIV'in ilk enfeksiyonuyla vücudun ilk tepkileri vermeye başladığı evre arası 'Akut HIV Enfeksiyonu' periyodudur (Weston & Marett, 2009). Bu periyod 2 ile 4 hafta içerisinde ortaya çıkabilmektedir (Center for Disease Control and Prevention, 2017). Virüs ile enfekte olduktan 30 dakika içinde virüs yüzlerde host hücreyi yok etmektedir (Clark, 2007). Kandaki HIV miktarı hızlı bir şekilde artmaya, bağışıklık hücrelerinden CD4'lerin sayısı ise hızlı bir şekilde düşmeye başlar (Clark, 2007). Virüs kan ve vücut sıvılarının yüksek bir hızda artmakta en çok artış semen ve vajinal salgıda yüksek sayıda üremeye devam ederler (Whiteside, 2008, s. 26) HIV'in vücuttaki hızlı artışı başkalarını enfekte etme riskini artıracaktır (Whiteside, 2008; Weston & Marett, 2009). Bu periyod boyunca bireyler gribe benzer bir durum, terleme, lenf bezlerinin şişmesi ve baş ağrısı gibi bazı semptomlar ortaya koyabilmektedirler (Whiteside, 2008; Weston & Marett, 2009).

2.1.5.2. Kronik evre

HIV ile enfekte olan bireyin hiçbir semptom göstermediği ya da birkaç semptomun görülebileceği evredir (Center for Disease Control and Prevention, 2017). Asemptomik olan bu evre 6 ile 12 yıl arasında sürebilmektedir (Clark, 2007). Bu evrede kandaki HIV'in üremesi yavaşlasa da lenf bezlerindeki viral yük hızla yükselmektedir (Clark, 2007; Weston & Marett, 2009). CD4 hücreleri, makrofajlar ve dentritik hücreler HIV ile enfekte oranı yüksektir (Clark, 2007). Üretilen antikorlar ve virüs arasındaki savaş son hızıyla devam etmektedir. Bunun sonucunda HIV antikorlardan kaçmak için CD4 hücrelerinin içine girer ve orada hücrenin DNA'sına eklenip değişime uğrar (APA: Practice Guidelines, 2006; Chao & Cohen, 2008). Antikorlar hücrenin içine girmemektedir (Clark, 2007). Bu durumda katil bağışıklık sistemi hücreleri CD8'ler devreye girer ve HIV barındıran CD4 hücrelerindeki intihar programını devreye sokar (Beverly & Helbert, 2001; Whiteside, 2008). Böylece hem

HIV'in kendisi CD4'leri yok etmekte hem de katil hücreler enfekte olmuş hücreyi yok etmektedir. Bu durum CD4lerin sayısını hızla azalmaktadır.

Bu evre semptomsuz geçtiğinden dolayı birey HIV taşıdığından habersiz olabilmekte ve virüsün başkalarına transmisyonu gerçekleşebilmektedir (Nye & Parkin, 1994). CD4 sayısı 500'ün üzerinde seyreden HIV pozitif bireyler genel olarak semptom göstermemeye devam edebilmektedirler (Nye & Parkin, 1994). Yıllar içerisinde bağışıklık sisteminin önemli hücreleri CD4ler 200'ün altına düşer ve fırsatçı enfeksiyonlar ortaya çıkmaktadır (Kahn & Walker, 1998; Adler, 2001). CD4'lerin 200'ün altına düşmesi yıllar alabilmektedir. Bu aşamada semptomatik bir periyod baş gösterecektir. Kilo kaybı, iştahsızlık, ateş, tedavi edilemeyen ve uzun süre devam eden ishal gibi bazı semptomlar ortaya çıkmaya başlar ve uzun süre devam eder.

2.1.5.3. AIDS evresi

AIDS evresi HIV enfeksiyonun bağışıklık sistemi hücrelerini büyük oranda çökerttiği en ağır ve en son evresidir (Weston & Marett, 2009). Semptomatik periyodun giderek daha da şiddetlendiği bazı virüslerin vücudu ele geçirdiği ve hastalıkların ortaya çıkmaya başladığı dönemdir (Tenant-Flowers & Mindel, 2001). AIDS evresi ilk zamanlar herhangi bir semptomun varlığı üzerinden yapıyor olsa da daha sonra bağışıklık sistemi hücrelerinde CD4'ün 200 (hücre/mm³)'ün altına düşmesi durumu temel alınarak yapılmaktadır (Adler, 2001). CD4 hücreleri bağışıklık sisteminin her kademesinde yer aldığından dolayı CD4'lerin azalması ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Toplam vakaların %10'u 3 yıldan kısa sürede AIDS evresine gelmiştir (Miller, 1987c). 18 ay sonra AIDS evresine gelen vakaların varlığı mevcut iken (Nye & Parkin, 1994) AIDS evresine gelme bazen 10 yıldan daha fazla zaman alabilmektedir (Munoz vd., 1989).

AIDS evresinde CD4 sayısına bağlı olarak ortaya çıkabilecek bazı hastalık ve enfeksiyonlar aşağıdaki gibidir.

- CD4 hücre sayısı (hücre/mm³) =
 - 250 – 500 aralığında ;
 - Oral kandidiyazis (Ağızda çıkan bir mantar) (Clark, 2007)
 - Tüberküloz (İnce hastalık) (Clark, 2007), (APA Practice Guidelines, 2006).
 - Herpes Simplex (APA Practice Guidelines, 2006)
 - 250 – 100 aralığındayken;
 - Kaposi's Sarkoma (APA Practice Guidelines, 2006)
 - Lenfoma (Clark, 2007)
 - 100 – 0 aralığındayken;
 - Pnömosistis Karini (Clark, 2007)
 - Sitomegalovirüs (Clark, 2007)

Ortaya ıkabilmektedir.

2.2. Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS

2.2.1. Dünyada HIV/AIDS yks

5 Haziran 1981 tarihinde Hastalık Kontrol ve nleme Merkezi (CDC – Center for Disease Control and Prevention) tarafından yayımlanan Hastalık ve lm Oranları Haftalık Raporu (MMWR – Morbidity and Mortality Weekly Report)'da Ekim 1980 ile Mayıs 1981 tarihleri arasında Pneumocytis carinii denilen akciğer enfeksiyonuna sahip 5 homoseksüel hastaya yer verilir (CDC, 1981a). Rapor yayımlandığında bu hastalardan ikisi yaşamını yitirmiştir (CDC, 1981a). Makalede hastalara dair bilgi verilmekte, hastaların önceki dönemlerde yaşadıkları sağlık problemlerinden ve hastalığın olağandışılığından

bahsedilmektedir. Bu hastalık normal şartlarda bağışıklık sisteminde problem yaşayan bireylerde ve nadir görülen bir hastalık iken söz konusu 5 hastada normalden farklı olarak bağışıklık sistemlerinin çökmesi sıra dışı kabul edilir. Çünkü bağışıklık sistemlerinin çökmesine yol neden olan şeyin ne olduğunu bilmemektedirler. Hastaların hiçbiri birbirini tanımamakla beraber hepsi homoseksüeldir ve cytomegalovirus (CMV), vandidal mukosal enfeksiyonların teşhisi konulur. Rapor aynı zamanda bağışıklık sisteminde CMV'nin rolünü sorgulamakta ama herhangi bir sonuca ulaşamadıklarını belirtmektedir (CDC, 1981a). İlerde bu hastalık AIDS (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu) olarak adlandırılacaktır. Rapor yayımlandıktan sonra fırsatçı enfeksiyonların görüldüğü başka homoseksüel bireylerin durumu CDC'ye iletilir. Temmuz 1981'de New York'ta nadir görülen bir cilt kanseri olan 26 Kaposi's Sarcoma ve 10 Pneumocystis Pneumonia toplamda 36 kişinin durumun anlatıldığı ile ilgili bir makale daha yayınlanır (CDC, 1981b). Vakaların bir kısmı Kaliforniya'dan gelirken diğer bir kısmı ise New York'tan gelir. Böylece toplamda 41 kişideki olağandışı durum bildirilmiş olur. Vakaların tamamının homoseksüel olması ayrıca dikkat uyandırmıştır (CDC, 1981b). Aynı gün Amerika'nın önde gelen gazetelerinden *the New York Times* bu olağan dışı durumun haberini "41 homoseksüel'de nadir bir kanser görüldü (Rare Cancer Seen in 41 Homosexuals)" başlığı ile gazeteye basar (Altman, 1981). İlk yayınlanan makalede görev alan Michael Gottlieb bu konu üzerinde durur ve 1981 aralık ayında çalışma arkadaşları ile birlikte Pneumocystis Carinii Pneumonia ve Mucosal Candidiasis görülen ve öncesinde sağlıklı olan 4 homoseksüel ile ilgili bir makale daha yazarlar (Gottlieb vd., 1981; Fee & Brown, 2006).

Hastalığın öncelikle homoseksüellerde teşhis edilmesi homoseksüellik ve bu nadir görülen hastalığın birlikte bahsedilmesine yol açmış ve sadece homoseksüellerde görüldüğü inancını doğurmuştur. Bu inancın sonucu olarak hastalık ve yaşam stili arasında ilişkiler kurulmuş ve hastalığa yakalanan kişiler damgalanmaya ve ayrımcılığa maruz bırakılmaya başlamıştır (Novogrodsky, 2009). 1981 yılının sonuna doğru 159 vakada (Curran & Jaffe,

2011) Mart 1982 tarihine kadar 290 tane büyük çoğunluğu homoseksüel ve uyuşturucu madde kullanan vakada ağır bağışıklık yetmezliği görülmüş, bu hastaların 290 hastadan 115'i yaşamını yitirmiştir (Haverkos & Curran, 1982). O esnada tıbbi tanımlanmamış sendromun "Gay Vebası" olarak bilindiği ilk yıllarda politikacıların, ana medya basınının ve halkın dikkatini çekmeyen bu hastalığın dikkat çekmeye başlaması 1982 yılının sonunu bulur (Curran & Jaffe, 2011). Bu esnada bazı araştırmacılar bu Kaposi's Sarcoma'dan 'Gay Vebası' 'Gay Kanseri' ve 'Gay Related Immune Deficiency (GRID – Gay ile ilişkili Bağışıklık Yetmezliği)' olarak Pneumocystis Pneumonia'dan ise 'Gay Pneumonia' olarak bahsetmeye başlar (Altman, 1982; Clews, 2017). Bu kullanım yalnızca 1982 yılının başından 1982 Eylül'üne kadar devam eder.

1982 Ocak ayında hastalara hizmet amaçlı New York'ta Gay Men's Health Crisis adında ilk sivil kuruluş kuruldu (Gay Men's Health Crisis, 2016). Her gün benzer belirtileri olan yeni hastaların ortaya çıkması durumu sonucu binlerce kişinin bu hastalığa yakalandığı olasılığını ortaya çıkarmıştır. Bu hastaların ilk olarak yayınlanmasında yaklaşık bir buçuk yıl sonra 24 Eylül 1982 tarihinde CDC ilk defa bu hastalığı AIDS olarak tanımladı (CDC, 1982). 1982 yılının sonuna doğru CDC kan transfüzyonu sonucu bu hastalığa yakalanan bebeği rapor etti (CDC, 1982). Bir hafta sonra MMWR 22 bebek vakayı raporladı (CDC, 1982).

Salgının ilk defa AIDS tanımından sonra 1983 yılının başlarında San Francisco'da ilk defa sadece AIDS hastalarına hizmet veren bir klinik açıldı (San Francisco History Center, 2003; Cisneros, 2011). Aynı yıl mart ayında CDC yayımladığı MMWR'de AIDS'e dair yaygınlığı ve demografik özelliklerinden bahsetti. AIDS evresinde çok sayıda seks partneri olan homoseksüellerin, damar yolu kullanan madde bağımlılarının, Haitililerin ve hemofililerin olması sonucu bu enfeksiyonun cinsel yolla, kan ve kan ürünleri yoluyla yayıldığı tezi ileri sürüldü (CDC, 1983). CDC, virüs'ün olası enfeksiyon yollarını haftalık raporunda yayımladı ve günlük temas, hava, su, yemek, çevresel yüzeyler bu yolların dışında

bırakıldı (CDC, 1982). Aynı yıl içinde Fransa’da Pasteur Enstitüsü’nden Dr. Françoise Barre Sinoussi ve iş arkadaşları AIDS’e yol açan virüsü bulmuş olabildiklerini rapor ettiler. Eşzamanlı olarak Gallo ve arkadaşları bu virüsü kefetmişlerdir (Gallo vd., 1983). Bu retrovirüse Lymphadenopathy Associated Virus(LAV) adını verdiler (Barré-Sinoussi vd., 1983). 1983 yılının sonlarına doğru Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) küresel AIDS durumunu değerlendirmek ve araştırmak için ilk toplantısını gerçekleştirir.

İlk başta sadece eşcinsellerde teşhis edilen bu salgın gereken tepkiyi uyandırmamış ama dünyanın birçok yerinde benzer vakaların rapor edilmesi sonucu birçok yerde AIDS üzerine çalışmalar yürütülmüş ve iki yıl gibi kısa bir sürede global düzeyde tepkiler ortaya çıkmaya başlamıştır. Salgının teşhis edilmesinden yaklaşık olarak 3 yıl sonra 1984 yılında Amerika İnsan ve Sağlık Hizmetleri Departmanı sekreteri Margaret Heckler, Dr. Robert Gallo ve arkadaşlarının AIDS’e neden olan virüsü bulduğunu duyurur. HTLV-III etiketi ile bu virüsten bahsedilir (Galo vd., 1984). Bu virüs daha sonra 1986 yılında HIV olarak anılmaya başlanacaktır. Virüsün teşhisi için ELISA testinin piyasaya sürülmesi ise 1985 yılında olur (Sepkowitz, 2001). Her ne kadar tedavi için çalışmalar devam etse de etkileyici bir tedavinin bulunması 1987 yılında HIV’in çoğalmasını yavaşlatan ilk ilaç Zidovudin (AZT) onaylanıp piyasaya sürüldü (Sepkowitz, 2001).

HIV enfeksiyonu ile ilgili ilk başta araştırmaların az yapılıyor olması, dönemin ABD başbakanı Donald Reagan’ın bu durum hakkında hiçbir (Guarinieri & Hollander, 2006) yorum yapmaması, salgının ciddi olduğu uyarısını bilim insanları tarafından yapılmasına rağmen yeterli derece fon sağlamaması özellikle LGBTİ organizasyonların da bir tepkinin ortaya çıkmasına yol açar (Pimenta, Brito, & Chequer, 2011). Bu duruma sadece ABD’de dönemin hükümeti değil aynı zamanda birçok araştırmacı bu konuya değinmek istemez (Pimenta, Brito, & Chequer, 2011). Çünkü, araştırmacıların çoğu bu durumun eşcinsellikle

ilgili olduğunu düşünüp bu konuda yorum yapmak istememiştir. Bu salgına tepkilerin ve aynı zamanda desteğin çoğu LGBTİ örgütlerinden gelmiştir.

1990'lı yıllara gelindiğinde HIV alanındaki çalışmalar artmış, sadece tıp ve ecza alanında değil toplumsal alanda da halkın farkındalığını artırmak için çalışmalar ortaya çıkmaya başlar. Her geçen gün yeni tanı alan insan sayısındaki hızlı yükseliş LGBTİ örgütlenmelerini bir araya getirip konu üzerine düşünmeye iter. AIDS aktivizminin önde gelen isimleri arasında Larry Kramer sayılabilir. 1991 yılında bir toplantı esnasında insanların panik halinde birbirlerini dinlemeden konuşmalarını “Veba (Plague)” diye bağırarak böler. “Bir veba ile karşı karşıyayız ve siz böyle mi davranıyorsunuz... Eğer birlikte hareket etmezsek ölü sayılırız.” diye devam eder (France, Richman, & Walk, 2017). Bu konuşmasından sonra HIV/AIDS sahasındaki aktivizm de hızlanmaya başlar. Tıbbi bir problem olarak başlayan HIV tüm insanları tehdit etmeye başlamış ve toplumsal bir problem halini almıştır. Larry Kramer'ın konuşmayı yaptığı yıldan bir yıl sonra 1992'de elde edilen verilere göre global düzeyde yaklaşık 2,5 milyon AIDS evresindedir.

HIV/AIDS'in ilk farkına varıldığı 1981'den 2017 yılına kadar yaklaşık olarak 77 milyon kişi tanı almış, toplam 35 milyona yakın insan (UNAIDS, 2017) AIDS evresinde ortaya çıkan fırsatçı enfeksiyonlardan dolayı yaşamlarını yitirmiştir (UNAIDS, 2018).

UNAIDS tarafından 2018 yılında yayınlanan rapora göre dünya üzerine yaklaşık olarak 36.9 milyon civarında birey HIV ile yaşamakta olup bunların %25'i HIV pozitif olduklarından bihaberdirler (UNAIDS, 2018). Bunun 1.8 milyonu 2017 yılı içerisinde tanı almış olan bireyler olup 2017 yılı içerisinde 940 bin kişi AIDS evresinde ortaya çıkan fırsatçı enfeksiyonlar sebebiyle yaşamlarını yitirmişlerdir (UNAIDS, 2018). Aynı şekilde 2017 sonuna kadar 18.2 milyon kişi 15 yaş üstü kadınları oluşturmaktadır (UNAIDS, 2018).

2016 yılı içerisinde 36.7 milyon insanın 18.2 milyonu antiretroviral tedaviye ulaşabilmekte iken fırsatçı enfeksiyonlardan dolayı 1 milyon civarında insan yaşamını

yitirmiştir (UNAIDS, 2017). Haziran 2017 verilerine göre yaklaşık olarak 20,9 milyon kişi tedaviye ulaşabilmektedir (UNAIDS, 2017). Bu rakam genel toplamın %53 civarını oluşturmaktadır (UNAIDS, 2017). 17,8 milyon yetişkin kadın, 16.7 yetişkin erkektir. (UNAIDS, 2017). UNAIDS, 2018 yılında yayınlanan verilere göre HIV/AIDS ile yaşayan birey sayısı en fazla Afrika bölgesindedir (UNAIDS, 2018).

2.2.2. İnsan hakları bağlamında HIV/AIDS ve uluslararası gelişmeler

HIV/AIDS salgını iki türlü ele alınıp değerlendirilebilir. Birincisi tıbbi bir problem olarak ele alınıp bireysel düzeyde kişilere yaptığı etki üzerinden tartışılabilir (Novogrodsky, 2009). İkincisi ise bu salgının halk sağlığı kapsamında ele alınıp hem bireysel hem de toplumsal düzeyde yaptığı etkiler ele alınabilir (Novogrodsky, 2009). HIV'in bulaşıcı bir virüs olması durumu bu salgını tedavi edilip engellenmesi gereken önemli bir halk sağlığı problemi haline getirmiştir. 1945 yılında Birleşmiş Milletler tarafından yayımlanan İnsan Hakları Bildirgesi ile birlikte her bireyin sağlık hakkı doğuştan kazanılan bir hak olarak ele alınmış olsa da HIV/AIDS salgının ilk ortaya çıktığı dönemde eşcinsellik, madde bağımlılığı ve seks işçileri ile özdeşleştirilmiş (Novogrodsky, 2009) olması durumu HIV ile yaşayan bireylerin haklarının ihlal edilmesine yol açmıştır. İnsan hakları bildirgesi ile kişinin sağlık ve sosyal hakları koruma altına alınmaya çalışılmıştır. Türkiye bu bildirgeyi 1949 yılında onaylamıştır (Bakanlar Kurulu Kararı, 1949).

İlk olarak tıp dünyasında yankı uyandıran HIV enfeksiyonu üzerine yapıştırılan etiketler ile toplumsal bir boyut kazanmıştır (Pimenta, Brito, & Chequer, 2011). Bu süreçte HIV pozitif bireylerin sağlık hakları, çalışma hakları, eğitim ve iş hakları ihlal edilmeye başlanmıştır. HIV ile yaşayan bireylere yönelik önyargı, damgalama görülmüştür (Novogrodsky, 2009). Ve bu bireyler durumlarından dolayı ayrımcılığa maruz kalmışlardır. Bu haksızlıkları gidermek için hem devlet yönetiminde (Mann, 1996) hem de sivil toplum

kuruluşlarınca (ACT UP, 1987; Gay Men's Health Crisis, 2016) birçok çalışmalar yürütülmüştür.

Birleşmiş Milletlerin 1945 yılında birleşmelerinin amaçlarında bir tanesi de evrensel düzeyde hizmet verecek bir sağlık örgütü başlatmaktı (WHO, 1948). Bu amaçları sonucu 7 Nisan 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kurulmuş oldu (WHO, 1948). DSÖ her ne kadar ilk AIDS üzerine ilk toplantısını 1983 yılında yapmış olsa da AIDS'in global düzeyde sağlık sorunları ile ilgilenen DSÖ'nün dikkatini çekmesi 1985 yılını bulur (WHO, 1997). 1985 yılında DSÖ AIDS üzerine ilk konferansını gerçekleştirir (IAS Society, 1988; WHO, 1997). 1986 yılında Jonathan Mann'a AIDS'e karşı örgütlü bir mücadele vermesi için görev verilir (Hilts, 1998). Jonathan Mann 1986 yılında DSÖ'ye bağlı AIDS'e karşı mücadele etmek için kurulan Global Programme on AIDS (GPA: Global AIDS Programı) organizasyonunu oluşturur (Whiteside, 2008; Korber, Osmanov, Esparza, & Myers, 2009). DSÖ bu program ile 1989'a doğru birçok ülkede çalışmaya başladı. 1987- 1995 arasında faaliyet gösteren GPA/WHO 1995 yılında Birleşmiş Milletler Cenevre genel toplantısında 1994-1995 yıllarına ait HIV/AIDS'e dair son raporunu sunduktan sonra da çalışmalarını son bulur (WHO, 1997).

Salgın ortaya çıktıktan sonra AIDS ile global düzeyde mücadele etmenin en önemli ismi Jonathan Mann AIDS ile mücadelenin ilk yıllarını iki aşama halinde ifade getiriyor (Mann, 1996). Birincisi 1981-1984 yıllarında halk sağlığının halkı bu salgına karşı uyarma görevi olduğunu, salgın bulaş yollarını ve riskli davranışların ne olduğunun araştırılması ile mücadele verildiğini ifade eder. Salgına karşı halk uyarıldıktan sonra ikinci aşamada, 1984-1988 yılları arasında ise bu mücadelenin AIDS karşısında halkı uyarmaktan daha kompleks bir mücadeleye, AIDS hakkında bilgilendirme, eğitim, AIDS ile ilgili sağlık ve sosyal hizmetler sağlama yoluyla kişisel düzeyde davranışları değiştirmeyi sağlama ve bu davranış değişikliğini devam ettirmeye dönüştüğünü ifade eder (Mann, 1996). AIDS'e karşı

mücadeleyi insan hakları bağlamına oturtan ve bu bağlamda geliştirmeyi hedef görmüştür (Mann, 1996; Novogrodsky, 2009; Pincock, 2013). Fakat 1988 yılında DSÖ genel direktörü Hiroshi Nakajima olduktan sonra Mann'ın çok fazla insan hakları vurgusu yapmasını eleştirir (Pincock, 2013). Bunun sonucu olarak aralarındaki güç çatışması sonucu Mann 1990 yılında GPA'den istifa etmiştir (Pincock, 2013). Nakajima'nın AIDS'e yeteri kadar önem vermemesi ise birçok yerden eleştiri almıştır (Pincock, 2013). HIV/AIDS'si uluslararası bir sorun olarak gören, ele alan ve uluslararası düzeyde mücadele edilmesi gerektiğini ifade eden (Mann, 1987; Mann vd., 1994) isim Jonathan Mann kabul edilebilir (Hilts, 1998).

HIV ile yaşayan bireyler için öncelikle ABD'de 1973 yılında yürürlüğe giren Rehabilitation Act 1973 504. Bölüm nitelikli çalışan engelli işçileri konu alan bu yasa HIV ile yaşayan bireylerinin uğradıkları ayrımcılık sonucu ortaya çıkan hak ihlalleri için de kullanılmaya başlanmıştır (U.S. DHHS, 2006). 1990 yılında çıkarılan, 1992'de yürürlüğe giren ADA olarak bilinen The Americans with Disability Act yasası ile ırk, renk, dil, din, cinsiyete temelli hak ihlallerine karşı olarak bu yasa genişletilmiştir (Gostin, 1992). HIV ile yaşayan bireylerin hakları bu yasa kapsamında korunmaya çalışılmıştır.

HIV enfeksiyonunun kısa sürede dünyadaki birçok yerde görülmeye başlaması onu küresel bir sağlık sorunu haline getirmiş ve diğer devletleri de harekete geçirmiştir. HIV ile yaşayan bireylerin sosyal ve sağlık haklarının ihlal edilmesini, ayrımcılığa maruz kalmalarını, etiketlenmelerini, bu alanlardaki hak ihlallerini en aza indirmek için ortak programlar yapılmış ve yardım fonları kurulmuştur (Mann, 1987).

Uluslararası düzeyde yasal düzenlemelerde HIV/AIDS'in ne durumda olduğuna bakıldığında iki durum ile karşılaşılmaktadır. Birinci durum, HIV pozitif bireylerin sağlık, eğitim, iş, mahremiyet haklarının ihlal edilerek mağdur duruma düşürüldüğü durumlardır (Patterson & London, 2002; OHCHR/UNAIDS, 2006; OHCHR/WHO, 2008). Örnek olarak, HIV tanısı alan bireyin bu durumundan dolayı işten çıkarılması, kendisinin izni olmadan

sağlık durumun üçüncü bir kişiye anlatılması, HIV pozitif olduğu için ameliyatının yapılmaması gibi ayrımcılığa uğraması, etiketlenmesi gibi sorunlar verilebilir. İkinci bir kategori olarak ise HIV pozitif bir bireyin başka bir bireyi HIV ile enfekte etme sorunundan dolayı ortaya çıkan hukuki durumdur (Weait, 2007).

HIV ilk ortaya çıktığında başkasını HIV ile enfekte etme durumundan çok HIV ile yaşayan bireylerin ayrımcılığa maruz kalması sonucu ortaya çıkan haksızlıkları gidermek yönünde çalışmalar yapıldı. Ryan White olayında olduğu gibi HIV pozitif bir bireyin eğitim hakkının ihlal edilmesi sonucu bu yönde hukuki çalışmalar yürütüldü (Saag, Masur, & Dolin, 2009). 1985 yılında hemofili hastası Ryan White adında bir ergen çocuğu, tedavisi için yapılan kan transfüzyonu sırasında HIV ile enfekte olur (Saag, Masur, & Dolin, 2009). HIV pozitif olduğu için eğitim hakkı ihlal edilir (Saag, Masur, & Dolin, 2009). Bu vaka HIV'e yönelik önyargı ve damgalama sonucu oluşan hak ihlaline örneklerinden bir tanesidir. Olaydan sonra Ryan'ın ailesi eğitim hakları için bir mücadele içerisinde girer. Olaydan sonra Ryan White başka bir okul tarafından kabul edilir. Bu esnada HIV'e yönelik yanlış bilgileri düzeltme, Bulaş yolları hakkında bilgilendirme programlarına katılır. 1990 yılında yaşamını yitirir (Saag, Masur, & Dolin, 2009). Pozitif bireylerinin çoğunun hakları aynı şekilde ihlal edilmeye devam etmiştir.

İnsan Hakları Bildirgesi, 13. Madde'ye göre bütün insanlar ülke içinde istediği gibi hareket etme hakkına ve kendi memleketini terk etme hakkına sahiptir (United Nations, 1948). HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin bazı ülkelere giriş hakkı uzun bir süre ihlal edilmiş, bazı Ortadoğu ülkelerinde ihlal edilmeye devam etmektedir. Kanada, Avustralya, Kıbrıs, Bahreyn, gibi ülkeler 6 aydan fazla kalacak ziyaretçilerden HIV testi yaptırmalarını istemektedir (HIV Travel, 2011). ABD HIV ile yaşayan bireylere yönelik giriş iznini 2010 yılında vermiştir (HIV Travel, 2011). Avrupa Komisyonundan bu izin 2009 yılında geçmiştir (HIV Travel, 2011). HIV ile yaşayan bireylerin giriş izninin olmadığı bazı ülkeler şunlardır:

Irak, Tunus, Ürdün, Mısır, Katar, Rusya, Singapur, Sudan, Yemen, Birleşik Arap Emirlikleri, Papua Yeni Gine... vs (HIV Travel, 2011). Bu ülkelerden bazıları gümrükten geçerken fark ettiği takdirde kişinin girmesine engel olabilir, hatta kişi ülkeye giriş yaptıktan sonra eğer kişinin pozitif olduğu fark edilirse kişi fiziksel güç kullanılarak ülkeden çıkarılabilir (HIV Travel, 2011). Ülkelerin HIYB'lere yönelik tutumu insan haklarına aykırı olduğu gibi HIV ile yaşayan kendi vatandaşlarını inkardır. Ve HIV/AIDS'i kontrol ve önleme açısından büyük engel teşkil etmektedir.

HIV/AIDS kan transfüzyonu, cinsel ilişki, anneden bebeğe geçme yolu ile bebeklerden yaşlılara kadar tüm yaştaki, cinsel yönelimdeki, cinsiyetteki, ırktaki insanları etkilemekle birlikte belirli başlı bazı risk gruplarında yayılma hızı daha yüksektir (OHCHR/WHO, 2008). Bu grupları seks işçileri, kan yollu ile madde alan bağımlılar, çok partneri olanlar ve sosyoekonomik olarak düşük seviyedeki insanlar oluşturur (OHCHR/WHO, 2008). Bu yüzden özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde HIV/AIDS tanısı alan bireylerin sayısı hızla artmaktadır. Yoksulluğun ve kötü yaşam koşullarının HIV yayılımını artırdığını, aynı şekilde HIV yayılımının fakirliği daha artırdığı söylenebilir (OHCHR/WHO, 2008). Yoksul ve gelişmemiş ülkelerdeki kötü çevre koşulları karşısında kötü sağlık hizmetlerine sahip olması bu durumu daha da kötüleştirmektedir. Bununla birlikte HIV/AIDS konusunda yetersiz bilgi ve önyargı HIV/AIDS salgınının yaygınlaşmasını kontrol etmeyi ve engellemeyi zorlaştırmaktadır (Novogrodsky, 2009). Daha da ileriye gidildiğinde bireyler haksızlığa uğrama korkusundan test yaptırmaya korkar hale gelmiş ve halk sağlığını da tehdit etmeye devam etmiştir (Novogrodsky, 2009). Çünkü, test yaptırmayanların olması demek salgını kontrol etmekte zorlanmak demektir (Novogrodsky, 2009). Salgın ile baş edilmesinin bir yolu da kişilerin haklarının korunması ve kişilerin test yaptırmak için cesaretlendirilmeleridir (Novogrodsky, 2009).

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin (HAYB) ayrıca mahremiyet hakları ihlal edilebilmektedir. Sağlık ve özel hayata dair bilgiler kanunlarla güvence altına alınmış olsa da bu bilgiler hastanın onayı olmadan başkası ile paylaşılabilir. (UNAIDS: IPU, 1999)

Yukarıda söz konusu hak ihlallerini engellemek için gelişmiş ülkelerde HIV/AIDS'e yönelik yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu yasaların Kanada, Batı Avrupa, Amerika gibi ülkelerde daha ileri olduğu görülmekle beraber bazı Asya ülkeleri ve orta doğu ülkeleri HIV/AIDS ile yaşayan bireyleri ülkelerine almayarak seyahat etme haklarını ihlal etmektedirler (HIV Travel, 2011).

HIV/AIDS ile ilgili karşımıza çıkan ikinci durum HIV transmisyonu ile suç işleme durumudur (UNAIDS, 2006; UNAIDS Background Paper, 2012). Kişinin başkasını bileyerek veya bilmeyerek HIV ile enfekte etmesinin suç kabul edilmesi 1990lı yıllara kadar gitmektedir (Weait, 2007). Genelde HIV transmisyonu esnasında pozitif olan taraf kendi durumundan habersiz olabilmekte, ayrıca HIV'in transmisyondan sonra mutasyona uğramasından dolayı transmisyon suçunu kanıtlamak çok zordur. Hukuk alanında özellikle bu sorun üzerine çalışılmaktadır (UNAIDS: IPU, 1999). Matthew Weait, 2007 yılında yazdığı 'Intimacy and Responsibility: The Criminalization of HIV Transmission'[†] isimli kitabında HIV transmisyonunun kriminalize edilmesini detaylı olarak ele almakta ve şu soruları sormaktadır (Weait, 2007): HIV transmisyonu sağlayan bütün bireyler suçlu olarak kabul edilmeli midir? Hangi koşullarda ve temelde HIV transmisyonu sağlayan kişiler suçlu olarak kabul edilmelidir? Weait HIV/AIDS'i zarar verme, neden olma, suçluluk, sorumluluk kavramları ile olan ilişkisini sorgulayıp bu kavramları yeniden değerlendirmiştir. Sonuç olarak HIV transmisyonunun görüldüğü davaları incelemekte ve bu davaların insan hakları bağlamında HIV/AIDS'e özel bir tutumla yapılmasını önermektedir. Özellikle kişinin durumundan habersiz olması veya bilerek yapmasını göz önünde bulundurulmasını ve HIV transmisyonun

[†] Çeviri: Mahremiyet ve Sorumluluk: HIV transmisyonun suç kabul edilmesi.

bilimsel olarak kanıtlanmasının zor olmasını sorunsallaştırmaktadır (Weait, 2007). HIV transmisyonunu kriminalize eden yasaların damgalama, ayrımcılık dahil HIYB'ler için negatif sonuçları olduğunu belirten bulgular da mevcuttur (Brown, Hanefeld, & Welsh, 2009).

2.2.2.1. Denver İlkeleri (The Denver Principles) 1983

HIV'in ilk keşfedilmesinden yaklaşık olarak iki yıl sonra aktivistler, doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanların katıldığı bir konferansta HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumun nasıl olması gerektiği yönündeki önemli ilk açıklamaları içerir. Konferans esnasında belirlenen ilkelerde öncelikle tanı alanlara 'kurban' ve 'hasta' demenin ayrımcı ifadeler olduğunu, böyle ifadeleri kınadıklarını, bunun yerine 'AIDS ile yaşayan insanlar' ifadesinin kullanımı önerdiklerini belirlemişlerdir. Bu ilkelerden bazıları bütün insanlara öneriler şeklindeyken, bazı ilkeler ise HIV ile yaşayan bireylere yöneliktir (The Advisory Committee of The People with AIDS, 1983). Tüm insanlara tavsiyeler kısmındaki iki madde aşağıdaki gibidir.

“Tüm insanlara tavsiyeler:

1. AIDS'in sosyal iletişim veya dokunarak geçeceği yönünde herhangi bir dayanak mevcut olmamasına karşın bizi evimizden sürenlere, işimizden çıkaranlara, bize dokunmayı reddedenlere, bizi sevdiklerimizden, topluluklarımızdan ayıranlara karşı verdiğimiz mücadelemizde bizleri destekleyin.
2. AIDS ile yaşayan bireyleri günah keçisi yapmayın, salgın için böyle insanları suçlamayın ve de yaşam stilleri ile genelleme yapmayın.”

(Guarinieri & Hollander, 2006)

Böylece HIV/AIDS'e yönelik tutumlara yönelik ilk adımlar atılmış oldu. (Guarinieri & Hollander, 2006)

2.2.2.2. 90-90-90 UNAIDS (UNAIDS, 2014)

UNAIDS'in 2014 yılında 20. Uluslararası AIDS Konferansı esnasında başlattığı projedir (UNAIDS, 2014). Projenin temel hedefi 2020 yılına kadar HIV ile yaşayan bireylerin %90'ına ulaşım durumlarından haberdar etmiş olmak, tanı alan bireylerin %90'ını tedaviye başlatmış olmak, tedaviye ulaşanların %90'ının viral yükünü baskılamış olmasıdır. Böylece HIV pozitif bireylerin yaklaşık %73'üne ulaşılmış olacak, bu oranda insan tedaviye başlamış olacak ve viral yükleri baskılanmış olacaktır (UNAIDS, 2014). Bunu sağlamak için sadece ilaçlar kullanılmamış, aynı zamanda HIV/AIDS hakkında doğru bilgiye ulaşımı sağlama, kondom kullanımını artırma, pre-exposure prephilaxis(PreP) kullanımını hakkında bilgi sağlama, HIV ile yaşayan bireylerin haklarının ihlal edilmesini önleme gibi bütüncül bir yaklaşım benimsenmiştir (UNAIDS, 2014). 2016 yılında toplanan datalar virüs ile yaşayan bireylerin üçte ikisi kendi durumundan haber olmuş. Kendi durumundan haberdar olanların %77'si tedaviye ulaşmış, tedaviye ulaşanların %82'sinin viral yük baskılanmıştır (UNAIDS, 2017). 2016 yılında ilk defa HIV ile yaşayan bireylerden yarısından fazla kişi tedaviye ulaşabilmiştir (UNAIDS, 2017). HIV test ve tedavisinde artma sonucu 2010 yılından 2016 yılına kadar yeni HIV tanısı alan sayısında %16 azalma görülmüş, AIDS evresinde ölenlerin sayısında ise %32 azalma görülmüştür (UNAIDS, 2017).

UNAIDS 2018 yılı datasına göre 90-90-90 hedefi değerlendirildiğinde HIV ile yaşadığı tahmin edilen insanların %75'ine ulaşılmış, bu rakamın %79'unun (toplamın %59'u) tedaviye ulaşmaları sağlanmış, tedaviye ulaşan topluluğun %81'inde (toplamın %47'sinde) viral yükün kontrol altına alınması sağlanmıştır (UNAIDS, 2018).

2.2.3. Türkiye’de HIV/AIDS

Dünyada HIV ile yaşayan bireylerin sosyal ve sağlık güvenlikleri koruma altına alınmışken Türkiye’de bunun yasal bir karşılığı bulunmamaktadır. Türkiye’de HIV/AIDS 1985 yılından bu yana bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Sağlık bakanlığının 2013 yılında yayınladığı verilere göre 1985 yılında 3 kişinin AIDS evresinde olması ile Türkiye’nin HIV/AIDS ile tanışıklığı başlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013). Bu sayı başlangıçta yavaş bir şekilde artarken 2010 yılından sonra yeni tanı alan sayısında hızlı bir artış olmuş (Erbaydar & Erbaydar, 2012) ve 2010- 2016 arasında yeni tanı alan sayısında 2,5 kat bir artma görülmüştür. Halk sağlığı genel müdürlüğü, bulaşıcı hastalıklar daire başkanlığı verilerine göre raporuna göre 1985 yılından 2018 yılının sonuna kadar toplamda 19.748 kişi HIV tanısı almış 1772 kişi ise enfeksiyon sürecinde AIDS evresindeyken tanı almıştır (Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, 2019). Türkiye’de HIV pozitif bireylere yönelik sistematik bir çalışma yürütülmemekle beraber sağlık bakanlığına yansıyan toplamda 21.520 kişi HIV/AIDS olgusu bulunmaktadır. Bunun 4.329’unu kadınlar, 17.191 kişi ise erkekleri oluşturmaktadır (Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, 2019). Toplam rakamın %34.93’ü heteroseksüel cinsel ilişki, %14.43’ü homoseksüel/biseksüel cinsel ilişki, %1.27’si damar içi madde bağımlılığı, %0.79’u anneden bebeğe geçiş, %0.48’i enfekte kan transfüzyonu, %48.56’sı bilinmeyen yollar, 0.11’i hemofili hastası, %1.03 çoklu bulaş, %0.45’i ise nazokomiyal bulaşma ile HIV edindiğini bildirmiştir (Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, 2019).

2018 yılı içerisinde HIV tanısı alan birey sayısı 2011 (676 kişi) yılına nazaran 4 küsür kat kadar artarak 3248’dir (Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı, 2019). Bu rakamın %30,39’u heteroseksüel cinsel ilişki sonucu enfekte olmuşken, %16.66’sı homoseksüel/biseksüel cinsel ilişki, %0.72’si damar içi madde bağımlılığı, %52.38’i ise bilimeyen yollardan HIV’i edindiğini bildirmiştir (Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı,

2019). Sadece 2016 yılında 2012 yılına göre HIV tanısı alanlarda yaklaşık %150'ye yakın bir oranda artış görülmektedir. 2012 yılında HIV tanısı alan birey sayısı 986 iken 2016 yılında bu rakam 2470'e çıkarak zirveyi bulmuştur (HSGM, 2016).

1985 yılı itibari ile HIV/AIDS tanısı alan hastaların bildirim zorunlu kılınmıştır (Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, 2017). Tanı alan kişinin kişisel bilgilerinin paylaşımından kaynaklı hak ihlallerini engellemek için 1994 yılında yeni tanı alan bireylerin bildirim bir kod ile yapılmaya karar verilmiştir (Sucaklı, 2011). 1986 yılında kan ürünlerinin HIV enfeksiyonu taraması zorunlu kılınmıştır (Sucaklı, 2011). 1987 yılına gelindiğinde kayıtlı seks işçilerinin HIV taramasından geçmeleri zorunlu hale getirilmiştir (Sucaklı, 2011). Aynı yıl ameliyat öncesi ve organ bağışlayan kişilere HIV testi uygulanmaya başlanmıştır (HSGM, 2016).

HIV/AIDS global düzeyde yankı uyandırmaya devam ederken Türkiye'de ulusal düzeyde resmi olarak ilk olarak 1996 yılında Ulusal AIDS Komisyonu kurulmuştur (Sucaklı, 2011). Komisyon HIV/AIDS ile ilgili çalışmalar yürütmüş ancak bu çalışmalar sadece öneri düzeyinde kalmıştır. Ve Komisyon 2000'li yıllarla birlikte aktivitesi yitirmiştir (Gökengin, 2018). Komisyonun temel hedefi HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CBYH: Sexually Transmitted Diseases -STD) kontrol etmek ve yayılmasını önlemektir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Sivil toplum örgütleri, Kamu ve özel kuruluşların bir araya gelmesi ile oluşturulmuş ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

HIV/AIDS yayılımını engellemekte önde gelen ve birçok gelişmiş ülkede kullanılan stratejilerden bir tanesi de risk gruplarını belirlemektir. Türkiye'de bu yönde devlet tarafından sadece bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmanın örneğini 2007 yılında seks işçileri, damar yolu ile uyuşturucu madde alan bağımlılar ve homoseksüel erkekler gibi risk grupları oluşturmuştur (Gökengin, 2018). Çalışmadan sonra risk grupları ile ilgili herhangi bir çalışma

yürütülmemiştir. Ulusal strateji planları yapılmakta ancak son yıllarda yeni tanı sayısındaki aşırı artma bu planların pratikteki niteliğini sorgulatmaktadır. (Gökengin, 2018)

Türkiye HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin toplam sayısı ve tanı-tedavi açısından bölgedeki diğer ülkelere nazaran ileri bir konumda bulunmaktadır (Gökengin, 2018). Fakat, Türkiye'nin HIV/AIDS konusunda kapsamlı bir araştırma yürütmüyor olması, seks işçileri, damardan madde alan bağımlılar gibi risk gruplara yönelik herhangi bir tedavi stratejisi belirlemiyor olması yeni tanı kontrolünü zorlaştırmaktadır (Gökengin, 2018). Ege Üniversitesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olan Prof. Dr. Deniz Gökengin'in Klinik Dergisi'nde yayımlanan 'Türkiye'de HIV Enfeksiyonu: Hedefe Ne Kadar Yakınız?' isimli derleme makalesinde Gökengin (2018), HIV/AIDS'in Türkiye'deki seyrini, UNAIDS'in 90-90-90 projesi kapsamında değerlendirmektedir. Gökengin, Sağlık Bakanlığı'nın kapsamlı olmayan çalışmaları sonucu olarak öngörülemeyen vaka sayısının, risk gruplarının belirlenmemesinin, sistematik bir planın olmayışının yeni tanı alan HIV/AIDS ile yaşayan insan sayısını kontrol etmenin önünde büyük engeller teşkil ettiğinden bahsetmektedir (Gökengin, 2018). Türkiye'de 2011-2015 yılları arasında bazı merkezlerden toplanan 2530 olgu ile yapılan bir çalışmada bulaş yolu olarak heteroseksüel cinsel ilişki oranı %53,9, homoseksüel ilişki enfekte oranı %27,5 olarak tespit edilmiştir. Söz konusu yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu verilere göre bu oran %42'ye %11,4 bulunmuştur. Yeni tanı alıp bulaş yolu olarak heteroseksüel ilişki bildirenlerin sayısında azalma olurken, homoseksüel ilişkide bu sayı hızla artmaktadır. Ayrıca enfekte olduğunu bilmediğini söyleyenlerin oranı ayrıca yüksektir. Gökengin (2018) aynı makalede toplumda homoseksüel ilişkiye karşı olan önyargı, damgalama kişilerin bunu açıkça ifade etmelerin engel olabileceğini söyleyen yayınların olduğunu söylemektedir. Fakat, bu konu ile ilgili herhangi bir çalışma yürütülmüş değildir.

Analitik bir çalışma yürütülmemiş olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı seks işçiliğinin HIV/AIDS önemli bir etken olduğunu ileri sürmektedir (Gökengin, 2018). Aynı şekilde damar yoluyla madde alan bağımlıların gelecekte HIV/AIDS yayılımını arttıracaklarını savunmaktadır (Gökengin, 2018). Yasal düzlemde damar yoluyla uyuşturucu madde alanlara yönelik yasaklamalar bu risk grubunun araştırılmasını zorlaştırmakta ve HIV/AIDS ile ilgili bilgilerin yanıltıcı olmasına yol açmaktadır. Bu nedenden dolayı HIV/AIDS tanısı alan bireylerin kişisel haklarının ve çıkarlarının korunması HIV/AIDS olgularını azaltmada önemli bir etken haline gelmektedir (Gökengin, 2018).

2.2.3.1. Türkiye’de HIV/AIDS ile ilgili yapılmış bazı çalışmalar

HIV/AIDS’in ilk ortaya çıktığı dönemden bu yana marjinal, toplum tarafından ötekileştirilen homoseksüel, seks işçileri, madde bağımlıları gibi gruplar ile özdeşleştirilmesi HIV/AIDS’e dair önyargı yaratmıştır (Dodds vd., 2004; Zorlu & Çalım, 2012). Bu önyargının sonucu olarak tanı alan bireyler damgalanmış ve toplumdan tarafından dışlanmış. Damgalanmanın yarattığı korku tanı alan bireylerin kendilerini toplumdan izole etmelerine yol açmıştır. Gökengin, Öktem ve Çalık (2017)’in Türkiye’de HIV ile yaşayan bireylerin damgalanması üzerine yürüttükleri çalışmada toplamda 100 birey ile görüşülmüştür. Etiketleme ile birlikte ayrımcılığa maruz kalan insanların oranı %23.1 iken, insani haklarının ihlal edilmesi oranı %30 olarak tespit edilmiştir. En çok görülen etiketlenme %69 oranıyla HIV ile yaşayanlar hakkında dedikodu yapılmış olması bulunmuştur. İkinci sırada ise %46 oran ile HIYB’lere yönelik taciz, tehdit ve incitilme olduğu görülmüştür. Katılımcıların %30’u etiketlenmeden dolayı işten çıkarılmış, %20’sinin sağlık haklarına erişimi engellenmiştir. Araştırmanın ilgi çekici noktalarından bir tanesi de bu bireylerin içselleştirilmiş bir damgalanmanın varlığının tespit edilmiş olmasıdır. Kişilerin farkın olmadan tanılarında dolayı bir suçluluk, utanç duydukları ve özgüvenlerini kayb ettikleri

görülmüştür. İçselleştirilmiş damgalanmanın erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra bu kişilerin kendilerini sosyal çevreden izole ettikleri gözlemlenmiştir (Gökengin, Öktem, & Çalık, 2017).

HIV/AIDS'in etiketlenmiş bir hastalık olması durumunun sebebiyet verdiği durumlardan bir tanesi HIV'i kontrol etme ve önlemeyi zorlaştırmasıdır. Damgalama hastalığa karşı olan önyargıyı beslemekte, kişilerin test yapmasına engel teşkil etmekte ve bireyleri daha da savunmasız hale getirmektedir (AVERT, 2018). Bu durum kendi durumdan habersiz HIV ile yaşayan bireylerin toplum içinde gizli kalmasına yol açmaktadır. Oran ve Şenuzun HIV/AIDS'e yönelik önyargı ve damgalamayı kırılması gereken bir zincir olarak görmekte ve salgının kontrolü ve önlenmesi açısından önemli bir basamak olduğunu ifade etmektedirler. Aynı zamanda bilgilendirme programlarının oluşturulmasının önyargıyı kaldıracığını ifade etmişlerdir (Oran & Şenuzun, 2008).

Önyargıyı bir gruba veya kişiye yönelik var olan temelsiz bilgi ve bu bilgiye eşlik eden güçlü duygulanım oluşturmaktadır (Paker, 2012). Türkiye'de HIV/AIDS'e yönelik bilimsel temeli olmaya bir bilgi birikiminin olduğu birçok çalışma ortaya konulmuştur. Genel anlamda cinsel yolla bulaşan hastalıklara dair bilgileri olduğu fakat kendilerini yetersiz hissettikleri tespit edilmiş diğer yandan spesifik olarak ise HIV'in hangi yollarla bulaşacağına dair doğru bilginin yanı sıra gündelik temas ile enfekte olabileceği gibi temeli olmayan düşüncelerin varlığı bulgulanmıştır (Demir & Şahin, 2014). Türkiye'de HIV/AIDS'e dair bilgi ve tutumları inceleyen araştırmalara bakıldığında sağlık çalışanlarından (Ercan, 2015; Bayrak, Keten, & Fincancı, 2014) işverenlere (Surgevil & Akyol, 2011) kadar geniş bir aralıkta bu bilgisizliğin görüldüğü ve bu bilgisizliğin önyargı/damgalanmayı beslediği ve ayrımcı tutumlara yol açıldığı tespit edilmiştir (Zorlu & Çalım, 2012). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada sağlık dışındaki bölümlerde okuyan öğrencilerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları bulgulanmıştır (Demir &

Şahin, 2014). Bilgi kaynağı olarak ise medyayı temel aldıkları ortaya çıkmıştır (Ay & Karabay, 2006; Demir & Şahin, 2014). 286 üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir araştırma görüşülen öğrencilerin yarısından fazlasının CYBH hakkında bir bilgisi olmadığını ifade etmiştir (Özdemir, Ayvaz, & Poyraz, 2003).

Hemşirelerin HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik tutumlarını incelemek amaçlı yürütülen bir araştırmada 95 tane hemşire ile görüşülmüştür. Katılımcıların %69,5'inin HIV hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte katılımcıların çoğu HAYB ile aynı ortamı paylaşmak, aynı ortamda çalışmak ve arkadaş olmak istemediğini ifade etmişlerdir (Ay & Karabay, 2006; Ataç & Buzlu, 2016). Katılımcıların sadece %53,7'si HAYB'lara ve başka bir hastalığı olanlara bakım arasında fark olmadığını dile getirmiştir. Hemşirelerin %41,1'i salgının kişilerin cinsel tercihlerine bağlı olduğunu belirtmiştir (Ataç & Buzlu, 2016). Her ne kadar yeterli bilgiye sahip olsalar da fark edilir oranda bir damgalamanın söz olduğu görülmüştür (Ataç & Buzlu, 2016). Özellikle hastayı suçlama ve yargılama, bilgilerini paylaşma yönünde bir damgalamanın ortaya çıktığı görülmektedir (Ay & Karabay, 2006; Ataç & Buzlu, 2016).

Sağlık personelleri ile yapılan başka bir araştırmada çalışanların hastane tipine (devlet, özel, üniversite) bağlı olarak HIV/AIDS'e dair bilgileri ölçülmüştür. Çalışmanın sonucu olarak personellerin bilgileri arasından anlamlı bir fark bulunmamakla beraber özel hastanelerin salgını önleme ve kontrol etme yönünde daha duyarlı olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum devlet hastanelerindeki çalışanların HIV/AIDS'e yönelik hassasiyetin eksikliğini ortaya koymaktadır (Ercan, 2015).

Amerika, Türkiye, Nijerya, Güney Afrika ülkelerindeki üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS'e dair bilgilerinin ölçülmenin amaçlandığı bir araştırmada Türkiyeli öğrencilerin Amerika ve diğer ülkelerdeki öğrencilere nazaran daha fazla yanlış bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir (Abiona vd., 2014). Yine Türkiye'de Üniversite öğrencilerinin sosyal medya

kullanımı ve CYBH ile ilgili farkındalıklarının ölçüldüğü bir çalışma öğrencilerin bu hastalıkların transmisyonu ve korunma yolları hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir. Ayrıca riskli durumların ne olduğuna dair yetersiz bilgiye sahip oldukları bulgulanmıştır (Aykan vd.,2017).

Aşar-Brown toplamda 126 kadın, 127 erkekten oluşan toplamda 253 kişinin katıldığı yüksek lisans tez çalışmasında HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik bilgi birikimi, damgalama ayrımcılığı toplumsal cinsiyet bağımsız değişkenine göre ölçmeye çalışmıştır. Sonuç olarak erkek katılımcıların %44,9'u HIV enfeksiyonu hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu, kadınların ise %27,2'sinin yeterli derecede bilgiye sahip olduğunu ifade etmiştir. Fakat Aşar-Brown analizin sonucunda bilgisizlik konusunda erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Bunun sonucu olarak erkeklerin HIV konusunda sahip oldukları bilgiden daha fazla bilgiye sahip olduklarını belirtmelerini toplumsal cinsiyetlere yüklenen roller temelinde oluştuğunu ifade etmiştir. Başka bir deyişle erkekler kendilerini olduklarından daha fazla göstermeye çalışmışlardır. Katılımcıların çoğunluğunun HIV enfeksiyonun sivri sinek ile bulaşabileceğini belirtmişlerdir. Araştırmanın ilginç sonuçlarından bir tanesi de katılımcıların neredeyse yarısı HIV'in emzirme ile bulaşabileceğini bilememektedir. Araştırmanın sonucunda bilgi birikimi ve ayrımcılık arasında ters orantı olduğu gözlemlenmiştir. HIV/AIDS'e dair bilgi birikimdeki artış HAYB'lara yönelik ayrımcılığı azaltmaktadır. Muhafazakâr görüş ile ayrımcılık arasında pozitif yönde bir korelasyon tespit edilmiştir. Muhafazakâr görüşe sahip katılımcıların HIV'e karşı daha fazla ayrımcı bir tutum sergilemişlerdir. Muhafazakarlık ve HIV/AIDS'e dair bilgisizlik arasında pozitif yöne bir korelasyon görülmüştür. Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse toplumun ahlaki değerlerini temel olarak kullananların daha fazla bilgisiz olduğu gibi daha fazla ayrımcı tutum sergilemişlerdir (Brown, 2007). Bilgi birikimi ve olumlu tutum

arasındaki ilişkiye dair argümanı destekleyen başka çalışmalar da mevcuttur (Kostak, Ünsar, & Sadırlı, 2009).

HIYB'lere yönelik damgalama ve ayrımcılık yukarıdaki örneklerden görüldüğü üzere kişilerin salgına dair bilgi birikimi ile pozitif yönde bir korelasyon içerisinde olduğu görülmektedir.

Türkiye'de HIV/AIDS'in medikal yönü ile birlikte sosyal ve ekonomik boyutunun çalışıldığı görülmektedir. Fakat HIV/AIDS devlet temelinde bu çalışmaların baz alınmaması, özellikle genelde CYBH, özel olarak ise HIV/AIDS'e dair bilgi birikiminde ortalamanın üzerinde bilgisizlik görüldüğü halde bu açığı kapatma yönünde pratikte projelerin olmaması HIV/AIDS'a dair bilgisizliğin sonucu olarak ortaya çıkan ayrımcılık, damgalama ve hak ihlallerinin devam etmesine katkıda bulunmaktadır (Gökengin, Öktem, & Çalık, 2017). Bunun sonucu olarak HIV/AIDS ile yaşayan bireyler medikal problemlerinin yanı sıra sosyal ve ekonomik sıkıntılar ile yüzleşmektedirler.

Türkiye'de HAYB'ların psikiyatri alanında yaşadıkları sorunlar ile çalışıldığı halde bu bireylerin psiko-sosyal durumlarını bütüncül bir şekilde daha önce çalışılıp değerlendirilmediği gözlemlenmiştir.

2.2.4. HIV/AIDS yasal düzenlemeler ve hak ihlalleri

Türkiye'de HIV/AIDS yeni tanı sayısında hızlı bir artma gözlemlenmekle (Şengöz & Pehlivanoğlu, 2017) birlikte Türkiye'nin HIV/AIDS salgını için yasal düzeyde HIV/AIDS'e özel bir düzenleme yapmadığı gözlenmiştir (Gökengin, 2018). Türkiye'de 1996 yılında Ulusal AIDS komisyonu kurulmuş fakat çalışmaları pratikte karşılık görmemiştir. Özellikle 2010 yılından sonra HIV yeni tanı sayısındaki artış bu komisyonun yetersiz kaldığını düşündürmektedir. Yeni tanı sayısındaki artış sonucu Sağlık Bakanlığı bu yönde çalışmalara ağırlık vermeye başlamış, ilk ve tek tanı ve tedavi rehberini 2013 yılında yayımlanmıştır

(Sağlık Bakanlığı, 2013). Ama hak ihlalleri yönünde önemli ilk adım anayasa mahkemesi tarafından HIV/AIDS ile yaşayan bireyin işten çıkarılması sonucu açılan davada işçi lehine verilen karardır (T.A.A. Başvurusu: Karar, 2017). Vaka İş Alanındaki Hak ihlalleri başlığında daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Yasal düzeyde HIV/AIDS ele alındığında HIV/AIDS'e özel bir yasanın olmadığı görülmektedir. HIV/AIDS salgınını kontrol etme, önlemedeki yönünde ciddi adımların atılmamış olması HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sosyal, sağlık, iş, eğitim haklarının ihlal edilmesine yol açmakta ve bireyler üzerinde daha fazla baskı yaratmaktadır.

2.2.4.1. Sağlık alanındaki hak ihlalleri

HIV/AIDS'in kontrol ve önlenmesinde en önde gelen adım tanı alan bireylerin tedaviye ulaşmalarını sağlamaktır. ART tedavisi genel olarak çok pahalı bir tedavi yöntemidir. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin 2012'de uygulanmaya başlaması ile insanların tedaviye ulaşma şansı artmıştır (Gökengin, 2018). Kişiler çalışmasalar bile gelir durumlarında göre aylık cüzi bir miktar ödeyip ART tedavisi kapsamındaki ilaçlara ücretsiz ulaşabilmektedirler (Gökengin, 2018). Fakat, borçları olanların GSS'den faydalanmamaları sorunsalı devam etmektedir. Borçlar günümüzde taksitlendirilse bile işsiz bireyler bu taksiti ödemede zorluk yaşayabilmektedirler.

HAYB'ların en çok ayrımcılığa maruz kaldığı ve haklarının ihlal edildiği alanlardan bir tanesi sağlık alanında meydana gelmektedir. HIV/AIDS tanısı alan bireylere yönelik sosyal, hukuki ve psikolojik destek ve danışmanlık hizmeti veren sivil toplum kuruluşu Pozitif Yaşam derneği hak ihlalleri ile ilgili toplamda 3 tane rapor yayınlamıştır. Raporlar 1985- 2007, Temmuz 2007 – Temmuz 2008, Ağustos 2008 – Aralık 2009 zaman aralıklarında meydana gelen ve derneğe direkt yansıyan veya medyadan ulaşılan hak ihlallerini kapsamaktadır. Sağlık alanında rapora yansıyan hak ihlalleri oranı %47,4 olduğu görülmüştür.

Özellikle, Tıbbi bilgilerin hastanın izni olmadan paylaşılması, sağlık durumu hakkında hastaya bilgi verilmemesi ya da uygunsuz bir tutum ile hastayı durumu hakkında bilgilendirme, sağlık hizmetlerine ulaşırken adalete uygun erişim konularında HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin haklarının ihlal edildiği görülmektedir (Pozitif Yaşam Derneği, 2007; 2008; 2010).

Doktorların HIV ilaç ve tedavi hakkında güncel bilgilere sahip olmaması tanı alan bireylere zarar verebilmektedir. İstanbul'da iki doktor tarafından tanı alan bir bireye güncel olmayan yan etki ve dozları fazla olan ilaçlar verilmiş, Pozitif Yaşam Derneği'ne gelen danışanın beyanı ile bu durum öğrenilmiştir. Başka bir vakada doktor kişinin ilaçları nasıl kullanacağına dair bilgilendirme yapmamış gece alınması gereken ilaç gündüz alınmıştır (Pozitif Yaşam Derneği, 2008).

Kişisel olarak telefonda danışmanlık verdiğim yeni tanı alan bir danışan tanı aldıktan sonra doktorun kendisine şu cümleyi kurduğunu belirtmiştir: "Kırsacık bir zevk için hayatını mahvettin.". Böylece HIV ile yaşayan birey direkt doktor tarafından suçlanmış ve zan altında bırakılarak mağdur edilmiştir. Raporda yer alan başka benzer bir olayda hastanın evde yaşadığı diğer kişilerden kendi eşyalarını ayırması gerektiği yönünde önerilerde bulunmuştur (Pozitif Yaşam Derneği, 2008).

HIV/AIDS'e yönelik damgalama ve eksik bilgi doktorların HAYB'lara yönelik tutumlarında ayrımcı davranmaların yol açmakta ve daha da ilerisi hastaların ölmesine yol açabilmektedir. Bir olay sonrası aldığı darbeler ile komaya giren ve hastaneye kaldırılan bir birey yapılan testler sonucu HIV ile enfekte olduğu tespit edildi. Teşhisten sonra kişi karantinaya alındı. Yoğun bakıma ziyaretçi alımı durduruldu ve içerideki refakatçilerin dışarıya çıkması engellendi. Kan kaybından dolayı yaşamını yitiren hasta daha sonra ilaçlandı. Olay esnasında hastanede bulunan sağlık personelleri test yaptırdı. Kavgaya karışmış bireylerin risk altında olduğu gerekçesiyle test yaptırmaları istendi. Bu olayda kişisel

hayatın ve tıbbi bilgilerin gizliliği ve mahremiyet haklarının ihlal edildi görülmektedir (Pozitif Yaşam Derneği, 2007).

Bunun yanı sıra HIV/AIDS olduğu gerekçesi ile hastaların tedavileri reddedilmekte, ilgilenilmemekte, hastaneye yatırılan hastaların bakımı eksik yapılamamakta, bazı hastanelerde bu hastalar karantinaya alınmakta, ziyaretçi ve refakatçi alınmamakta, sağlık çalışanları tarafından hakarete maruz kaldıkları gözlemlenmiş ve raporlara yansımıştır (Pozitif Yaşam Derneği, 2007).

Hak ihlallerinin bazıları direkt sağlık çalışanlarından kaynaklanmayıp çalışma ortamındaki ekipmanların eksikliği sonucu doktorların sorumluluğu almak istememelerinden kaynaklanabilmektedir (Kasapoğlu, Kaya, Turan, & Saillard, 2014).

2.2.4.2. Eğitim alanındaki hak ihlalleri

Eğitim alanındaki en göze çarpan olay Y.O vakasıdır. Kızılay'dan alınan kan ile enfekte olan Y.O'nun özel bilgileri medyada paylaşılır. Bunun üzerine aynı okulda okuyan bir öğrencinin velisi bu durumu medyadan öğrenmiş ve çocuğunu okula göndermeyi reddetmiştir. Okuldaki diğer veliler durumu öğrenmiş ve çocuklarını Y.O. ile aynı okula göndermeyeceklerini belirtmişler ve protesto etmişlerdir. Sağlık Bakanlığı devreye girmiş bu durumun diğer çocuklar için herhangi bir risk oluşturmadığı yönünde açıklama yağmış olmasına rağmen veliler geri adım atmamıştır. Bu olaydan sonra Y.O. kekelemeye başlayarak sağlık problemi göstermiş diğer yandan sosyal hayattan izole edilmeye zorlanmıştır (Büken, 2006). Sağlık Bakanlığın bu yönde herhangi bir çalışmasının olmaması durumu bu tür olayları bir çıkmaza sokmaktadır. Yasal ekseninde düzenlemelerin yapılmamış olması ayrıca bu olayları tetiklemektedir.

2.2.4.3. Çalışma alanındaki hak ihlalleri

HIV/AIDS ile yaşayan bireyler tanı aldıktan sonra iş yerinden sık sık izin almak zorunda kalma (Ertürk, 2002; Aksu, 2017), sağlık bilgilerinin izni olmadan paylaşılması sonucu işten kovulma (Öktem, 2014), eğer hakları hakkında yetersiz bilgiye sahip ise işveren tarafından bu durumun manipüle edilmesi sonucu kişiyi kendi rızası varmış gibi gösterip istifa dilekçesi imzalatma (Öktem, 2014), iş arkadaşlarının durumu dolaylı ve dolaysız yollardan öğrenmeleri sonucu kişi ile aynı ortamı paylaşmak ve aynı ortamda çalışmaktan rahatsızlık duyma (Öktem, 2014) gibi sorunlar sonucu hak ihlalleri yaşanmakta ve bunun sonucu olarak kişi izole edilmeye, işten çıkmaya zorlanarak kişi mobinge maruz kalabilmektedir (Öktem, 2014).

İş alanında görülen problemlerden bir tanesi işe giriş için istenen Anti-HIV testinin istenmesi durumudur (Öktem, 2014). HIV/AIDS iş için bir risk oluşturmasa bile Anti-HIV testi istenebilmekte ve sonuç olarak kişi iş için yeterli niteliklere sahip olsa bile kişi işe alımda sürecinde elenebilmektedirler (Öktem, 2014).

Türkiye’de HIV’e dair bilgisi orta ve üst düzeyde olan yönetici ve insan kaynakları çalışanlarının HIV pozitif bireylere yönelik daha uygun tutumlar sergilediğini gösteren bir çalışma yapılmıştır (Surgevil & Akyol, 2011). Aynı araştırma çalışmasında katılımcıların %50’si işe girerken HIV testini istemeyi haklı bulurken %36’sı bu duruma karşıt nitelikte görüş beyan etmiştir. Aynı şekilde katılımcıların çoğunluğu HIV/AIDS ile tanı almanın utanılacak bir şey olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğu HİYB’ler ile aynı ortamda çalışacağını ve bunun homoseksüellikle bir ilgisi olmadığını ifade etmişlerdir (Surgevil & Akyol, 2011).

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin iş yerindeki durumuna dair yasal bir zeminin olmaması durumu HAYB’ların haklarının ihlal edilmesini pekiştirmektedir. Fakat hukuk bağlamında önem teşkil eden ilk gelişme 2017 yılında İzmir’de bir şantiyede çalışan bir işçinin tanı aldıktan sonra bilgilerinin iş hekimi tarafından iş yeri ile paylaşılması ve kişinin işten

çıkarılmasını konu alan ve işçinin lehine sonuçlanan mahkeme olayıdır (T.A.A. Başvurusu: Karar, 2017).

T.A.A İzmir’de 14 Şubat 2005 tarihinde plastik boru ve profil imalatı üzerine faaliyet gösteren bir şirkette operatör olarak çalışmaya başladıktan yaklaşık olarak iki yıl sonra Aralık 2006 tarihinde AIDS tanısı alır. İşyeri 6 ay boyunca ücretini ödemeye devam ederek iş yerinden uzak tuttu. Daha sonra iş yeri hekimi 2008 yılında T.A.A.’nın durumun iş için risk teşkil edip etmediğini ve çalışabilirlik durumunu öğrenmek için kişinin tedavi gördüğü Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim görevlisi bir profesöre danışır. Alınan cevapta kişinin düzenli tedavi olduğunu ve çalışmasında bir sakınca olmadığını dile getirmiştir. T.A.A 2009 yılında istifa dilekçesi vermek sureti ile iş yerinden ayrılmıştır. Aynı yılın aralık ayında T.A.A. Karşıyaka 2. İş Mahkemesine özel hayatına dair bilgilerin hukuka aykırı olarak paylaşıldığı ve özel durum iş açısından herhangi bir risk oluşturmamasına rağmen işinden olduğu üzerine şikâyette bulundu. Mahkeme özel hayatının ihlali talebini reddetti fakat ayrımcılığa uğradığı konusunda kişiyi haklı buldu ve tazminat ödenmesine karar verdi. Ayrıca mahkemenin kapalı yapılması talebi reddedildi. Mahkemenin kararı temyiz edildikten sonra Yargıtay 9. Hukuk Dairesi işverenin çalışanlarını korumaya çalıştığı nedenini göstererek yerel mahkemenin tazminat kararını bozdu. Bunun üzerine T.A.A. Anayasa Mahkemesine başvuruda bulundu. Anayasa Mahkemesi anayasanın 10. Maddesinde yer alan eşitlik ilkesinin 17. Maddesinin birinci fıkrası gerekçe göstererek kişinin maddi ve manevi varlığının korunmasına ve 20. Maddeyi göstererek özel hayata ait bilgilerin paylaşılmaması hakkının ihlal edildiğine, anayasanın 36. Maddesinde yer alan makul sürede yargılanma hakkının ihlal edildiğine karar kıldı. Ayrıca kapalı mahkeme talebi reddedildiği için kişiye tazminat ödenmesine karar verdi (T.A.A. Başvurusu: Karar, 2017).

Anayasa mahkemesi tarafından özel hayata ait bilgilerin korunması, maddi ve manevi varlığın korunması, mahkemenin kapalı yapılması haklarını güvence altına alma bakımından

HIV/AIDS ile yaşıyan bir bireyin lehine karar verilmiş olması açısından önem teşkil eden bir olaydır. HAYB'ların çalışma haklarının güvence altına alınması kişinin hem sağlık hem de sosyal yaşamını koruma bağlamında önemli bir konudur (Zorlu & Çalım, 2012). Günümüzde tedaviye ulaşabilen HİYB'ler yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmekle birlikte iş yaşamlarındaki hak ihlalleri maddi ve manevi durumlarını zedelemekte ve kişilerin tedaviye ulaşmalarını engelleyerek salgının kontrolünü güçleştirmektedir (Öktem, 2014).

2.2.4.4. Sosyal alandaki hak ihlalleri

Türkiye'de evlilik öncesi yapılan testlere dair kanun düzenlenmesi 1930 yılında yürürlüğe girmiş 1593 Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile yapılmış olup günümüzde HIV, Hepatit enfeksiyonları için yapılan testleri kapsamayıp geçerliliğini sürdürmektedir. Yasaya göre evlilik öncesinde “frenji, belsoğukluğu, yumuşak şankr ve cüzzam ve bir marazi akliye müptela olan...”ların test yaptırılmaları zorunlu kılınmaktadır (1593 Umumi Hıfzısıhha Kanunu: Geçen Fasıllar Arasında Müşterek Hükümler, 1930). Fakat sonradan keşfedilen enfeksiyonlar için herhangi bir şart koşulmamış, yasalar bu durumlara göre güncellenmemiştir. Sağlık bakanlığı tarafından yapılan öneriler düzeyinden ileri gidilmemiştir (Gökengin, 2018). Yasal yetersizlik HIV ile yaşayıp durumundan haberi olmayanlar ya da HIV ile yaşıyan bireylerin haklarının ihlal edilmesine yol açmaktadır. Bazı aile hekimleri kişiye haber vermeden HIV testi yapabilmekte ve durumun sonucu olarak kişiye sağlık raporu vermeyi reddetmektedirler. Bazı durumlarda kişi HIV durumunu beyan ettiği zaman aile hekimi ne yapacağını şaşırmakta ve sağlık raporu vermeyi reddedebilmektedirler. Sonuç olarak HİYB'lerin çözülemeyen bir sorun ile karşı karşıya gelmektedirler. Yasal bir düzenleme olmasa da sağlık bakanlığı evlenen kişinin eşinin durumunu bildiğine ve kendisinin tedavi gördüğüne dair dilekçeler vermesi dahilinde kişiler rapor alabilmektedirler. Yasal düzenlemedeki eksiklik kişilerin yaşamını zorlaştırmaktadır.

HIV ile yaşıyan bireyler tedavi ve kontrol eşliğinde sağlıklı çocuklara sahip olabilmektedirler (Sağlık Bakanlığı, 2013). Fakat bu sperm yıkama ve dölleme operasyonlarını gerektirmektedir. Bu durum ile ilgili bir çalışma olmadığı için kişiler bütün hastanelerde bu sperm yıkama ve tüp bebek hizmetine ulaşmayabilmekte veya reddedilmektedirler.

HIYB'lerin haklarının ihlal edildiği başka bir konu ise ceza evindeki tutuklu HIV ile yaşıyan bireylerdir. Mahkûm durumundaki HIYB'ler gerekli olmadığı halde karantinaya alınabilmekte, diğer mahkumlardan izole edilebilmekte, mahkumlar tarafından dışlanabilmekte, tedaviye haklarına ulaşmalarına engel olunabilmektedir.

Türk Silahlı Kuvvetleri, kendi Sağlık Yeteneği Yönetmeliği'nin Hastalıklar ve Arızalar Bölümü'nde doğrulama testi ile HIV tanısı alan bireyleri askerlik görevinden muaf kılmaktadır (TSK Sağlık Yetenek Yönetmeliği, 2015).

Tıbbi tedavinin yanı sıra hukuki zeminde HIV/AIDS'e özel yasaların düzenlenmesi salgını kontrol ve önlemeye yardımcı olacağı gibi, HAYB'ların sağlık, iş, eğitim ve sosyal haklarını güvence altına alacak bu bireylerin sağlıklı bir hayat yaşamalarına yardımcı olacağı öngörülmektedir.

2.4. Psikososyal Durum

2.4.1. Depresyon

Depresyon günümüzdeki klinik alandaki tanımını alıncaya kadar bazı kavramsal süreçlerden geçmiş ve nihai olarak DSM 5'teki depresif bozukluklar başlığında bir araya getirilen kategoriler halini almıştır. Diğer bir deyişle depresyon sadece günümüzde var olmuş bir fenomen değil, tarihi yazılı kaynaklara göre Antik Yunanlılara kadar uzanan bir tarihi vardır (Lawlor, 2012). Depresyon Antik Yunanlılar döneminde melankoli gibi farklı bir isimle anılıyor olsa da semptomlar dikkate alındığında günümüzde depresif bozukluklar

şeklinde kategorize edilen sendromu tanımladıkları anlaşılmaktadır (Radden, 2009; Lawlor, 2012). Günümüzde depresyon olarak tanımladığımız durumun yaklaşık olarak 2400 yıl önce Antik Yunanlılarda melankoli (kara safra) olarak adlandırıldığı aktarılmaktadır (Radden, 2000; Horwitz & Wakefield, 2007; Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017). Antik Yunan ve Roma döneminde bütün fiziksel, zihinsel problemlerin temeli olarak 4 vücut sıvıları ve 4 tane element olarak görülmekte ve hastalıklar da bu vücut sıvılarındaki dengesizlik ile açıklanmaktaydı (Porter, 1999; Lawlor, 2012). Diğer bir deyişle kişinin içinde olduğu duygu durumunun nedeni olarak bazı vücut sıvılarındaki denge veya dengesizlik neden gösterilmekteydi (Lawlor, 2012).

Antik dönemin sağlık alanında yazılı kaynakları bulunan önemli isimlerden Hipokrat, Efesli Rufus, Bergamalı Galen, Kapadokyalı Aretaeus melankoli ile ilgili önemli yazılı kaynaklar sağlamaktadırlar. Hipokrat melankoliyi ilk olarak yazılı bir şekilde elen alan kişidir. Horwitz (2007)'in kendi kitabında aktardığına göre Hipokrat melankoliyi “uzun süre devam eden korku ve üzüntü hali” olarak tanımlamakta ve melankolinin sonucu olarak ortaya çıkan semptomları şu şekilde sırlamaktadır: “İştahsızlık, umutsuzluk, uykusuzluk, sinirlilik ve huzursuzluk” (Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017). Günümüz depresyonun en temel özellikleri olan “değersizlik ve umutsuzluk” durumu bu tanıma dahil edilerek melankolinin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Hippokrat'ın melankolisi ile günümüz DSM klinik depresyonun bu açılardan birbirine benzemektedir. Fakat aralarında önemli bir fark bulunmaktadır. Hipokrat melankoli durumuna ‘korku(anksiyete)’ ve ‘delüzyon’ durumlarını da eklemektedir (Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017). Günümüzde bu durum psikotik depresyona karşılık gelmektedir. Hipokrat'ın *melankoli*'yi tanımlamasından günümüze kadar depresyon duygu durumunun neye göre tanımlanacağı veya depresyon tanımlanırken ne gibi kriterlerin baz alınacağı konusunda

birçok tartışmalar meydana gelmiştir. Ve bu tartışmalar günümüzde de devam etmektedir (Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017).

Lawlor'ın aktardığına göre Aristotle bütün büyük işler başarmış isimlerin melankolik olduğunu savunarak farklı bir tartışma alanın başlamasına yol açar (Lawlor, 2012). Bu noktada melankolinin yaratıcılık ve buna karşılık olarak da umutsuzluk/çaresizlik ile olan ilişkisi sorgulanmaya başlamaktadır (Radden, 2000; Lawlor, 2012). Tarihsel süre içerisinde kimisi psödo-Aristo çizgisinde olup yaratıcılık ile ilişkilendirmeye devam ederken kimisi ise daha çok umutsuzluk ve çaresizlik durumu ile olan ilişkisini ön planda tutmuştur (Radden, 2000; Lawlor, 2012).

Aretaeus, Hipokrat'ın melankoli tanımına katılmakla beraber ikinci bir bakış açısını getirip manik özellikte melankoliden(depresyondan) bahsetmiştir (Lawlor, 2012). Melankolik birisinin manik özellikler geliştirebileceği görüşünü ortaya atarak günümüzde DSM'de bipolar bozukluk olarak ele alınan duygu durum bozukluğunun temelini atmıştır (Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017). Günümüzden farkı ise daire şekilde git-gelden ziyade bu dönüşüm tek yönlüdür (Lawlor, 2012). Aretaeus'un melankoliye yaptığı katkılardan bir tanesi de travmatik bir olaydan, kayıptan sonra 'öfke, ıstırap ve zihnen kederli olma' gibi melankoliye benzer tepkileri melankoliden ayırmış olmasıdır (Horwitz & Wakefield, 2007).

Lawlor (2012) kitabında Aristo'nun çizgisindeki Efes antik kentinde yaşamış Rufus'tan bahsetmektedir. Rufus, Hipokrat'ın tıp alanındaki çalışmalarını yorumlamış, çizgisini takip etmiş Antik Yunan döneminde yaşayan bir doktordur. Efesli Rufus diğer yandan Aristo'nun çizgisinde melankoli'yi ele almış ve 'çok düşünmenin ve üzüntünün melankoliye yol açtığı' şeklinde görüşünü beyan etmiştir. Rufus'un Aristo'dan farklı olarak melankolinin kara safradan değil zihinsel aktivitelerden kaynaklandığı görüşünü savunmuştur. Rufus'un melankoli alanına sağladığı önemli görüşlerden bir tanesi de melankoliyi iki yönden

ele almış olmasıdır. Birincisi sebebi olmayan doğal melankoli, diğeri ise sığır, keçi eti yemek ya da ağır şarap içmek gibi yaşam stiline bağlı olarak ortaya çıkan melankolidir (Lawlor, 2012).Hipokrat döneminde ise neredeyse hiç dış etmenler melankolinin nedeni olarak düşünülmemiş ve direkt vücut sıvılarındaki dengesizlik neden olarak düşünülmüştür (Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017).

Rufus'tan sonra gelen ve ikinci yüzyılın sonlarında yaşayan Claudius Galenus (Pergamalı Galen) melankolinin semptomları konusunda Rufus ile aynı fikirde olsa da melankolinin yaratıcılık sağladığı görüşüne katılmamış ve melankolinin kişinin kıvraklığını düşürdüğü, umudunu ve gücünü azalttığını belirtip karşıt bir görüş belirtmiştir (Radden, 2000; Lawlor, 2012). Galen, Hipokrat'ın melankoli tanımını aynen devam ettirmiştir: “korku ve depresif bir duygu durumun uzun süre devam etmesi” (Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017). Galen melankoliyi daha semptomatik bir temelde ele almış ve melankolik kişilerin semptomları üzerinde durmuştur (Lawlor, 2012) .

Orta Çağ Avrupa'sında tek otorite olarak kilise olduğu için melankoli ile ilgili çalışmalar yürütülememiş ama din adamlarının kendilerini toplumdan izole etme çabaları, acı çekmeleri, toplumdan uzak durmaya çalışmaları sonucu benzer semptomları gösterdikleri yönünden yorumlamalar mevcuttur (Lawlor, 2012). Antik Yunan ve Roma dönemindeki melankoli üzerine çalışmaları Orta Çağ'da Arapçaya çevrilmesi ile yok olmamış ve bu antik eserler Rönesans döneminde tekrardan Avrupa dillerine geri çevrilmiştir (Lawlor, 2012). Tunus'ta yaşayan ve çalışan Iraklı doktor İshaq ibni İmran rufustan etkilenmiş, birçok çalışmasını Arapça 'ya çevirdiği gibi melankoli üzerine kendi orijinal bilimsel bir nitelik taşıyan eserini 10.yüzyılda yazmıştır (Omrani, Holtzman, Akiskal, & Ghaemi, 2012). İmran melankolinin korku ve üzüntü ile ruhu etkilediğini ifade etmiştir (Omrani, Holtzman, Akiskal, & Ghaemi, 2012). Korkuyu korkunç olayların olacağı beklentisi ile, üzüntüyü de sevilen bir kişinin kaybı olarak tanımlamıştır (Omrani, Holtzman, Akiskal, & Ghaemi, 2012). Bu

konseptte ek olarak İmran Hipokrat'ın melankoli temelinde olan korku ve üzüntü ikilisine güvensizliği/şüpheyi de eklemiştir (Omrani, Holtzman, Akiskal, & Ghaemi, 2012). İmran 'nedeni olmayan melankoli' kavramını pekiştirmiş ve sevilen bir şeyin kaybından sonra yaşanan durumları (çocuk ya da kütüphane) göz önünde bulundurmuştur (Horwitz & Wakefield, 2007). Melankolinin nedeni olarak iki durumdan bahsetmektedir. Birincisi sperm ve rahimde meydana gelen bozukluklar sonucu irsî olduğundan söz etmiş, ikincisi ise vücut sıvılarındaki dengesizlik sonucu melankolinin olduğunu savunmuştur (Omrani, Holtzman, Akiskal, & Ghaemi, 2012). İmran'ın melankoli üzerine yaptığı çalışmalar daha sonra Constantinus Africanus tarafından Latince'ye çevrilmesiyle antik düşüncelerden beslenen düşünceleri 17. yüzyıla kadar devam etmiştir (Omrani, Holtzman, Akiskal, & Ghaemi, 2012). İmran çalışmalarında melankolinin semptomlarından bahsetmenin yanı sıra tedavisinden de bahsetmiştir. Vücut sıvılarının düzeltilmesinin tedavi sağlayacağını belirten İmran 150 çeşit ilçtan bahsetmiştir (Omrani, Holtzman, Akiskal, & Ghaemi, 2012). İmran'dan yaklaşık bir yıl sonra yaşayan ve tıp üzerine önemli çalışmaları bulunan Avicenna (İbni Sina) nedensiz melankoli üzerine çalışmalar yapmış ve geliştirmiştir (Lawlor, 2012).

Rönesans döneminde sebebi olmayan melankoli kavramı devam etmiştir. Horwitz'in (2017) *Depresyonun Tarihi* isimli makalesine göre Robert Burton'un 1621'de yayınlanan 'Melankoli'nin Anatomisi' isimli eseri günümüzdeki depresyon kavramının oluşmasında katkıda bulunan önemli bir eserdir. Burton, melankoliyi hiçbir görünür neden olmaksızın ve üzünlük, korkunun eşlik ettiği (Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017) hummasız bunaklık (Radden, 2000) olarak tanımlamaktadır. Burton kayıp sonrasında ortaya çıkan melankolinin uzun süre devam etmedikçe ve kendini tekrarlamadıkça bozukluk olmadığı görüşünü benimsemiştir (Horwitz & Wakefield, 2007).

Horwitz (2017) aynı makalede on yedinci yüzyılın kültürel paradigmalarından bahsetmekte ve değişen paradigmaların melankoli 'inin yeniden anlamlandırılmasına ve

şekillendirilmesindeki rolüne vurgu yapmaktadır. On yedinci yüzyılın dönüm noktası olmasının sebeplerinden birisi beden, yönelik, yaşam, varoluşa yönelik algının kökten değişmesindedir. Özellikle deneysel, gözlemsel ve tümevarımsal metotlar ön plana çıkmıştır. Hipokrat'tan süregelen vücut sıvılarındaki denge ve sağlık arasındaki ilişkinin yerini beyin ve sinir sistemindeki rahatsızlıklar almaya başlamıştır (Lawlor, 2012; Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017). Çok geniş bir yelpazedeki hal ve durumlar için kullanılan melankoli temelde ikiye ayrılmaya başlamıştır (Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017). Birinci kategorideki melankolide derin zihinsel üzüntü, umutsuzluk, keyifsizlik, uyuşukluk, intihar düşüncesi ve girişimleri ile ayrılan depresyon tipidir. Kronik, tekrarlayan ve özel müdahale gerektiren bir durumdur. İkinci kategoride ise lifler, sinirler ve organlar sağlık ve hastalıkların temeli olarak görülmüş ve bu temelde “sinirsel hastalık” olarak tanımlanmıştır. Depresif semptomlar ‘sinirsel hastalık’, ‘sinirsel rahatsızlık’, ‘nevroz’ ve daha sonrasında ‘nevrasteni’ sendromunun bir bileşeni olarak kabul edilmiştir (Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017; Lawlor, 2012). Buna göre sinirsel bozukluklar aynı zamanda anksiyete, bitkinlik, bedensel huzursuzluk ve obsesyonları kapsamına almaktadır. Organik temelli ele alındığı için sinirsel bozuklukların tedavisi doktorlar, nörologlar ve spa doktorları tarafından yapılmaktadır.

Derin zihinsel acı, umutsuzluk, haz almama, sersemlik ve intihar düşüncesi ve girişimleri gibi depresif durumu içeren melankolik depresyonun yanı sıra, bazı depresif semptomlar “sinirsel bozukluklar” kategorisi altında ele alınmaya başlanmaktadır: melankolik ve sinirsel(neurotic) depresyon (Horwitz, 2017). Bütün iş hayatı boyunca akıl hastanesinde çalışan alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1856-1926) melankolik depresyon üzerine odaklanmış ve geliştirmiştir. Kraepelin'in bu alana yaptığı en önemli katkıları depresyonu manik durum ile birleştirip manik-depresif durum adı altında ele almış ve bu durumu keskin bir şekilde psikotik bir durum olan dementia praecox (Şizofreni)' dan ayırmasıdır (Lawlor,

2012; Horwitz, Wakefield, Lorenzo-Lauces, & Loernzo, 2017). Melankolinin daha çok psikotik tarafı üzerine yoğunlaşmış ve kavramsallaştırmıştır. Kraepelin'e göre manik depresyon ve dementia praecox tamamıyla birbirinden farklı iki durum olup muhtemelen farklı sebep, seyir ve sonuçları mevcuttur (Horwitz, 2017). Kraepelin depresif semptomları detaylı olarak ele almış ve daha çok biyolojik ve fiziksel sebeplerine ulaşmaya çalışmıştır. Günümüzdeki semptom temelli depresyon tanımı Kraepelin'in çalışmalarına dayanmaktadır (Radden, 2000; Lawlor, 2012). Depresyonun nedenlerini açıklayan kuramcılardan birisin Aaron T. Beck'tir. Aaron T. Beck Derpesyonun nedenini bilişsel çarpımlar temelinde açıklamaktadır (Beck, 1976). Diğer yandan Martin Seligman daha davranışçı kuramlardan beslenmekte ve öğrenilmiş çaresizlik zemininde açıklamaktadır (Seligman, 1975).

2.4.1.1 DSM-5'te depresif bozukluklar ve HIV/AIDS

Depresyon ile karşılaştığımız güncel durum ruh sağlığı alanında klinik alanda tanı amaçlı kullanıldığı durumdur ve Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM) - 5 belirlediği tanısal kurallara göre yapılan klinik tanımlamadır.

Hastalıkların sınıflandırılması durumuna nozoloji denir. Mental bozuklukların nozolojisi uzun bir tarihe sahiptir fakat evrensel çapta ruhsal ve sinirsel sağlık üzerine ilk nozolojik girişim 1952 yılında Amerika Psikiyatri Derneği (APA) tarafından atılmıştır (APA, 1952). Bu eksiği gidermek ve açığı kapatmak amacıyla ikinci dünya savaşı sonrasında DSM (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders), APA tarafından klinik alanda zihinsel bozuklukları sınıflandırarak ortak bir dil oluşturmak amacıyla ortaya çıkarılmıştır. İlk olarak 1952 yılında yayınlanan DSM öncelikle ulusal düzeyde kabul görmüş ve günümüzde evrensel düzeyde tanı kriteri kitabı olarak kullanılmaktadır (APA, 1952). Yaklaşık olarak her 20 yılda bir güncellenmesi ile hastalıkların sınıflandırılma kriterleri de değişmektedir. DSM-1 yaklaşık olarak 130 sayfadan oluşmakta ve 109 tane hastalığın sınıflandırılmasını yapmıştır.

Sınıflandırılmaların daha spesifik olarak çalışılması sonucu yeni sınıf bozukluklar oluşturulmuştur ve DSM – 2 1968 yılında yayımlanır (American Psychiatric Association, 1968). Önceki baskıdan çok da farkı olmayan bir baskıdır. İkinci baskı 143 sayfa uzunluğunda olup 183 bozukluğun sınıflandırılması yapılmaktadır. Robert Spitzer'in başkanlığında 1980 yılında DSM 3 yayımlanır (APA, 1980). Bu baskı bir dönüm noktası olur. Paradigma psikanalitik yönelimden daha çok biyomedikal sınıflandırma gerçekleştiren Kraepelinyen bir perspektife kayar. Bu baskı 494 sayfadan oluşup 265 bozukluğun tanısal kategorizasyonunu içermektedir. Bu baskısında bu kategorinin yerini 'ego distonik eşcinsellik' kavramı alır. 1987'de ise DSM 3'ün revizyonunda ise eşcinsellik kendi başına bozukluk kategorisinde tamamen kaldırılmıştır. Öncelikle psikanalitik teorisi zemininde oluşturulan kategoriler DSM-3 ile birlikte Kraepelin'inin sınıflandırması baz alınarak daha çok biyomedikal bir perspektiften oluşturulmaya başlanmıştır. 886 sayfadan oluşmakta ve 410 tane bozukluğun tanısal sınıflandırılması yapılan tanı kriteri kitabının 4. Baskısı Allan Frances başkanlığında 1994 yılında oluşturulup yayımlanır (APA, 1994). Bu baskının yazı revizyonu ise 2000 yılında yapılır. Çok yakın bir zamanda yeni bir kategorize sistemi ile 2013 yılında 947 sayfa 5. Baskısı yayımlanmıştır (APA, 2013). DSM-4'te Axis sistemi 5 ana bölümde sınıflandırılan ile bozukluklar DSM-5'te farklı olarak Axis sistemi kaldırılmış ve bozukluklar kendi başlıklarında ele alınmaya başlanmıştır. Daha önce Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD – International Classification of Diseases) 'dan ayrı olarak çalışan DSM bu baskıda DSÖ ile ortak çalışıp ICD'deki ruhsal ve mental bozuklukları ile karşılaştırmalı olarak sınıflandırma yapmıştır.

Depresyonun DSM'ye girişi melankolinin özellikleri ile uyumlu olarak ağır duygu durum karmaşıklığı şeklinde karakterize edilmesi ile başlamıştır. Depresyon öncelikle DSM-1'in psikotik bozukluklar kategorisinin alt başlıklarından affektif bozukluklar başlığında ele alındığı görülmektedir (APA, 1952). İkinci olarak ise psikonevrotik bozukluklar başlığında

anksiyeteye karşı bir savunma mekanizması olarak ele alınmıştır. Temelde ikiye ayrılmış bir depresyon söz konusudur. Affektif bozukluklardaki depresyonda karmaşıklık, uyuşukluk ve ajitasyonun yanı sıra gerçekliğin kaybı, hezeyan ve halüsinasyonlar mevcut iken psikonevrotik bozukluklarda gerçeklik algısında bir bozukluk yoktur.

DSM-2'ye gelindiğinde depresyon iki şekilde değerlendirilmeye devam ediyor (APA, 1968). Birincisi Majör Afektif Bozukluklar başlığında ele alınan involüsyonal melankoli ve manik depresif hastalık (ya da manik depresif psikozu) olarak ele alınan ve karmaşıklık, sıkıntı hali, uyuşukluk, ajitasyonun yanı sıra halüsinatif özellikler barındıran depresyon türleridir. Aynı şekilde depresyonun psikotik olmayan türleri psikonevrozların geniş yelpazesinde anksiyeteye karşı bir savunma olarak ele alınmıştır.

DSM-3 ile birlikte baz alınan paradigmanın Freud ve Adolf Meyer'den Kreapelin'e kayması ile birlikte psikoz ve nevroz temelinde ele alınan zihinsel bozukluklar artık semptomsal bir zeminde ele alınmaya başlanmıştır (APA, 1980). Depresyonun neden ortaya çıktığından çok hangi semptomların ortaya çıktığı üzerinden depresyon tanımlanmaya başlanmıştır. İlk defa bütün depresyon tipleri bir araya getirilip Affektif Bozukluklar bölümünde manik epizot ve majör depresif epizot başlıkları altında ele alınmaya başlanmıştır. Bipolar bozukluklar burada kullanılmaya başlanmıştır. Majör Depresif Episoduna bakıldığında semptom olarak temelde anhedonianın (haz almamanın) olduğu görülmekte ve tanı için ayrı olarak sıraladıkları 8 maddeden 4'ünün görülmesini zorunlu kılmaktadır. DSM-4'te bozukluklar tamamen yeni başlıklar ile yeniden sınıflandırılmıştır (APA, 1994). *Depresif Bozukluk* başlığı *duygu durum bozuklukları* başlığı altında yeni olarak oluşturulduğu görülmektedir. Daha önce yas sürecinde yaşanan duygusal durum depresyondan ayrı olarak ele alınmazken DSM-4'e göre kayıptan sonra kişi 2 ay geçtiği takdirde semptomlar gösteriyorsa kişi Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanısı almalıdır. Bu konudaki tartışma günümüze kadar gelmektedir.

Depresyon ve depresif bozukluklar DSM-5'teki güncel tanım halini alana kadar birçok değişik tartışmanın konusu olmuştur. Şimdiye kadar (2019) beşinci defadır güncellenen kitap depresyon bozukluklarını *ikiuçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklardan* ayırıp ayrı bir başlık olarak ele almaktadır (APA, 2013). Majör Depresif Bozukluğu 9 semptomda 5'inin görülmesi üzerinden tanımlamaktadır. Aynı zamanda depresif ruh hali veya ilgi ve haz kaybını (anhedonia) 5 semptomun içinde olmasını zorunlu kılmıştır. Diğer yedi semptom şunlardır: İştahın azalmasına veya artmasına bağlı olarak önemli derecede kilo alımı veya kaybı, uykusuzluk veya aşırı uyku, psikomotor heyecan veya gerileme, bitkinlik veya enerji kaybı, değersizlik hissi veya aşırı suçluluk (delüzyonel olabilecek düzeyde), düşünme ve konsantre olma kapasitesinde azalma ve kararsızlık, tekrar eden intihar etme veya ölme düşünceleri (planlı veya plansız). Bu semptomların en az 2 hafta devam etmesi gerekmektedir. Bu semptom temelli tanımlamadan yola çıkarak depresyonun birtakım semptomlardan meydana gelen bir sendrom olarak tanımlanmaktadır.

DSM – 5'te depresif bozukluklar altında ele alınan diğer türler şunlardır (APA, 2013):

- Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu; sözel veya davranışsal sinirsel taşkınlık ve patlama...
- Sürekli depresif bozukluk (Distimi); en az iki yıl süren majör depresif ruh hali...
- Adet dönemi disforik bozukluk; adet öncesi veya süresince ortaya çıkan duygusal dalgalanmalar, öfke, kaygı, ilginin azalması...
- İlaç/ madde ile başlayan depresif bozukluk; ilaç ve madde kullanmaya başladıktan sonra ortaya çıkması ve ilaç ile ilişkili olması...
- Başka tıbbi sebeplerden dolayı ortaya çıkan depresif bozukluk; Huntington hastalığı, Parkinson, travmatik beyin hasarı, felç...
- Belirtilmemiş depresif bozukluk; Belirtiler olduğu halde diğer tanı grupları ile bağdaşmadığın zaman bu tanı kategorisi kullanılabilir.

DSÖ'nün güncel verilerine göre dünya çapında 322 milyonun üzerinde en az bir defa majör depresif epizodunu yaşamaktadır (World Health Organization, 2017). Her yıl yaklaşık olarak 800 000 kişi depresyondan dolayı intihar etmektedir (World Health Organization, 2017). Günümüzde depresyonun tedavisi mümkün olmasına rağmen bu rahatsızlığa sahip insanların sadece %10'u tedaviye başvurmaktadır (World Health Organization, 2017).

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde depresyon çok yaygın olduğu birçok çalışmada bulgulanmıştır (Hoffman, 1984; Atkinson vd., 1988; Patterson vd., 1996; Blashill, Gordon, Mimiaga, & Stefan, 2014; Arseniou, Arvaniti, & Samakouri, 2014;). HIV pozitif bireylerde depresyonun etiyolojisinin biyolojik faktörler, psikososyal faktörler (damgalanma, iş kaybı, bedensel imajın değişmesi, izolasyon vb.), psikiyatrik hastalık öyküsü ve kadınlarda doğum süreci etrafından belirlendiği gözlemlenmiş ve bu durumlarda depresyon tanısının konulması ve tedavi edilmesinin hayat kalitesini artıracak ve HIV tedavi sürecine de olumlu katkıda bulunacağı öngörülmüştür (Arseniou, Arvaniti, & Samakouri, 2014).

Henüz kalıcı bir tedavinin olmadığı ve AIDS evresinin engellenemediği ilk dönemlerde zihinsel bozukluk semptomları sergileyen AIDS evresinde olan hastalarla yapılan bir araştırma zihinsel bozukluğun organik beyinsel işlevselliğinden mi yoksa işlevsel psikiyatrik hastalıktan mı kaynaklandığının önemli bir soru olduğunu vurgulamakta olup kişilik ve duygulanımı değişmesine neden olan merkezi sinir sistemi enfeksiyonunun önemli bir noktada olduğunu bulgulamakta ve vurgulamaktadır (Hoffman, 1984).

Depresyon ve HIV'in eş tanı durumunu detaylıca inceleyen Blashill ve arkadaşları (2014) depresyonun HIV pozitif bireylerde %36 oranında olup en çok görülen eş tanı olduğunu bildirmektedir. Bazı benzer semptomlara sahip olmasından dolayı HIV pozitif bireylerde bu tanıyı koymak karmaşık bir süreç olabilmektedir (Blashill, Gordon, Mimiaga, & Stefan, 2014). Makale, enerji kaybı, odaklanmada zorluk, kilo kaybı ve iştahta azalma gibi belirtilerin her iki durumda da görüldüğünü vurgulayıp bu örtüşen semptomların depresyonun

görülmesine engel olabileceğini ifade etmektedir. Bunun ötesinden gelip depresyonun olup olmadığını değerlendirmek için yorgunluk, azalan iştah, uykunun bozulması gibi bedensel belirtilerden çok suçluluk, umutsuzluk, zevk alamama gibi bilişsel ve duygulanımsal belirtilere ağırlık verilmesi gerektiği sonucuna varmaktadır (Blashill, Gordon, Mimiaga, & Stefan, 2014). Bununla birlikte makale bazı kültürlerde depresif belirtilerin de bedensel olarak ortaya çıkabileceği gerçeğine karşın her hâlükârda depresyon değerlendirilmesinin yapılması gerektiğini önermektedir.

Blashill ve arkadaşları (2014) bu makalede depresyonun değerlendirilmesinin öneminden bahsetmekte ve depresyonun varlığının hem fiziksel hem de öz bakım becerisi için ciddi sorunlar yatabileceğini öngörmektedir. Sonuç olarak, depresif semptomların devamlılığın zor olduğu düzenli ART tedavisini sekteye uğratabileceğini (Sheth, Jensen, & Lahey, 2009), depresif semptomları olan bireylerin olmayanlara nazaran CD4 hücrelerinden daha hızlı düşüş olduğunu, viral yükün yükseldiğini, HIV'in AIDS evresine doğru daha hızlı ilerlediğini (Rabkin, 2008) ve HIV ile ilişki olarak daha fazla semptomun gözlemlendiği gibi sağlık açısından olumsuz sonuçlar doğurduğunu bildirmektedir (Berger-Greenstein vd., 2007; Blashill, Gordon, Mimiaga, & Stefan, 2014). Ayrıca HIV pozitif bireylerde psikososyal değerlendirmenin düşük kişisel bakım gibi hem kişinin sağlığı açısından hem de kondomsuz anal/vajinal cinsel ilişki gibi riskli cinsel davranışlar açısından gerekli olduğu sonucuna varmaktadır (Blashill, Gordon, Mimiaga, & Stefan, 2014). Depressif semptomların CD4 düşüşünü belirlemediğini bulgulayan araştırmalar da mevcuttur (Patterson & London, 2002).

Rabkin (2008) semptomları olan HIV pozitif yetişkinlerin semptomları olmayan HIV pozitif ve HIV negatif gruba göre daha yüksek depresyon puanlarına sahip olduğunu bildirmektedir. Ayrıca kronik depresyon, travma ve stres verici yaşam olaylarının HIV enfeksiyonunun ileri evrelere geçişini hızlandırma riskinin olduğunu, CD4 hücrelerini düşürdüğünü (Leserman, 2003) ve viral yükün yükselmesini etkilediğini belirtmektedir

(Rabkin, 2008). HIV açısından risk altında olduğun popülasyonlarda HIV pozitif olmadan önce de duygu durum bozukluklarının yüksek olduğu ve bunun sonucu olarak HIV ile birlikte yeniden değil daha önce var olan semptomlar daha da yükselmektedir (Atkinson vd., 1988; Rabkin, 2008). Aynı makale depresyonun düzenli ART Psikotrop İlaç Kullanımı, çalışma, riskli cinsel eylem gibi davranışlar üzerindeki etkisini incelemiş ve belli bir ilişkinin olmadığını belirtmektedir. Ayrıca Rabkin (2008) en yaygın psikiyatrik bozukluğunun madde kullanımı olduğunu belirtip daha sonra depresyonu ikinci sıraya koymaktadır. Leserman ve diğerlerinin (2002) yaptığı bir çalışma da sosyal destek eksikliğinin, disforik duygu durumunun ve stres verici yaşam olaylarının HIV'in daha hızlı bir şekilde AIDS evresine evrilmesine yol açtığını bulgulamıştır. Bununla birlikte öfkenin AIDS evresine gelmede etkili olduğunu diğer yandan depresyonun AIDS evresinde klinik bir problemin ortaya çıkmasında etkili olduğunu gözlemlemiştir (Leserman vd., 2002). Kronik depresyon ve stres verici olaylar gibi psikososyal faktörler fırsatçı enfeksiyonların azaldığı günümüzde bile HIV'in ileri evrelere doğru ilerlemesini etkilemektedir (Leserman, 2008). Aynı zamanda düzenli ilaç kullanımı, risk içeren cinsel davranış, madde kullanımı gibi davranışsal faktörler de psikolojik durum ve bağışıklık sistemi ilişkisinde mediatör işlevi görebilmektedir (Leserman, 2008).

Öztürk (1994), erkek homoseksüellerin anksiyete ve depresyon düzeyi üzerine yürüttüğü çalışmasında genel popülasyonda anksiyete ve depresyon düzeyinin değiştiğini, homoseksüel erkeklerde bunun daha yüksek olduğunu bulgulamış ve homoseksüellerin aleyhine işleyen sosyal koşulların bu durumu yordamış olabileceğini bildirmiştir.

Atkinson ve arkadaşları (1988) HIV açısından risk altında olan ve henüz tanı almamış homoseksüel bireylerde yüksek orana depresif semptomların ve yükselmekte olan bir anksiyete semptomlarının bulunduğunu bu bireylerin çoğunun tanı aldıktan sonra aldıkları psikiyatrik tanının HIV enfeksiyonu ile ilişkili hastalıkları hızlandırdığını ve bu psikiyatrik rahatsızlıkların bilişsel bozukluklardan kaynaklanmadığını kendi araştırmasında

bulgulanmıştır. Ayrıca çoğu erkeğin sadece bir depresif epizot sergilediğini fakat AIDS açısından riskli grubun tekrar eden epizotlar sergilediğini gözlemlemiştir.

Henüz asemptomatik evrede olan bireylerle yapılan boylamsal bir araştırmada bağışıklık sistemi ile psikolojik faktörler ilişkisini incelemiştir (Ironson vd., 1994). Tanı aldıktan sonra inkâr mekanizmasının HIV'in ilerlemesini büyük ölçüde etkilediğini bulgulanmış ve AIDS ile ilişkisi olmasa da stresin stres sonucu CD4 hücrelerde azalma olabileceği bildirilmiştir (Ironson vd., 1994). Bunun yanı sıra düzenli ilaç kullanımı ve stres verici yaşam olayları arasında ilişki kurulmuştur (Ironson vd., 1994). Benzer bir çalışma HIV tanısı almadan evvel duygu durum bozukluklarının ve madde kullanımının yaygın olduğunu ve tanı aldıktan sonra da majör depresyon ve cinsel işlevsizliğin arttığını fakat madde kullanımının azaldığını bildirmekte ve bunun sonucu olarak da psikososyal desteğin önemini vurgulamaktadır (Brown vd., 1992).

HIV ile yaşayan ergenlerle yürütülen bir araştırmada pozitif ergenlerin ART tedavisinde olduğu için zorbalık görmeleri ve depresyon arasında yüksek bir ilişki olduğu ve zorbalığın depresyonun için belirleyici bir faktör olduğunu bulgulanmıştır (Kim vd., 2015).

Depresyon bağışıklığın işlevselliğini bozarak ya da davranışları etkileyerek HIV enfeksiyonunun rotasını değiştirebilmektedir (Koutsilieri vd., 2002). Ayrıca depresyon HIV için bir risk faktörü olmakla birlikte HIV için risk teşkil eden maddeyi kötüye kullanma için de risk faktörüdür ve depresyon aynı zamanda tanı alan bireyin tıbbi önerileri göz ardı etmesine ve riskli davranışlarda bulunmasını artırarak ilaca kişinin ilaca uyumunu da etkileyebilmektedir (Koutsilieri vd., 2002).

2.4.2. Anksiyete

Canlıların tehlike karşısında verdikleri tepkiler incelendiğinde fizyolojik reaksiyonlara ek olarak duygusal reaksiyonların da verildiği araştırmacılar tarafından gözlemlenmiştir

(Horwitz, 2016). Fiziksel veya psikolojik olarak tehdit altında iken verilen belli bazı duygusal reaksiyonlar mevcuttur (Horwitz, 2016). Anksiyete kaza, facia, felaket yaşam tehdit altında olduğunda, girdiğinde veya girme tehlikesi ile karşı karşıya gelindiğinde ortaya çıkan bir ruhsal durumlardan bir tanesidir (Horwitz, 2016). Bunun yanı sıra fobi ve korku duygu durumları aynı şekilde tehlike karşısında verilen duygusal tepkilere dahildir (Salecl, 2004).

Anksiyete Germen asıllı olup Eski İngilizcede 'faer', Modern İngilizce'de 'fear' olan ve Türkçe'ye korku olarak çevrilen kelime çevrede ani bir şekilde ortaya çıkan ve var olan tehlikeye verilen duygu olarak tanımlanmaktadır (Akhar, 2014). Korku durumunda yılan, uçma, yabancı gibi belirgin bir korku nesnesi mevcuttur (Akhar, 2014). Korku tehlike esnasında kendini korumak amaçlı olarak göz bebeklerinin büyümesi, kalp atış ritminin hızlanması gibi bedensel tepki ortaya çıkarır (Horwitz, 2013). Görüldüğü üzere korku dışarıdan gelen bir tehdide karşı verilen bir duygudur. Korku DSM-5'te gerçekte olan veya algılanan tehdide karşı ortaya çıkan bir duygu olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Korku duygusu, bir objeye karşı aşırı ve irrasyonel bir şekilde ortaya çıktığında fobi adını almakta ve 'zarar verecek kadar işlevsizliğe' (Horwitz, 2013) yol açabilmektedir. Anksiyete korkuyu kapsamakla birlikte içerden gelen tehdit ve gelecekte olabilme ihtimali olan tehdit edici olaylar sonucu ortaya çıkabilmektedir (APA, 2013). Akhtar'ın aktardığına göre (2014) Sigmund Freud Sevgi nesnesinin kaybı, sevgi nesnesinden gelen sevginin kaygı, kastrasyon veya kişinin kendini ahlaki olarak suçlaması gibi durumların anksiyeteye yol açabileceğini belirtmektedir. Anksiyete, korku ve fobi kavramları iç içe geçmiş durumda ve günlük hayatta zaman zaman birbirlerinin yerine kullanılmaktadır.

2.4.2.1. DSM-5'te anksiyete bozuklukları ve HIV/AIDS

Korku duygusu bazı durumlara normal olabileceği gibi (Deprem, kaza, felaket vb.) bazı durumlarda (fobiler, Post-Travmatik Stres Bozukluğu, Genel Anksiyete Bozukluğu vb.) bozukluk olarak kabul edilmekte ve tedavi gerektirmektedir.

DSM-5'e göre Anksiyete Bozukluklarını aşırı korku ve kaygı ile birlikte davranışsal bozunumun da olduğu bozukluklar olarak tanımlamaktadır. Aşırı niteliği kültür de göz önünde bulundurularak (APA, 2013), işlevsizlik ve hasara bakılarak (Horwitz, 2013) klinisyen tarafından belirlenmektedir.

DSM-5 Anksiyete Bozukluklarını sekiz alt başlıkta ele almaktadır (APA, 2013):

- a. Seçici Konuşmazlık: (Selective Mutism – Sosyal ortamlarda konuşma yapmadaki başarısız olma durumudur. (Okul, törenler... vb.)
- b. Özgül Fobiler: Belirli bir nesneye karşı ortaya çıkan aşırı ve irrasyonel korku, anksiyete ve kaçınma davranışı ile tanımlanmaktadır.
- c. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu: Bağlanma figürlerine veya nesnelere ayrılma durumunda verilen aşırı korku ve anksiyete tepkisini içermektedir.
- d. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi): Gözlenme/denetlenme ihtimalinin olduğu sosyal etkileşim ve durumları ile karşılaşıldığında verilen korku, anksiyete ve kaçınma davranışı ile tanımlanmaktadır.
- e. Panik Bozukluk: Bireyler beklenmedik anda ve tekrarlanan bir şekilde panik ataklar geçirmektedirler ve devamlı olarak panik atak geçirme korkusu yaşamaktadırlar. Panik ataklar ani bir şekilde yükselen korku ile eşlik eden bedensel, bilişsel tepkilerden oluşmaktadır.
- f. Agorafobi: Halk otobüsü kullanma, açık alanda bulunma, kapalı alanlarda bulunma, kalabalıkta bulunma veya tek başına evin dışında olma durumlarına verilen aşırı korku.

g. Yaygın Anksiyete Bozukluğu - YAB: Belirli bazı aktiviteye, düşünceye ve olaya verilen aşırı korku ve anksiyete tepkisini içermektedir. Günlük hayatta en çok karşılaşılan anksiyete bozukluğu çeşididir. Kişiler korkularını ve kaygılarını yatıştırmada yetersiz kalırlar ve zorlanırlar. YAB iki noktada patolojik olmayan anksiyeteden ayrılmaktadır. YAB’da ortaya anksiyete aşırıdır ve kontrol edilemez. Ama günlük yaşamda ortaya çıkan anksiyete kontrol edilebilmektedir. İkinci olarak YAB’da süre olarak daha uzun sürer, daha sık olarak ortaya çıkmaktadır. Diğerinde ise stresli olay geçtiğinde anksiyete ortadan kalkmaktadır.

DSM 5 kriterlerine göre yaygın anksiyete bozukluğu tanısı için 6 aydan uzun süredir ortaya çıkan aşırı korku, anksiyete ve eşlik eden kontrol güçlüğüne ek olarak dinlenememe, çabuk yorulma, odaklanmada zorlanma, sinirlilik, kasta gerginlik (titreme, bulantı, ishal, terleme şeklinde olabilir.), uykuda düzensizlik kriterlerinden en az üç tanesi bulunması şartı vardır. DSM 5’e göre dünya üzerinde YAB erkeklere nazaran kadınlarda iki kat daha fazla ortaya çıkmaktadır. Aynı şekilde kriterler dikkate alınarak tanısız bir zeminde bakıldığında gelişmiş ülkelerde ve Avrupa ülkelerinde daha fazla ortaya çıktığı bulgulanmıştır (APA, 2013).

HIV tanısı aldıktan sonra anksiyete yaşamak normal bir reaksiyon olarak görülmekle birlikte bu normal reaksiyon olarak ortaya çıkan anksiyete ile duygu durum bozukluğuna işaret eden anksiyeteyi birbirinden ayırmak önemlidir, ART tedavisi için önemlidir (Shukla, Agarwal, Singh, & Srivastava, 2016).

Gallego ve arkadaşlarının (2000) aktardığına göre yeni tanı alan HIV pozitif bireylerde bir aydan bir kaç aya kadar devam eden anksiyete episotları görülmekle beraber DSM-IV kriterlerine göre tanı için altı ay devam etme gerekliliği ile değerlendirme yapıldığında yaygınlığı önemli ölçüde düşüktür. Farklı çalışmalardaki anksiyete oranlarının birbirinden farklılaşmasının sebebini bu duruma bağlamaktadırlar (Gallego, Gordillo, & Catalan, 2000).

HIV/AIDS ile yaşıyan bireyler üzerine yürütölen bir çalışma katılımcıların %59'unun anksiyete ölçeğinden aldıkları puanın ağır anksiyete derecesine denk geldiğini bulgulamış ve cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde ise kadınların daha yüksek anksiyete, stres ve depresyon puanlarına sahip oldukları, medeni duruma göre ise evli bireylerin daha yüksek puanlar aldıkları sonucuna ulaşmıştır (Wani & Sankar, 2017). HIV/AIDS ile yaşıyan bireylerde anksiyete ve depresyon bozukluklarını gözlemek amacıyla yürütölen bir araştırma kontrol grubuna göre (%28.7) HAIYB'de anksiyetenin daha yaygın (%32.6) olduğunu ve anksiyetenin kadın cinsiyetine, yaş olarak daha küçük, düşük gelir, medeni durum, işsizlik, düşük CD4 hücre sayısı gibi değişkenlerle ilişkili olduğunu bulgulamıştır (Adeoti, Dada, & Fadare, 2018).

HAIYB'de semptomlar ile anksiyete arasında da ilişki bulunmakta, semptomlar ortaya çıktıkça anksiyete seviyesi de yükselmekte olup bu nedenle tedavi sürecinde günlük yaşamın anksiyete semptomlarından ne kadar etkilendiği göz önünde bulundurulmalıdır (Cimilli & Baykara, 2001)

HIV ile yaşıyan bireylerde anksiyete ile ilişkili faktörler üzerine yapılan bir çalışma HIV pozitif bireylerde anksiyeteyi aile desteğinin eksikliği, işsizlik, genç olma, bekar olma ile ilişkili bulmuştur (Olagunju, Adeyemi, Erinfoami, & Ogundipe, 2012).

Yapılan önemli çalışmalardan bir tanesi de sosyal anksiyetenin erkeklerle seks yapan erkekler arasında korunmasız cinsel ilişki bir risk faktörü olduğunu ortaya çıkarmıştır (Hart, James, Purcell, & Farber, 2008).

HAIYB'de depresyon, anksiyete ve HIV semptomlarında riskli alkol kullanımının rolünü araştıran bir çalışma riskli alkol kullanımının birçok olumsuz duygusal semptomlarla önemli ilişkisi olduğunu bulgulamıştır (Garrey vd., 2015). Diğer bir deyişle çalışma HAIYB'de riskli alkol kullanımı depresif ve anksiyete semptomları ile ilişkisi saptamış olup

tanı alan bireylerin riskli alkol kullanımlarının göz önünde bulundurulmasını önermiştir (Garrey vd., 2015).

HIV tanısı almış yetişkinlerin katılımcı olarak yer aldığı bir çalışma HIV semptom stresi ve anksiyete duyarlılığının panik, sosyal anksiyete ve depresyon ile ilişkisini incelemiş, sonuç olarak HIV semptom stresi ve anksiyete duyarlılığının klinik olarak panik bozukluğu ve sosyal anksiyete bağlamında ilişkili iki faktör olduğunu bulgulamış fakat depresyonda bu durumun söz konusu olmadığını belirtmektedir (Gonzalez vd., 2012).

ART tedavisine başlayan HAIYB'lerde anksiyete araştıran bir araştırma çok ağır anksiyete bozukluğu yaşanmamasına karşın anksiyete semptomları ile eğitim durumu, son bir ayda ilaçların yan etkisi algısı ve tedavi süresi arasında önemli derecede ilişki bulgulanmış olup ve sonuç olarak tanı alan bireyleri, ilaçların yan etkisi ve tedavi süreci hakkında bilgilendirilmesinin önemine vurgu yapılmıştır (Shukla, Agarwal, Singh, & Srivastava, 2016).

Tam zamanlı çalışan HAIYB'lerde işlevsel sosyal destek (İSD) ve psikolojik sermaye (PS) ile depresif ve anksiyete semptomları ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada İSD ve PS'nin bu grupta depresif ve anksiyete semptomlarını düşürdüğünü bulgulanmış olup PS'nin İSD ile semptomlar arasında mediyatör görevi gördüğünü, ayrıca İSD ve PS'nin tedavi sürecini etkilediğini ve bu süreçte göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmiştir (Liu vd., 2013).

HIV'in tezahüratı ile anksiyete ve depresyonun somatik belirtileri örtüşebildiğinden dolayı HIV pozitif bireylerde anksiyete ve depresyonu değerlendirirken somatik öğeleri içermeyen araçları kullanmak önemlidir (Savard vd., 1998).

HIV tanısı almış erkeklerde ölüm anksiyetesi ve ölüm depresyonunu araştıran bir çalışma ölüm anksiyetesi ve ölüm depresyonu yüksek katılımcıların sağlık durumlarının daha ağır olduğunu bulgulanmıştır (Hintze, Templer, Cappelletty, & Frederick, 1993).

2.4.3. Çocukluk çağı travmaları ve HIV/AIDS

Travma şiddetli fiziksel darbenin vücutta oluşturduğu fiziksel ve patolojik etkilen olarak tanımlanmaktadır ve 17 yüzyıldan bu yana daha çok cerrahlar tarafından kullanılan bir terim olmuştur (Lerner & Micale, 2001; Kianpoor & Bakhshani, 2012). 19 yüzyılda merkezi sinir sisteminin ön plana çıkması ve beden üzerindeki etkileri olduğunun gözlemlenmesi sonucunda ‘sinirsel şok (Nervous shock) gibi kavram ortaya çıkmaya başlamaktadır (Lerner & Micale, 2001). Daha sonrasında bu kavramın zihinsel ve psikolojik olguları kapsayacak şekilde genişlediği görülmektedir (Lerner & Micale, 2001).

Şar ve Öztürk’ün ‘What is Trauma and Dissociation?’ başlıklı makalesinde aktardığına göre travmanın yapısına bakıldığında travmanın tehlikeli veya zararlı bir olay ile sınırlı olmadığı, diğer yandan nesnel ve öznel bileşenleri olan bir olaya ilişkin bir deneyim olduğundan söz edilmektedir (Şar & Öztürk, 2005). Aynı makalede aktarıldığına göre Fischer ve Riedesser travmayı bir olayda tehdit edici bir etken ile bireyin üstesinden gelme kabiliyeti arasındaki büyük uyumsuzluk olarak tanımlamaktadır. Travma durumsal bir fenomen den ibaret değildir. Aynı zamanda zaman içerisinde gelişen ve belirli bir rota izleyen boylamsal sosyo-psikolojik bir süreçtir (Şar & Öztürk, 2005). Aynı makalede travmanın çözülmesi için bireyin travmaya uygun tepkiyi verebilme yetisine ve kabiliyetine sahip olması ile mümkün olmayabileceğinden bahsedilmektedir. Makale, travmatik bir olay ile karşılaşıldığında verilecek tepkilerin kısıtlılığında bahsetmekte Fischer ve Riedesser’e gönderme yaparak aslında travmatik bir olaya uygun bir tepkinin mümkün olmayacağından bahsetmektedir, ki bu durum ‘travma paradox’u olarak adlandırılmaktadır (Şar & Öztürk, 2005). Travmatik bir durumda, kaçma, donma kalma, savaşıma veya boyun eğme gibi tepkiler ortaya çıksa da bunların hiçbiri uygun tepkiyi oluşturmaz. Çünkü travmatik olaya uygun tepki mümkün değildir (Şar & Öztürk, 2005). Travma sadece duruma bağlı ortaya çıkan bir olgu değil, aynı zamanda zaman içerisinde gelişen ve seyir halinde olan boylamsal sosyo-psikolojik bir

süreçtir (Şar & Öztürk, 2005). Bir olayı travmatik olayın özellikleri arasında olayın kişide tekrarlı bir şekilde yaşanması sonucu travmatik obsesyona, olayın ağırlığı sonucu zaman algısının kaygı, zamanın bölünmesi gibi sonuçlara da yol açabilmektedir (Şar & Öztürk, 2005). Deneyimlenen olayın travmatik olup olmaması olayın nesnel ve öznel taraflarının kapsama alınması ile mümkündür (Şar & Öztürk, 2005). Travmatik durum, nesnel tehdit ve öznel baş etme gücü arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2017).

İkinci dünya savaşından sağ veya yaralı olarak geri dönen askerlerde gözlemlenen davranışsal, duygusal ve zihinsel bozuklukların incelenmesi sonucu savaş esnasında maruz kalınan fiziksel hasar ve olaylar ile savaş sonrasındaki duygulanımları arasında bir ilişki olduğu bulgulanır (Keane, Marx, Sloan, & DePrince, 2014). Bunun sonucunda stres verici olayların etkisinin devam ettiği savı literatüre girmeye başlar. Psikolojik bir kategori olarak travmanın, literatürde resmi olarak 1980 yılında DSM’de Travma Sonrası Stres Bozukluğu-TSSB (PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder) formunda tanındığı ve ele alındığı görülmektedir (Lerner & Micale, 2001). İlk olarak DSM 3’te TSSB’nin hemen hemen herkeste büyük bir stres uyandıracak olaylar tarafından ortaya çıktığını belirtmektedir (DSM - 3, 236). Fakat daha sonraki revizyonda, buna ilaveten olayın sıradan insan deneyimleri aralığında olmaması kriterini eklemektedir. Olayın tekrarlayıcı olması ve uyku bozukluğu, odaklanmada zorluk, travmatik anıyı hatırlatacak durumlardan kaçınma gibi 2 veya daha fazla semptomun var olması gerekliliğinden bahsetmektedir.

Öncelikle Nazi Soykırımı’ndan sağ çıkanlarda ve savaşçılarda gözlemlenen psikolojik stres daha sonra tecavüze uğrayan kadınlarda da gözlemlenmiş ve travmatik bir olaya maruz kalmanın uzun sürede ortaya olumsuz etkisini ortaya konulmuştur. (Keane, Marx, Sloan, & DePrince, 2014).

Micale’nin aktardığına göre ruh sağlığı alanından tanı kriteri kitabı DSM’de görülmeden önce, travma ve ruh sağlığı ilişkisi aslında ilk olarak Fransız nörolog Jean-Martin

Charcot tarafından kurulduğu görülmektedir (Micale, 2001). Aynı çalışmada Micale şunlardan bahsetmektedir. Charcot yetişkin erkek hastaları üzerinde yaptığı çalışmalar sonucu ‘travmatik nevroz’, ‘travmatik histeri’ ve histero-travmatizm kavramlarını kullanmıştır. Charcot, 1880ler boyunca herhangi bir organik hasar belirtisi olmamasına karşın hastalarda ortaya çıkan deride karıncalanma hissi, aşırı duyarlılık, felç, inme ve devamlı kasılma gibi ilginç semptomlar gözlemler. Yorgunluk, baş ağrısı, sırt ağrısı, göğüste ağrı, düzensiz kalp atışı, baş dönmesi, bayılma ve elde, bacaklarda titreme gibi fiziksel semptomların yanı sıra depresif durum, uyku bozukluğu (uykusuzluk, kâbus görme vb.), fobiler, zihinsel bulanıklık, entelektüel olarak gerileme gibi duygusal yakınmaların olduğunu fark etmiştir. Bu belirtiler bazen kısa sürede olup biterken bazen de aylar boyunca sürmüştür. Bu gibi belirtilerin daha çok fiziksel hasar veren bir olaydan sonra ortaya çıktığını gözlemlemiştir. Çocukken yaşanan travmatik deneyimin yaşamın kaybolmadığı ve yaşamın sonraki evrelerini etkilediği düşüncesi Pierre Janet tarafından ortaya atılmış bir düşüncedir (Şar & Öztürk, 2005).

Terr ‘Childhood Traumas: An Outline and Overview’ başlıklı makalesinde çocukluk çağı travmasını şu şekilde açıklamaktadır (Terr, 1991): Çocukluk çağı travması önceden kullanılan baş çıkma ve savunma işlemlerini yıkarak çocuğu geçici olarak aciz bir duruma sokan dışsal darbe veya darbe dizininin aniden ortaya çıkması sonucu oluşmaktadır (Terr, 1991). Terr, travmanın beklenmedik bir şekilde ortaya çıkması özelliğine uzun süren olayın tekrarlanacağı beklentisi özelliğini de eklemektedir. Terr, çocukken yaşanan bütün travmaların kaynağını dışarıda konumlandırmaktadır. Travma çocuğun dışında olan bir yerde başlamaktadır (Terr, 1991). Travmatik olay yaşandıktan sonra içsel mekanizmalardan bazı değişiklikler meydana gelir ve yıllarca devam edebilir (Terr, 1991).

Terr, aynı makalede çocukluk çağı travmasını ayrı kılan ve önceden bilinen bazı özelliklerden bahsetmektedir. Bunlar düşünceyi örtbas etme, uyku sorunları, aşırı irkilme tepkileri, gelişimde gerilik, dış dünyadan korkma, planlı kaçış, panik, öfke, aşırı uyarılma

durumlarını bilinen özellikler olarak sıralamaktadır. Terr'in kendisi ise çocukluk çağı travmasına özgü olan ve travmaya uğramış her çocukta meydana gelen 4 tane özellikten bahsetmektedir (Terr, 1991): 1) güçlü bir şekilde zihinde canlanma veya başka türlü tekrarlayıcı bir şekilde algılanan anılar, 2) Tekrarlayıp duran davranışlar, 3) Travmaya özgün olarak korku ve 4) İnsanlara, yaşama ve geleceğe yönelik değişen tutumlar. Terr, tekrar eden travma rüyalarını bu dörtlüye dahil etmemiş ve bunun nedeni olarak bütün çocuklarda ortaya çıkmayabileceği, özellikle 5 yaş öncesi çocuklarda, şeklinde belirtmiştir (Terr, 1991).

Çocuklukta yaşanan travmatik olaylar hemen belirtiler vermeyebilmekte ve yaşamın ileri evrelerinde belirli semptomlar şekilden ortaya çıkabilmektedir (Buss, Warren, & Horton, 2015). Çocukken yaşanan travmatik olayların önemini Judith Herman "travma ve iyileşme" isimli kitabında derin bir şekilde ele alıp vurgulamaktadır (Herman, 1997). Herman yetişkinlikte tekrar eden travmanın daha önceden gelişmiş kişiliği tahriş ettiğini fakat çocukken tekrarlayıcı bir şekilde yaşanan travmanın kişiliğin kendisini deforme ettiğini bildirmektedir. (Herman, 1997). Bebeklik ve çocukluk çağında yaşanan olayların kişiliğe, zihne ve davranışa etkisi psikoloji biliminin en temel alanlarından bir tanesidir. Travma çocuklukta kalmaz, yetişkinlikte devam etmektedir (Herman, 1997; Terr, 1991). Bazı araştırmalar çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlikteki travmalar arasında ilişki olduğunu bulgulamıştır (Spies vd., 2012). Aynı inceleme HIV pozitif bireylerin istismar ile ilişkili risk faktörlerine ve bunun sonucunda davranış değişimine karşı savunmasız olduğunu yordamıştır.

DSÖ tarafından çocuk istismarını önleme üzerine yayınlanan raporda çocuğun 18 yaşından küçük bireyler olarak tanımlamakta ve çocuk istismarı aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır (WHO/HSC/PVI, 1999):

Çocuk istismarı ya da çocuğa kötü muamele çocuğun sağlığına, yaşamını sürdürmesine, gelişimine veya sorumluluk ilişkisi bağlamında onuruna, güvenine ve gücüne potansiyel olarak zarar verebilecek veya halihazırda zarar veren fiziksel

ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkâr tutum veya ticari ve diğer türlü sömürü formlarının tümünü oluşturmaktadır.

DSÖ aynı raporda çocuğa kötü muamelenin 5 farklı türünden bahsetmektedir (WHO/HSC/PVI, 1999).

Fiziksel İstismar: Çocuğa halihazırda veya potansiyel olarak zarar verebilme ile sonuçlanan durumları içerir. Bu durumda etkileşim olabilir veya etkileşim eksikliğinden de kaynaklanabilir. Bu doğal olarak çocuğun bakımını üstelenen ebeveyn ya da güven, sorumluluk ve güç pozisyonunda olan birisi tarafından gerçekleştirilmektedir. Sadece bir defa olabilmekle beraber tekrarlayıcı bir şekilde devam edebilmektedir.

Duygusal İstismar: Çocuğun içinde olduğu topluma bağlı olarak sahip olduğu potansiyel ile orantılı olarak sosyal yeti ve stabil/tam duygusal gelişimini sağlayacak birincil bağlanma figürünün bulunmasını, gelişime uygun ve destekleyici çevrenin sağlanmasının başarısız olmasını içermektedir. Ayrıca çocuğun fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal gelişimine zarar verici davranışlar da olabilir. Bu davranışlar doğal olarak çocuğun kontrolünde olduğu ebeveynler veya güven, sorumluluk ilişkisi geliştirdiği kişiler tarafından olmalıdır. Hareketi kısıtlayıcı, aşağılama, karalama, günah keçisi yapma, tehdit etme, korkutma, ayrımcı davranma, gülünç duruma sokma veya diğer fiziksel olmayan düşmanca ve tehdit edici tutumlar bu davranış grubuna girmektedir.

İhmal ve ihmalkâr tutum: İmkanlar olduğu halde çocuğun sosyal, fiziksel, mental ve sosyal gelişimine hasar verecek oranda sağlık, eğitim, duygusal gelişim, besin, sığınak ve güvenli yaşam koşulları sağlamada yetersiz kalma, başarısız olma (fiziksel ihmal) durumunu içerir. Bu durum aynı zamanda çocuğu yaşam koşullarına hazırlayamama ve rehberlik etmeme bu durumlarını (duygusal ihmal) da içerir.

Cinsel İstismar: Çocuğun tam olarak anlamlandırmadığı, gelişimsel olarak hazır olmadığı ve onay veremediği halde cinsel aktivitelere dahil edilmesi durumudur. Aynı yaşta

veya büyük olan birisinin cinsel doyumu için kullanılması durumunu içermektedir. Bir çocuğun yasal olmayan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanması veya tahrik edilmesi, fuhuşta kullanılmaları, pornografik materyallerde kullanım durumlarını içermekle beraber bu durumlarla sınırlı değildir.

Sömürü/Suistimal: Çocuğun çocuk işçiliği, seks işçiliği gibi çocuğun, fiziksel, ahlaki, duygusal ve sosyal ilişkilerine hasar veren haklarının suistimal edildiği ve sömürüldükleri diğer durumları içermektedir. Daha sonra bu başlık diğer başlıklara serpilmiştir (WHO, 2002).

Çocuk istismarı ile ilgili bazı tanımlar zararın yetişkinlerin davranışları ve ettikleri üzerine odaklanırken bazıları ise davranışın çocuğa zararlı ve tehdit edici olup olmadığına odaklanmaktadır (WHO, 2002). Çocuk istismar ve ihmali ölümcül sonuçlardan hafif yaralanmalara kadar geniş bir spektrumda gerçekleşmektedir (WHO, 2002). Cinsel istismar oranı kız çocuklarına daha yüksek iken fiziksel istismarın erkeklerde daha fazla olduğu görülmüştür (WHO, 2002).

Daha önce yapılmış çalışmalarda HIV tanısı almış bireylerde travmatik yaşantı öyküsünün yüksek düzeyde yaygın olduğu ve riskli cinsel davranış (Kianpoor & Bakhshani, 2012), ilaç bağımlılığı, tüm nedenlere bağlı ölüm durumlarını yordadığı görülmüştür (Pence vd., 2012). Damar içi uyuşturucu kullanımı, korunmasız cinsel ilişki, riskli cinsel davranışlar ile çocukluk çağı istismarın ilişkili olduğu daha önceki çalışmalarda saptanmıştır (Kianpoor & Bakhshani, 2012). Pence ve arkadaşlarının 611 HIV ile yaşayan bireylerle yürüttükleri çalışma sağlık ile ilgili olumsuz davranışın geçmişte yaşanan travmalarla güçlü bir ilişkisinin olduğunu bulgulamışlardır (Pence vd., 2012). Yine HIV pozitif bireylerle yürütülen başka bir çalışma fiziksel ve cinsel istismar öyküsünün yakında olmuş stresli yaşam olayları ve TSSB gibi geçmiş travmaların sağlık ile ilgili daha kötü yaşam kalitesi, yüksek iş göremez hale gelme riski ve sağlık servislerinden tam olarak faydalanma durumları ile ilişkili olduğu olduğunu gözlemlemişlerdir (Leserman vd., 2005). Aynı çalışma HIV pozitif bireylerin

tedavilerinin yanı sıra zihinsel durumlarının incelenmesinin kritik bir durum olduğunu ifade etmiştir. Başka bir çalışma birden fazla travmatik olaya maruz kalmış bireylerin HIV ile ilişkili ölüm riskini arttırdığını bulgulanmıştır (Leserman vd., 2007).

TSSB olan ve olmayan HIV pozitif bireylerin karşılaştırılmasının yapıldığı bir çalışmada TSSB'si olanların daha yüksek düzeyde depresyona ve daha düşük ilaç merbutiyeti olduğu bulgulanmıştır (Boarts vd., 2009). Aynı çalışma HIV ilişkili TSSB ve HIV olup HIV ile ilişkili olmayan TSSB'yi karşılaştırmış ve HIV ile ilişkili TSSB olan katılımcıların HIV ilaçlarına daha fazla bağlı olduklarını bulgulanmıştır. Tanzanya'da yürütülen bir araştırma çocukken cinsel şiddete maruz kalanlardan son 12 aya dair toplanan verilere göre HIV açısından riskli davranışlar sergilediklerini ve daha düşük bir ihtimalde test yerlerine başvurduklarını bulgulanmıştır (Chiang vd., 2015). Brownley ve arkadaşları tarafından HIV ile yaşayan Afrikalı-Amerikalı kadınların travma öyküsü üzerine yürüttükleri çalışmada tanı alan kadınların toplumdaki diğer kadınlara nazaran TSSB oranı 5 kat daha yüksek olduğunu belirtmektedirler (Brownley, Fallo, Berley, & Himelhoch, 2015). Düşük gelire sahip Afrikalı-Amerikalı genç kadınlarla yürütülen bir çalışma çocukluk çağı şiddete maruz kalma ile yüksek cinsel risk ile ilişkili olduğu ve zamanla da devam ettiği bulgulanmıştır. (Wilson, Donenberg, & Emerson, 2014)

HIV ile yaşayan bireylerde travma, dissosiyasyon ve düzenli antiretroviral ilaç kullanımı ile ilgili yürütülen bir araştırma TSSB düşük ilaç uyumu ile ilişkili olduğunu bulgulanmış ve TSSB semptomlarının yüksek seviyede dissosiyatif belirtiler gösteren katılımcıların düzensiz ilaç kullanımları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Keuroghlian vd., 2011). Benzer bir çalışmada HIV ile yaşayan erkeklerde çocukluk çağı travmaları, Dissosiyasyon ve TSSB ilişkisini incelemiştir (Kamen vd., 2012). Sonuç olarak HIV pozitif erkeklerde çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon arasında pozitif yönde bir ilişki bulgulanmıştır. Dissosiyasyonun TSSB'nin özellikle aşırı uyarılmışlık semptomu ile ilişkili

olduğu gözlemlenmiş olup HIV ile yaşayan bireylerde dissosiyatif TSSB alt tipi olabileceğini yordamıştır (Kamen vd., 2012).

2.4.4. Dissosiyatif bozukluklar ve HIV/AIDS

Keane ve arkadaşları tarafından travma, dissosiyasyon ve TSSB kavramları üzerine yazılan makalenin aktardığına göre günümüzde dissosiyasyon olarak bilinen kavramın temeli 19. yüzyılda yaşayan Pierre Janet'nin histeri hastaları ile çalışmalarına dayanmaktadır (Keane, Marx, Sloan, & DePrince, 2014). Janet, travmatik bir olaya maruz kalmanın bilişsel ve davranışsal etkilerini araştırmıştır. Aynı makale Jean-martin Charcot (1887), Pierre Janet (1909) ve Sigmund Freud (1896) Değiştirilmiş bilinç düzeyinde depolanan duygu yüklü materyalin (dissosiyasyon durumu) bireyin davranışı, biliş düzeyi ve duygulanımı zıt yönde etkilediği fikri üzerinde hem fikir olmuşlardır (Keane, Marx, Sloan, & DePrince, 2014). Aynı zamanda depolanan bu materyalin bireyin dünya görüşünü, dış dünya ile etkileşimini ve içinde yaşadığı duygu durumuna etki ettiklerini bildirmişlerdir.

Otto Van Der Hart ve Rutger Horst, Janet'in dissosiyasyon teorisini tartıştıkları makalelerinde Janet'in Lucie isimli hastası üzerinde yaptığı gözlemleri ve onunla yürüttüğü bir çalışmaları ele almaktadırlar (Hart, 1989). Makaleye göre Janet Lucie'nin farklı algılama ve davranış paterni keşfettikten sonra hipnoz ile çalışmaya karar verip hipnoz halinde iken Lucie'ye otomatik yazı yazma eylemini telkin eder. Bilince geri getirdikten sonra Lucie'nin dikkatini dağıtması için birisine görev verir. Bu esnada kendisi de Lucie'ye hafif bir ses tonuyla bir kalem almasını ve yazmasını söyler. Lucie'nin kendisi üçüncü kişi ile konuşma içerisindeyken sağ eli ise kâğıda "Adrienne" yazar. Böylece Janet Lucie'nin hipnoz halinde iken olaylardan bahseden kişinin Adrienne olduğuna karar verir. Böylece Lucie'nin hatırlamadıklarının Adrienne tarafından hatırlandığını keşfer. Ve daha ileri giderek katmanlı olarak 3 tane Lucie'den bahseder. İkinci Lucie birinci Lucie'nin hatırlamadıklarını ve

hissetmediklerini hatırlamakta iken üçüncü Lucie ise diğer ikisinin hatırlamadıklarını hatırladığını keşfeder. Bu durumu 7 yaşında bir çocuk iken yaşadığı travmatik olayın sonucu olarak geliştiğini ifade eder. Makale daha Janet'in dissosiyasyon teorisinin temel konseptlerinden psikolojik otomatizm, bilinçlilik, bilinçdışı, bilinçlilik alanı, amnezi, fikse olmuş düşünceler, travma ve dissosiyasyon kavramlarının ele alınmış şekillerinden bahsetmektedir.

Somatizasyonun dissosiyatif bozukluklardaki intihar düşüncesini yordayıp yordamadığını araştıran Öztürk ve Şar (2008) çocukluk çağı travması öyküsünün yanı sıra somatizasyon bozukluğu ve dissosiyatif bozukluk arasındaki komorbiditenin intihar girişimi ile ilişkili olabileceğini belirtmekte ve duygusal değişken/cinsel istismarın yüksek derecede intihar girişimi ile ilişkili olduğunu aktarmaktadırlar.

Travma ve dissosiyasyonu ele aldıkları makalede Şar ve Öztürk dissosiyasyonu travmatik deneyimin ve bunun sonucu olarak değişen benlik algısının iç dünya ve dış gerçeklik arasında olan mütakabiliyetteki bozukluğuna katkıda bulunduğu şekilde açıklamaktadırlar. (Şar & Öztürk, 2005). Bu duruma değişmiş tetikte olma hali, farkındalık, kontrol ve konsantre olma duyusunun olduğu farklı bir gerçeklik bağlamında yenilenmiş benlik algısı eşlik etmektedir (Şar & Öztürk, 2005; Öztürk, 2017). Makale depersonalizasyonu bu durumun en temel unsuru olarak görmektedir (Şar & Öztürk, 2005).

Öztürk (2018) 'Psikotarih, travma ve dissosiyasyon' başlıklı makalesinde travma ve dissosiyasyonun bireysel yönleri olduğu kadar sosyal yönlerinin olduğunu belirtmekte, ikisini bütün olarak değerlendirip bireyin çok yönlü belirtiler sergilemesine yol açan psikolojik reaksiyon ve ruhsal süreç olduğunu bildirmektedir.

Vedat Şar başka bir makalesinde dissosiyasyonu normal şartlarda bütünlüklü işlev gösteren kimlik, bellek, kimlik veya çevre algısı işlevlerindeki kesintiye uğrama veya

parçalanma olarak tanımlamıştır (Şar, 2011). Dissosiyatif bozukluklar (DB) bu durumlardaki bozulmaları kapsayan bir grup klinik sendromu kapsamaktadır (Şar, 2011).

Dissosiyasyon bildiren vakaların aile bireylerinde çocukluk çağı travmaları üzerine yürüttüğü doktora çalışmasında Öztürk (2003) aile içinde gerçekleşen çocukluk travmaları ve dissosiyasyon üzerine önemli bulgulara ulaşmıştır. Çalışma, kontrol grubundaki aileler ile kıyaslandığında dissosiyatif bireyin ailesinde çocukluk çağı travmalarının daha yüksek olduğu bulgulanmaktadır. Biogenetik ve psikolojik sorunlar nedeniyle psikiyatrik bozuklukların aile içinde kalmaya devam ettiğini bildiren başka bir çalışma yüksek orandaki çocukluk çağı istismar ve ihmalinin dissosiyatif bozuklukların merkezi olduğunu bildirmektedir (Öztürk & Şar, 2006).

Travmatik kendilik ve psikoterapideki dirençleri üzerine yazılan makalede Öztürk ve Şar (2016), travma kendiliğin temeli olarak travmayı işlemedeki yetersizlik olarak Öne sürülmüştür. Aynı makale travma ile birlikte sosyal ilişkilerin travmatik kendiliğin üzerinden meydana geldiğini söylemektedir. Aynı şekilde travmatik kendiliğin zamanı yaşantılamadığını, öznenin hayatına umutsuzluğun hâkim olduğunu, duygulanımları nötralize ettiğini, kendiliğe bir nesne muamelesi yaptığını, majör depresyon/ölüm/intihar düşüncelerinin daimî olduğunu belirtmektedirler (Öztürk, 2009a).

Bireyin sosyolojik ve psikolojik özellikleri arasındaki bağlantılar travma sebebiyle belirsizleştiğinde bu bağlantılar belirsizleşir ve bu iki sistem birbirinden bağımsız olarak işlev görmeye başlar (Öztürk, 2009b). Öztürk bu makalesinde dissosiyasyonu kendiliğin işlevsel bölünmesi üzerinden aktarmakta ve bu durumun kimlik değişimden dissosiyatif yaşam depersonalizasyonuna kadar çeşitlilik gösterebileceğinden bahsetmektedir.

1980 yılından önce daha çok diğer bazı psikiyatrik bozukluklarla bir semptom olarak ele alınan dissosiyasyonun 1980 yılında çoklu kişilik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte olarak sınıflandırıldığı görülmektedir (Cardenia & Spiegel, 1996).

Daha sonra 1994 yılında DSM-4 ile birlikte dissosiyatif kimlik bozukluğu olarak ele alınmaya başlanmaktadır (Cardenia & Spiegel, 1996).

DSM'nin son olarak çıkan beşinci baskısında dissosiyatif bozukluklar, bilinçlilik, bellek, duygulanım, algı, beden sunumu, motor kontrol ve davranışın normal bütünleşimindeki parçalanma veya süreksizlik/kesiklik ile karakterize edilmektedir (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5'te dissosiyatif bozukluklar bölümüne dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), dissosiyatif amnezi(DA), depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğu, diğer belirlenmiş dissosiyatif bozukluk(BDB) ve belirlenmemiş dissosiyatif bozukluğu(BmDB) ele alınmaktadır. DB sık olarak travmatik bir olay neticesinde ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bir çok semptom (semptomlarla ilgili yaşanan utanç ve kafa karışıklığı veya bu semptomları saklama arzusu) deneyimlenen travmanın yakınlığından etkilenmektedir. DSM-5 tanısıl sınıflandırmalar arasındaki ilişkileri yansıtmak amacıyla DB'yi travma stres ile ilişkili bozuklukların bir parçası olarak değil fakat hemen yanında ele almaktadır.

Depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğu klinik ölçüde önemli bir devamlılık gösteren ve tekrarlı olarak ortaya çıkan depersonalize olma (kişiliğin gerçekdışıymiş gibi deneyimlenmesi, algısal değişiklikler, beden, bilinç veya kişilikten kopma yaşaması, duygusal ve fiziksel olarak hissizleşme) ve derealize olma (çevreden kopma ve gerçek dışılığı deneyimleme durumu) ile karakteriz bozukluktur. Her ikisi ayrı ayrı görülebilmekle birlikte de ortaya çıkabilmektedirler.

Dissosiyatif amnezi otobiografik bilgiyi hatırlayamama ile karakteriz edilmektedir. Bu bilgi bir zaman diliminde veya bir olay ile ilgili (lokalize olmuş), bir olayın belli bir yönüyle ilgili veya genel olarak kimlik (Seçici), yaşam hikayesi veya kimliğin tamamının kaybı (Genelleşmiş) ile ilgili olabilmektedir. Günlük yaşamdaki normal unutmaktan farklıdır. Ancak kendilerine bir olayı yaşadıkları hatırlatıldıklarında o olayın anıda olmadığı fark

edilmektedir. DA bulunan bireyler çoğunlukla bellekteki bu problemlerin farkında olmamaktadırlar. Bellekteki bozukluğun yan ısıra diğler entelektüel ve bilişsel yetiler işlevseldirler.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu iki ya da daha fazla farklı karakterin varlığı ile karakterize edilmektedir. Farklı karakterlerin varlığı bazen aşikâr iken bazen de örtülüdür. Örtülü karakterlerin varlığı kişilik duygusundaki ani değışim ve kesintiye ve tekrar eden dissosiyatif amnezinin varlığı ile identifiye edilmektedir. Günlük yaşam, geçmiş olaylar ve kişisel bilgi anılarında boşluk olması durumu, Günlük yaşamda ciddi işlev bozukluğuna yol açması özellikleri de tanısıl kriterler arasında yer almaktadır.

DSM ayrıca karışık dissosiyatif semptomların kronik ve tekrar eden sendromları, beyin yıkama, düşünce reformu gibi zorlayıcı yoğun iknaya maruz kalmadan dolayı kimlikte ortaya çıkan kargaşa, stresli olaylara tepki olarak ortaya çıkan akut dissosiyatif reaksiyonlar ve dissosiyatif trans durumlarını diğler belirlenmiş dissosiyatif bozukluklar başlığı altında ele almıştır.

Goodwin ve Sachs dissosiyatif semptom ve bozukluklarını çocukken deneyimlenen ağır ihmal, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ile ilişkilendiren bir çok çalışmanın yapıldığını bildirmektedirler (Goodwin & Sachs, 1996; Spiegel, 1997; Dorahy & Hart, 2007) . Özellikle aile içi cinsel şiddet vakalarında ailenin diğler bireylerinin inanmaması ya da mağdurun yaşadığından ötürü utanç yaşadığı belirtilmektedir (Goodwin & Sachs, 1996).

Literatür incelendiğinde dissosiyasyon ve HIV ilişkisi daha çok çocukluk çağı cinsel istismar ile ele alındığı gözlenmektedir. Hansen ve arkadaşları (2012) tarafından yürütülen bir araştırmada HIV ile yaşayan bireylerde cinsel ilişki esnasında ortaya çıkan dissosiyatif deneyimler ile çocukluk çağı cinsel istismar arasındaki ilişki incelenmiştir (Hansen vd., 2012). Makaleye göre çocukken cinsel istismara maruz kalmış bireyler hem cinsel ilişki esnasında ve sonrasında dissosiyasyonu deneyimleyebilmektedirler. Algı, duygulanım ve

bellekte bozulmanın gözlemlendiği dissosiyasyon durumu, kişinin bir olayı yanlış değerlendirmesine, uygun olmayan davranışlar sergilemesine ve agresyon göstermesine yol açabilmektedir (Hansen vd., 2012). Makale aynı zamanda çocukluk çağı cinsel istismarı erken cinsel aktivite, birden fazla seks partneri, korunmasız cinsel ilişki, erken ve istenmeyen gebelik ve seks ticareti gibi birçok riskli cinsel davranış ve sonuç ile de ilişkilendirmektedir. Çocukken yaşanan cinsel istismar ile ilişkili dissosiyasyon br önceki cümlede bahsi geçen davranışları sergileme riskini arttırmaktadır (Hansen vd., 2012). Yaşanan dissosiyasyon kişiyi savunmasız kılmaktadır (Hansen vd., 2012). Makale bu durumun sonucu olarak da dissosiyasyon olmuş kişinin seks esnasında riskli davranışlar sergileme durumunu sorunsallaştırmaktadır. Sözü geçen çalışma, cinsel eylem esnasında ortaya çıkan dissosiyatif deneyimin kişiyi yeniden mağdur etmeye ne ölçüde katkıda bulunduğunu anlamak için yürütülmüş olup dissosiyasyonun çocukken maruz kalınan cinsel istismar ile yetişkinlikte sergilenen riskli cinsel eylemler arasında bir mediyatör olduğunu bulgulamıştır (Hansen vd., 2012; Sikkema vd., 2009). Çocukken cinsel istismara maruz kalmış bireylerin cinsel ilişkiden biraz önce veya cinsel ilişki esnasında dissosiyasyon olmaları, kişinin cinsel olarak yeniden mağdur olmasına yol açmakta ve kişiyi cinsel olarak riskli davranışlara karşı savunmasız hale getirmektedir. Çalışma sonucu HIV enfeksiyonu riskini azaltmaya yönelik gönderilen mesajların dissosiyasyonu deneyimleyen bireylerde işe yaramayacağını yordamaktadır. Aynı zamanda HIV tanısı sonrası anksiyetenin artmasının dissosiyatif deneyimleri tetikleyebileceğine öngörülmektedir.

HIV pozitif bireylerle yürütülen başka bir çalışma özellikle cinsel olarak tekrardan mağdur olan bireylerin daha ağır psikiyatrik ve davranışsal problemlere karşı savunmasız bir durumda olduklarını ifade etmektedir (Yiaslas vd., 2014). Aynı çalışma yeniden cinsel istismar mağduru olma durumunun çocukluk çağı cinsel istismar ile dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi güçlendirdiğini, yetişkinlikte yaşanan cinsel istismar ile dissosiyasyon arasında ve

çocukluk çağı cinsel istismar ile yetişkinlikteki cinsel istismar arasında bir ilişki olduğunu bulgulamıştır (Yiaslas vd., 2014).

Kalichman ve arkadaşlarının erkeklerle seks yapan erkeklerde çocukluk çağı istismar ve HIV riski ilişkisini inceledikleri çalışmalarında çocukken istismara maruz kalan bireylerin korunmasız cinsel ilişki, para karşılığı seks yapma, uyuşturucu kullanma gibi yüksek derecede riskli cinsel davranışlarda bulduklarını belirtmektedirler (Kalichman vd., 2004; Sikkema vd., 2009).

Kamen ve arkadaşlarının HIV ile yaşayan bireylerde çocukluk çağı travması, TSSB ve dissosiyasyon ilişkisini anlamak için yürüttükleri çalışmanın bulguları daha önceden yapılan çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir. Araştırma çocukluk çağı istismarının daha sonra gelişen dissosiyatif semptomlar ile ilişkisi olduğunu belirtmekte ve bu semptomların HIV gibi stresli olaylar ile tetiklenebileceğinden bahsetmektedir (Kamen vd., 2012). Çalışma cinsel istismarın diğer çocukluk dönemi istismar türlerine nazaran dissosiyatif semptomların gelişmesine en fazla etkiye sahip olduğunu bulgulamıştır.

Sonuç olarak disosiyasyon olmuş HIV pozitif bireylerin daha dikkatli bir şekilde ele alınması gereklidir (Allers, White, & Mullis, 1997). Ayrıca ilaç kullanımı uyumu ve dissosiyasyon ilişkisi üzerine de bir çalışmadan bahsedilebilir. Bir çalışma travma sonrası stres bozukluğu semptomlarından özellikle dissosiyasyonun ilaç uyumluluğu ihtimalini düşürdüğünü bulgulamıştır (Keuroghlian vd., 2011).

2.4.5. Benlik saygısı ve HIV/AIDS

Benlik saygısı ilk olarak William James tarafından 1980 yılında psikoloji literatüründe kullanılmaya başlanmıştır (James, 1983). Bir teoriden çok bir konsept olarak kullanıldığı görülmektedir. James benlik saygısını döneme hâkim olan pozitivist bir perspektifle gerçekte var olan, yapılan ile potansiyel arasındaki oranın benlik saygısına eşit olduğunu ileri

sürmüştür (James, 1983). Diğer bir deyişle istek ve arzuları paydaya koyarken başarıları da paydaya koyar ve sonucun benlik saygısı olacağını ifade etmiştir (James, 1983).

Psikoloji literatürüne 1890 yılında giren ve ondan bu yana psikolojinin birçok alt disiplininde üzerinde çalışmalar yürütülen bu kavram günümüzde içinde kullanıldığı bağlama bağlı olarak ifade ettiği anlam değişebilmektedir. Cast ve Burke (2002) “A theory of Self-Esteem (Bir Benlik Saygısı Teorisi)” isimli makalelerinde benlik saygısını kişinin genel olarak kendine atfettiği pozitif yüklemeler olarak tanımlayarak yeterlik ve değer gibi iki ayrı boyutunun olduğunu dile getirmektedirler (Cast & Burke, 2002). Yeterlik boyutu, insanların kendilerini yeterli ve yapabilir özelliklerine atfederken; değer boyutu ise insanların kendilerini birey olarak iyi ve değerli hissetmelerine gönderme yapmaktadır (Cast & Burke, 2002).

Cast ve Burke (2002) benlik saygısının kavramsallaştırılmasının üç şekilde yapıldığından bahsetmektedirler. İlk olarak benlik saygısı bir netice veya sonuç olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda araştırmacılar benlik saygısını ortaya çıkaran, etkileyen veya engelleyen süreçler üzerine odaklanmaktadır. İkincisi, benlik saygısı self-motive olarak ele alınmakta ve insanların kendilik değerini yükseltme veya devam ettirme yönelimi kapsamaktadır. Son olarak ise benlik saygısının kendilik için bir tampon görevi gördüğü araştırılmıştır. Cast ve Burke (2002) bu ayrı durumları entegre etme girişiminde bulunmuşlardır.

Murk (2006) benlik saygısının tanımlama konusu sorunsallaştırdığı makalesinde benlik saygısına zemin oluşturan değerlilik özelliğini sorgulamadan önce benlik saygısının muğlak bir tanımlamaya sahip olmasına üç neden gösterir. Birinci olarak sosyal bilimcilerin benlik saygısını en az üç farklı yoldan ele aldığını ve her yolun kavramın kullanımını makul kılacak kendine ait uzun bir geçmişinin olduğunu belirtir. İkincisi her tanımlamanın değişik araştırma bulguları, teoriler ve sonuçlara sahip olduğu ve bu durumda hangi tanımlanın hangi çalışma türlerinde uygun olacağını zorlaştıracaktır. Murk son olarak bu kadar karmaşanın

içerisinde benlik saygısını belli bir zeminde tanımlamanın ne kadar önemli olduğundan bahsetmektedir (Murk, 2006).

Murk (2006) benlik saygısının değerlilik üzerinden tanımlamanın kompleks olmayan bir araştırma modeli sağlama gibi bir avantaja sahip olduğunu diğer yandan bu durumun benlik saygısını sadece içsel süreçlere bağlayıp dış gerçeklik ve davranıştan bağımsız kılacağını ve kişide çatışmaya yol açacağını vurgulamaktadır (Murk, 2006). Diğer yandan Brown ve Marshall (2006) değerlilik zeminini kişinin kendisini sosyal bir nesne olarak iyi veya kötü bir kişi olarak deneyimlemesi olarak tanımlamaktadır (Marshall & Brown, 2006). Murk (2002) aynı makale William James'in benlik saygısı tanımlamasını sadece davranış temelli olduğunu için eleştirmektedir. Buradan yola çıkarak sadece yeterlik kavramı üzerinden benlik saygısını tanımlamanın eksik kalacağını ifade etmektedir. Yeterlik bağlamının sadece gözlemlenebilir davranışlara odaklı olduğu için inanç, tutum ve duyguların göz ardı edilebileceğini dile getirmektedir (Murk, 2006). Öz yeterlik kişinin bir güç ve etki kaynağı olarak kendine doğru pozitif veya negatif yönelimi olarak da tanımlanmaktadır (Tafarodi & Swann Jr., 2001). Murk (2002) son olarak benlik saygısını değerlilik ve yeterlik zemininde ele alan tanımlamaları ele alır ve bu görüşten yana taraf tutar. Diğerlerinden farklı olarak son görüşün benlik saygısını daha karmaşık bir olgu olarak ele aldığını yeterlik ile davranış, değerlilik ile de duygusal alanı ve arasındaki ilişkiyi de dikkate alarak hepsini birlikte kapsadığını savunmaktadır (Murk, 2006).

Rosenberg ve arkadaşları (1995) benlik saygısını evrensel benlik saygısı (EBS) ve özgül benlik saygısı (ÖBS) olmak üzere iki şekilde ele alıp karşılaştırmışlardır. Özgül olan davranış üzerinde daha etkili iken evrensel olanın ise performans üzerinde direkt etkisi olmadığını ifade etmiş ve yeterlik temelinde kendilik kabulü ve saygısının önemli katkıları olduğunu dile getirmişlerdir (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). Daha sonra benlik saygısına Durumsal Benlik Saygısı (DBS) da eklenerek 3 farklı bileşen halinde

ele alınmaya başlanmıştır (Leary & Baumeister, 2000; Marshall & Brown, 2006). EBS uzun süren, tipik ve duygu yüklü kendilik değerlendirmesini içermektedir (Leary & Baumeister, 2000). Kendilik değerlendirmesi iyi-kötü, negatif-pozitif, değerli, değersiz gibi ikili yüklemeler şeklinde yapılabilir (Leary & Baumeister, 2000). İkinci olarak DBS belirli bir anda ve durumdaki duygu yüklü kendilik değerlendirmesini ifade etmektedir (Leary & Baumeister, 2000). Son olarak ÖBS belirli akademik, sosyal, atletik benlik saygısı gibi bir alandaki öz değerlendirmeye dayalıdır (Brown, Dutton, & Cook, 2001).

Mann ve arkadaşlarının (2004) aktardığına göre benlik değerlendirmesi zihinsel ve sosyal iyilik hali için önemli bir unsur olmakta ve istekleri, kişisel hedefleri ve diğer kişilerle iletişimi etkilemektedir. Yazdıkları makale ile koruyucu bir etken ve belirli olmayan risk etken olarak benlik saygısının fiziksel ve zihinsel sağlıktaki önemini vurgulamaktadır (Mann, Hosman, Shaalma, & Vries, 2004). Makale Benlik saygısının daha iyi sağlık ve sosyal davranışları ortaya çıkardığını vurgulamaktadır. Düşük benlik saygısının geniş bir aralıkta zihinsel ve sosyal problemlerle ilişkili olduğunu aktarmakta olup depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu ve intihar girişimi gibi psikolojik problemler ile şiddet ve madde kullanımı gibi dışsallaştırılmış problemlere kadar gidebileceğini ifade etmektedir.

HIV tanısı almış homoseksüel/heteroseksüel ve uyuşturucu bağımlılarının benlik saygısı üzerine yürütülen bir araştırma uyuşturucu bağımlılarının benlik saygısı ortalamalarının cinsel davranış sonucu enfekte olan bireylerden daha düşük olduğu bulgulanmış ve ayrıca cinsel yönelimin değil daha çok bulaşı yolunun önemli olduğu sonucuna varılmıştır (Visintini vd., 1995).

HIV ile yaşayan bireylerde benlik saygısını değerlendiren bir araştırma HIV enfeksiyonunun tanı alan bireylerin yaşamında alışkanlıkları yeniden yapılandırma, iş ve aile hayatlarındaki sınırları yeniden göden geçirme ve sosyal sorunlar ile baş etme gibi fiziksel ve sosyal olarak kişiyi sınırlandırdığını belirtmektedir (Castrighini vd., 2013). Aynı zamanda

HIV pozitif bireylerin stigma ile ilişkili olarak enfeksiyonun hayatları üzerindeki sosyal etki ve olası ölümcül özelliği ile benlik saygısına hasar verebileceğini yordamıştır. Söz konusu araştırma artmış benlik saygısı HIV ile yaşayan bireylerin kendileri hakkında olumlu duygulara sahip olmaları ile sonuçlanırken düşük benlik saygısı onları sınırlandırılmış ve cesaretlerinin kırılmasına neden olabileceğini belirtmektedir. Çalışmanın önemli sonuçlarından bir tanesi medeni durum/enfeksiyon yolu/eşlik eden tanı gibi değişkenler ve benlik saygısı arasında önemli bir ilişkiyi bulgulamış olmasıdır. Bekar bireylerin evli/ayrılmış/dul/boşanmış bireylerden daha düşük seviyede benlik saygısına sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu durum sosyal destek eksikliği ile açıklanmıştır. Sonuç olarak çalışma HIV pozitif bireylerin diğer kronik hastalıklara nazaran daha düşük benlik saygısına sahip oldukları belirtilmiştir (Castrighini vd., 2013). Genç HIV pozitiflerle yürütülen bir çalışma cinsiyete bağlı olmaksızın düşük benlik saygısı olduğunu gözlemlemiştir (Mohan & Bedi, 2010).

Genç yetişkin ekstazi kullanıcılarının HIV riskli davranışları ve benlik saygısı üzerine yapılmış bir araştırma bu ikili arasında önemli bir ilişki olduğunu bulgulamıştır (Klein, Elifson, & Sterk, 2010). Benlik saygısı yüksek olan katılımcıların daha az HIV riski taşıyan davranışlar sergiledikleri, fakat diğer yandan yasal olmayan bir şekilde madde kullanmalarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Klein, Elifson, & Sterk, 2010). Aynı araştırma yüksek benlik saygısının, yüksek seviyede kondom kullanımı ile bir ilişkisi olduğunu ortaya çıkarmış ve aynı zamanda TSSB semptomları gösteren katılımcıların göstermeyenlere nazaran daha düşük benlik saygısı skoru yaptıkları gözlemlenmiştir (Klein, Elifson, & Sterk, 2010).

HIV pozitif homoseksüel ve biseksüel bireylerde benlik saygısı araştıran bir çalışma kondom kullanımı ve benlik saygısı arasında bir ilişki bulgulamamakla beraber benlik saygısının HIV durumunu partnerine açık etme ile bir ilişkisi olduğu saptamıştır (Moskowitz

& Seal, 2011). HIV negatiflerde ise benlik saygısı ve cinsellik öncesi cinsel hastalıkları konuşma arasında bir ilişki bulgulanmamıştır (Moskowitz & Seal, 2011). Ayrıca HIV pozitiflerde benlik saygısının düşük veya yüksek olduğuna dair önemli bir durum gözlemlenmemiştir. Yine HIV pozitif bireylerle yapılan bir çalışma benlik saygısının kişisel bakıma verilen önemi etkilediğini ve kişiyi tedaviye ulaşma çabasından alıkoyduğunu gözlemlemiştir (Elucir vd., 2010).

HIV ile yaşayan bireylerin yaşam kalitesi ve benlik saygısı ilişkisi konu alan bir çalışma benlik saygısının erkeklerde daha iyi olduğunu belirterek cinsiyete göre değişkenlik gösterdiği gözlemlemiştir (Manhas, 2014). Ayrıca iş arkadaşları tarafından dışlanma, arkadaşlık kaybı gibi sosyal ilişkideki kayıplar benlik saygısının düşmesine yol açabileceğini ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra kilo kaybı, beden imajı, iş kapasitesinin düşmesi, günlük aktivitelerdeki değişiklikler, aile ile ilişkiler, maddi durum benlik saygısını etkileyebilmektedir (Manhas, 2014).

2.4.6. Damgalama ve ayrımcılık

AIDS'le ilişkili damgalama salgının ortaya çıktığı seksenlerde söz konusu olmuş olsa da HIV/AIDS ilk fark edilmesinin ilk 20 yılında damgalama, ayrımcılık ve inkâr çok az anlaşılabilmiş ve ulusal ve uluslararası programlarda bu konular sıklıkla kenara itilmiştir (Parker & Aggleton, 2003). Damgalama HIV tanısı almış bireylerin hayat deneyimlerini, arkadaşlarını, ailelerini, partnerlerini ciddi bir şekilde etkileyen sosyal bir yapıdır (Alonzo & Reynolds, 1995). HIV/AIDS ile insan hakları bağlamında mücadele edilmesine büyük katkılar sunmuş Jonathan Mann HIV/AIDS'in bir toplumdaki oluşumunu üç evrede ele almaktadır (Mann, 1987). Birinci evrede HIV bir topluma fark edilmeden sessiz bir şekilde girer ve bir süre boyunca durumun ciddiyeti anlaşılmaz. İkinci aşamada fırsatçı enfeksiyonların baş göstermeye başladığı AIDS evresindeki vakaların görülmeye başlanmasıdır. Son aşama, muhtemelen en dikkat çeken aşama (Parker & Aggleton, 2003), HIV enfeksiyonuna ve

AIDS'e yönelik politik, ekonomik, sosyal ve kültürel tepki salgınıdır (Mann, 1987). Mann (1987) korku ve bilgisizliğin bireyler, aileler ve bütün toplum için felaketlere yol açmaya devam ettiğini belirtmektedir. Aynı raporda HIV/AIDS'in yol açtığı toplumsal kaygı ve korkunun kontrol altına alınmaması halinde salgının yer altına çekileceği, HAYB'ları, toplumdaki izole etmenin, dışlamanın, damgalamanın (Parker & Aggleton, 2003) HIV/AIDS ile mücadele stratejilerini etkileyeceğini ve engelleyeceğini bildirmektedir (Mann, 1987). HIV/AIDS hakkında doğru bilgilendirmeyi HIV/AIDS'e karşı koruma ve salgını kontrol altına almanın ilk basamağına koymaktadır (Mann, 1987).

Damgalama derin bir şekilde kötölemek, güvensizlik oluşturmak, kuşku duymak itibarını sarsmak olarak tanımlanmaktadır (Goffman, 1963). Goffman (1963) damgalanmayı 3 şekilde ele almaktadır. Öncelikle fiziksel deformasyonların iğrendirme uyandırması, ikinci olarak bireysel karakterin zayıf irade veya doğal olmayan arzu, tutku ve sahtekarlık ile algılanmasıdır (Goffman, 1963). Goffman bu duruma örnek olarak bağımlı olmak, zanlı olmak, zihinsel olarak rahatsızlığı olmak, işsiz olmak, eşcinsel olmak, intihara meyilli olmak ve politik davranışı vermektedir (Goffman, 1963). Son olarak ise nesilden nesile aktarılan ve aileyi de etkileyebilen ırk, millet, dini kapsayan kabilesel damgalanmayı kategorize etmektedir (Goldberg, 2016).

Damgalama sonucu gerçekte olmasa bile bu duruma inanmaya başlamak mesela HIV'in eşcinsellere olduğu duruma başlamak ise içselleştirilmiş damgalama türüne örnektir (Rael & Hampanda, 2016). HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde yüksek oranda içselleştirilmiş damgalamanın mevcut olduğu raporlanmıştır (CDC, 2018). CDC'ye (2018) göre içselleştirilmiş damgalanma en fazla kadınlar tarafından sonra transseksüel daha sonra erkeklerde yaygın olduğunu bildirmektedir. Aynı rapora göre HAYB'ların 3'te 2'si başkası ile HIV durumunu paylaşmanın zor olduğunu, 3'te 1'i kendini suçlu hissedip utanç duymakta, 4'te 1'i ise HIV pozitif olmanın onları değersiz ve kirli kıldığını bildirmektedirler (CDC,

2018). Öktem'in bildirdiğine göre (2015) Damgalama HIV ile yaşayan bireyler için izolasyon, şiddet, canlılık kaybı, seyahat kısıtlaması, sosyal kimlikte bozulma gibi negatif sonuçlara sahiptir. Damgalama ve ayrımcılık bireyleri test yaptırmak, yardım almak ve düzenli tedaviye uyum sağlamaktan alıkoyduğu için virüsün yayılmasına da neden olabilmektedir (Parker & Aggleton, 2003; Öktem, 2015).

HIV'e bağlı damgalama Türkiye'de yaygın durumdadır (Öktem, 2015). HIV'in halihazırda damgalanan eşcinseller, seks işçileri ve madde kullanıcıları arasında yaygın olması HIV'e bağlı damgalamayı beslemektedir (Öktem, 2015). Öktem (2015) HIV'e bağlı damgalamayı belirleyen etkenlere HAYB'ların kendi durumlarından sorumlu tutulmalarını, HIV/AIDS'in yaşamı tehdit eden bir enfeksiyon olması ve bu yüzden insanların korkması, dini inanç zemininde hastalığın ahlaki günahlar yüzünden yaşanması inancını da eklemektedir.

Aynı şekilde Gökengin ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmaya göre HIV tanısı aldığı için kendini suçlu hisseden ve bu durumdan ötürü kendini suçlayan katılımcıların oranı %41, bu sebep yüzünden utanç duyanların oranı ise %31 olarak bulgulanmıştır (Gökengin, Öktem, & Çalık, 2017). Aynı araştırmaya göre hakkında dedikodu yapıldığını bildirme oranı %69, tanı aldıktan sonra damgalamaya maruz kalma oranı %23, hak ihlali %30, sözel taciz, tehdit, incitilme oranı ise %46 olarak bulgulanmıştır. HIV damgalamasının sonuç olarak izolasyona, çocuk yapmamaya, sosyalleşmemeye ve seks yapmamaya neden olduğu bildirilmektedir (Gökengin, Öktem, & Çalık, 2017). Araştırma (2017) HIV'e yönelik ve içselleştirilmiş damgalamanın tanı alan bireyler açısından bir sorun teşkil ettiğini ve spesifik olarak hassas gruplara yönelik damgalama ve ayrımcılığı artırdığı sonucunu belirtmektedir.

HIV salgını başlangıcında HIV ile enfekte olmuş bireylerin cinsel yönelimleri önemli bir epidemolojik etken olarak düşünülmekteydi (Ioan, 2013). Haitililer, damar içi madde

kullanıcıları ve seks işçilerinin yanı sıra homoseksüeller de risk grupları kategorisi olarak ele alınmakta ve HIV enfeksiyonun bu marjinal kimlik ve topluluklar ile ilişkili olduğuna inanılmaktaydı (Ioan, 2013). Araştırmalar cinsel yönelimi gay ve biseksüel olan bireylerin stigma ve ayrımcılığa uğrama korkusu nedeniyle HIV testini yaptırmakta geciktiklerini bulgulamışlardır (Ioan, 2013).

Türkiye’de HAYB’lara yönelik damgalamanın cinsiyetin rolünü araştıran bir çalışma HAYB’lara yönelik damgalamanın katmanlı olduğunu belirtmenin yanı sıra evli kadınların, bekar kadınlara göre daha iyi tolere edildiğini ve en fazla suçlanan grubun transseksüeller olduğunu bulgulamıştır (Kasapoğlu & Kuş, 2008).

Ayrımcılık temel anlamı ile bir şeyi ayrı tutmak, ayırmak anlamına gelmektedir: iyiler ve kötüler gibi (Weisskopf, 2010). Sosyal problem olarak ortaya çıkan ayrımcılık ise toplumdaki güçlü gruplar tarafından daha azınlıkta ve zayıf olan gruplara yönelik sosyal ve hukuki haklarını kısıtlayacak yapılan ayrımcılık türüdür (Weisskopf, 2010). HIV ile ilgili yanlış bilgiler HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin iş sahasında gerçekleşen ayrımcılığa karşı savunmasız kılmaktadır (Akbaş, 2018). HIV ile yaşayan bireylerin ayrımcılığa maruz kalmaları ve damgalanmalarının nedeni bir araştırmada HIV’e yönelik bilgisizlik ve damgalama ve ayrımcılığı engelleyen politikaların eksikliği olarak bulgulanmıştır (Feyissa, Abebe, Girma, & Woldie, 2012). Kültürel inançlar aynı şekilde HIYB’leri damgalamay ve HIYB’lere yönelik ayrımcılığa eğilimi artırmakta bir etken olabilmektedirler (Masoudnia, 2015; Gökengin, Öktem, & Çalık, 2017).

2.4.7. Cinsel yönelim

Cinsel yönelim bir kişinin başkasına yönelik fiziksel, romantik ve duygusal çekimini ifade etmektedir (WHO, 2016; Pinto & Moleiro, 2015). Amerikan Psikoloji Derneği’ne göre ise bir kişinin kadına, erkeğe veya iki cinsiyete karşı olan ve süreklilik gösteren duygusal, cinsel ve romantik çekimi şekilde tanımlamaktadır (APA, 2008). Kavram keskin olarak

homoseksüellik, heteroseksüellik ve biseksüelliği birbirinden ayırıyor olsa da cinsel yönelim görüldüğünden daha karmaşıktır (Başar, 2013). Özellikle toplumsal normlar değişik cinsel yönelime sahip bireyleri farklı cinsel davranışı sergileyebileceğini göstermekte olduğundan dolayı cinsel yönelimin bu anlamda cinsel davranıştan ayrıştırılması gerekmektedir (Başar, 2013).

Cinsel davranış alanında ilk sistematik ve istatistiksel araştırma yapan Alfred Kinsley'den gelmektedir (Kinsley, Pomeroy, & Martin, 1948). Alfred Kinsley cinselliği 0(sıfır) heteroseksüel olmak üzere ve 6 (altı) rakamı homoseksüel davranış olmak üzere bir ölçek üzerinden ele almış ve araştırmasını da bu ölçek üzerinden yürütmüştür (Kinsley, Pomeroy, & Martin, 1948). Bu araştırma homoseksüelliğe dair ilk başarılı sonuçlar veren ve katılımcıların %37'sinin en az bir defa homoseksüel cinsel davranışı sergilediğini bulgulamış 16-55 yaşları arasındaki beyaz evli katılımcıların %57'sin en az diğer erkeklere erotik tepkiler verdiğini ortaya koymuştur (McWhirter, Sanders, & Reinisch, 1990). Diğer yandan kişilere homoseksüel fantezileri olup olmadığı sorulduğunda ise yaklaşık olarak %50'si homoseksüel fantezileri olduğunu onaylamıştır. Bu araştırmanın 1960 yıllarında ortaya çıkan cinsel özgürlük akımlarına ve cinselliğin bilimsel alanda objektif bir şekilde araştırılmaya başlanmasına büyük etkisi mevcuttur (Greenberg, 1988). Buna ek olarak Michael D. Storms 70'lerin sonlarında ve 80'lerin başında yürüttüğü çalışmalarında cinsel yönelim kategorisine aoseksüelliği de dahil etmektedir (Storm, 1980). Storms temelde iki boyutlu homoerotizm ve heteroerotizm grafiğinde cinsel yönelimi kategorize etmektedir. Yüksek yüksek puanlar homoseksüellik, biseksüelliği ve heteroseksüelliği belirtirken, düşük erotizm ise aoseksüelliği ifade etmektedir.

Erkek eşcinsellerde benlik algısı ile stresli gündelik olaylar ile uygun baş etme stratejisi arasında inceleyen bir tez çalışması erkek homoseksüellerin heteroseksüellere nazaran benlik konusunda daha yüksek düzeyde problem yaşadıkları bulgulanmış ve daha net

benlik kavramına sahip homoseksüellerin sahip olmayanlara göre stresle daha başarılı bir şekilde baş ettikleri ortaya çıkmaktadır (Akcan, 2017).

2.4.7.1.Homoseksüellik

19. yüzyılda ilk olarak cinsel davranışı tanımlamak için ortaya çıkan bu kavram (Pickett, 2018) 20 yüzyılda cinsel yönelim olarak kabul görmeye başlamıştır (Greenberg, 1988). Bir bireyin karşı cinsiyetten biri yerine kendi cinsiyetinden birisiyle bedensel yolla duyuumsal uyarılma ve tatmin bakınmasıdır (Dover, 1989).

Ruh sağlığı alanında yaygın olarak kullanılan Ruhsal ve sinirsel bozuklukların sınıflandırılmasının yapıldığı DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorder) ikinci baskının 1974 (APA, 1973) yılında altıncı basımında eşcinsellik kendi başına bir bozukluk kategorisinden çıkarılmış ve “cinsel yönelim kargaşası” başlığına dahil edilmiştir (APA, 1968). DSM 3 baskısında bu kategorinin yerini ‘ego distonik eşcinsellik’ kavramı alır (American Psychiatric Association, 1980). 1987’de DSM 3’ün revizyonunda ise eşcinsellik kendi başına bozukluk kategorisinde tamamen kaldırılmıştır (Drescher, 2015). Türk dil kurumu homoseksüel kelimesine karşılık gelen eşcinsel kelimesini 1974 yılında yayımlanan ‘Ruhbilimi Terimleri Sözlüğü’ ve ‘Veteriner Hekimleri Terimleri Sözlüğü’ referans göstererek şöyle ifadelerle tanımlamaktadır: “Duygusal veya cinsel olarak kendi cinsine ilgi duyan kimse, homoseksüel” ve aynı cinsiyetteki bireylere karşı cinsel ilgi duymayla belirgin cinsel sapkınlık, homoseksüalite” (TDK, 2006).

Her ne kadar eşcinsellik batı toplumlarında alternatif yaşam stili olarak kabul gördüyse de HIV’in homoseksüellik ile özdeşleştirilmesi ile birlikte batı toplumlarında eşcinsellere karşı çıkışı ortaya çıkarmaktadır (Çekirge, 1986). Bununla birlikte homoseksüellik üçüncü dünya ülkelerinde önde gelen cinsel ve sosyal tabu olmaya devam etmektedir (Çekirge, 1986).

Türkiye’de eşcinsellik bilimsel araştırma sahalarında kullanılmakta fakat hukuki bir zemini bulunmamaktadır (Bakacak & Öktem, 2014; Yuzgun, 1993). Bunun yanı sıra Eşcinsel bireyler eşcinsel yönelimlerinden dolayı türlü şiddetlere maruz kalabilmektedirler (Yuzgun, 1993). Eşcinsellik yasal olarak tanımlanmamaktadır fakat kavram olarak ‘sevicilik’ gibi homofobik olarak nitelendirilebilecek bir kelimedenden LGBTİ (Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Transeksüel, İnterseks) uluslararası kavram kullanımına doğru bir gelişme olduğu görülmektedir (Tüzüner, 2014).

2.4.7.2. Heteroseksüellik

Bir bireyin bedensel tatmin için kendi cinsi yerine karşı cinsten birine yönelmesi şeklinde tanımlanmakla beraber toplumsal olarak daha yaygın bir şekilde kabul edilmektedir (McWhirter, Sanders, & Reinisch, 1990). İlk olarak James G. Kiernan tarafından ilk olarak 1892 yılında erkek ve kadın arasındaki yasak cinselliği bir sapıklık niteliğinde tanımlamak için kullanılmıştır (Katz, 2007). Daha sonra Krafft-Ebing tarafından karşı cinsle cinsel ilişki üzerinden yeniden ve patolojize edilmeden tekrardan tanımlanmış olup üreme sağladığı için de homoseksüellikten farklı olarak normal kabul edilmiştir (Krafft-Ebing, 1892).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmada Türkiye’de yaşayan ve HIV tanısı almış heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin psikososyal durumlarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde araştırma modeli, örneklemi, data toplama materyalleri ve bu materyallerin uygulanmasına dair özellikler açıklanacaktır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu alışma genel ilişkisel tarama modelinin karşılaştırımlı alt modeli ile yapılmıştır. Karşılaştırımlı model korelasyon türündeki ilişkiden farklı olarak tam deneysel değildir. İlişkisel tarama modelleri iki ve ikiden fazla değişken arasındaki ilişkinin dinamiğini incelemek amacıyla tasarlanan modellerdir. İlişkisel modelin karşılaştırımlı olan türünde ortaya çıkan sonuçlar tamamıyla neden-sonuç zemininde değerlendirilemez. Fakat bize ilişkinin varlığı ve yokluğu hakkında varsa bir ilişkinin temel dinamiği hakkında ipuçları sağlamaktadır (Karasar, 2018).

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Türkiye’de HIV tanısı almış heteroseksüel ve homoseksüel bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise HIV/AIDS ile yaşayan bireylere destek vermek, bireysel ve sosyal alanlarda onları çeşitli yollara güçlendirmek amacıyla kurulan Pozitif Yaşam Derneği’ne HIV konusunda hukuksal ve psikolojik danışmanlık almak amacıyla gelen yeni ve daha önceden tanı almış HIV ile yaşayan heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerdir. Verilerin toplanmasına 03.01.2017 tarihinde İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca etik açıdan uygun olduğuna karar verildikten sonra başlanmıştır (Bkz. Ek 8). Katılımcıların hepsinin gönüllülük onamı alınmış (Bkz. EK 1) ve dernek bu araştırmaya (Bkz. EK 9) onay vermiştir. Derneğe gelen katılımcılara talep ettikleri danışmanlık ilgili uzmanlar tarafından verildikten sonra data

toplama materyalleri doldurmaları istenmiştir. Dernek aracılığıyla HIV ile yaşayan 50 homoseksüel ve 50 heteroseksüel olmak üzere toplamda 100 erkek ile görüşülmüştür. Fakat data toplama materyallerini eksik doldurdukları için 3 kişiden toplanan veriler istatistiksel analize dahil edilmemiştir. Katılımcıların 49 (%50.5)'u cinsel yönelim olarak homoseksüel, 48 (%49.5)'i heteroseksüel olmak üzere toplamda 97 (%100) kişi HIV ile yaşamakta ve erkeklerden oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada katılımcılara 24 sorudan oluşan görüşme formu ve 5 psikolojik değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Katılımcılara bu araştırmaya hiçbir zorlama ve müdahale olmadan kendi istekleri ile katıldıklarını beyan eden “Gönüllülük Formu”, sosyodemografik ve HIV öyküsü gibi kişisel verilerini toplamak amacıyla bir “Sosyodemografik ve HIV öyküsü formu”, duygu durumlarına dair bilgiye ulaşmak için “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Sürekli Anksiyete Ölçeği”, çocukken yaşanan travmaya dair bilgiye ulaşmak için “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği”, bellek, kimlik, duygu, algı, motor ve kontrol davranıştaki ayrışma durumları için “Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği” ve son olarak katılımcıların kendilerine yönelik değer atfetme durumlarını ölçmek için “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği”nin “Benlik Saygısı Alt Boyutu” ölçekleri kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik ve HIV öyküsü formu

Bu form iki kısımdan oluşturulmuştur. İlk kısımda katılımcıların yaşları, medeni durumları, eğitim düzeyleri, meslekleri, çalışma durumları ve cinsel yönelimleri gibi sosyodemografik bilgilerine yönelik veriler toplamak amacıyla oluşturulan likert tipi ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Likert tipi ve açık uçlu sorulardan oluşan bu formun ikinci kısmında ise katılımcıların HIV ve klinik bilgileri ile ilgili verileri toplamak hedeflenmektedir. Bu kısımda maddeyi kötüye kullanma, maddeye başlama yaşı, kullanılan

maddeler, HIV ile enfekte yaşı, HIV edinim yolu, Antiretroviral terapi (ART) başlama durumu, tanıyı kimlerle paylaştıkları, psikiyatrik ilaç kullanımı, ayrımcılığa maruz kalma öyküsü, tanı aldığı için kendini suçlamanın var olup olmama durumu, damgalanma öyküsü gibi durumlara dair verileri toplamak hedeflenmiştir.

3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği öz bildirim dayalı likert tipi ölçek olup 1961 yılında oluşturulmuştur (Beck vd., 1961). Ölçek 21 sorudan oluşmakta olup kişilerin depresyon düzeylerini belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçekten toplamda 63 puan alınabilmekte ve “en az”, “hafif”, “orta”, ve “şiddetli” olarak kategorilendirilmektedir. Ölçeğin Türkiye uyarlaması Nesrin Hisli tarafından 1989 yılında üniversite öğrencileri üzerine yürütülen bir araştırma ile yapılmıştır (Hisli, 1989).

3.3.3. Sürekli Anksiyete Ölçeği

Sürekli Anksiyete Ölçeği, 40 sorudan oluşan durumluk-sürekli anksiyete ölçeğinin ikinci kısmını oluşturmakta ve 20 sorudan meydana gelmektedir (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970; Spielberger C. D., 1972; 1983). En yüksek 80 puan alınabilen likert tipi bir ölçek olup “yok”, “hafif”, “orta”, “ağır” şeklinde derecelendirilmektedir. Ölçek Öner ve Le Compte tarafından 1985 yılında Türkçe’ye adapte edilmiştir (Öner & Le Compte, 1985). Amaç kişinin kaygı düzeyini ölçüp klinik bilgi sağlamaktır.

3.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein ve arkadaşları tarafından geçmişte yaşanan fiziksel/duygusal/cinsel istismar, fiziksel/duygusal ihmal durumları saptamak amacıyla ilk baştan çocuklar için geliştirilen (Bernstein & Fink, 1998) sonra yetişkinler için ayrıca uyarlanan likert tipi, öz bildirim türünde bir ölçektir (Bernstein vd., 2003). Ölçek 54 sorudan meydana gelmektedir. 28 soru ve 5 alt boyuttan oluşan Türkçe adaptasyonu Şar ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Şar, Öztürk, & İkikardeş, 2012). Ölçeğin fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar,

duygusal ihmal ve cinsel istismar olmak üzere 5 alt boyutu mevcuttur. Ayrıca 3 tane minimizasyon maddesi de bulunmaktadır.

3.3.5. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, 28 likert tipi sorudan oluşan bu ölçek öz bildirim dayalı olarak uygulanmaktadır. 1986 yılında Berstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (Bernstein & Putnam, 1986) ve 1993 yılında güncellemesi yapılmıştır (Carlson & Putnam, 1993). Dissosiyatif yaşantıların düzeyini ortaya çıkarmak amacıyla Şar ve arkadaşları Türkçeye adaptasyonunu gerçekleştirmiştir (Yargıç, Tutkun, & Şar, 1994; Şar, Yargıç, & Tutkun, 1995). Kesme puanı 30 olarak belirlenmektedir. 30 puanın üstündeki psikiyatrik vakalarda dissosiyasyonu olma olasılığı mevcut olduğu kabul edilmektedir.

3.3.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu

Toplamda 63 sorudan meydana gelen Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin ilk 10 sorusu benlik saygısı alt boyutunu oluşturmaktadır (Rosenberg, 1965). Likert tip ve öz bildirim dayalı bir ölçektir. Puanlar yükseldikçe benlik saygısı düşmektedir. Düşük puanlar ise yüksek benlik saygısına işaret etmektedir. Kişinin kendilik saygısı ölçmek amacıyla Türkçeye uyarlaması ilk olarak ergenler üzerinden Çuhadaroğlu tarafından gerçekleştirilmiştir (Çuhadaroğlu, 1986). Yetişkinler için adaptasyonu 1965 yılında yapılmıştır (Korkmaz & Şefik, 1996).

3.4. Uygulama

Görüşme Formu ve ölçekler aracılığı ile toplanan datalar Statistical Package for Social Sciences (SPSS – Sosyal Bilimler için istatistik paketi) 23.0 versiyonu ile analiz edilmiştir. Ölçeklerin ortalama, frekans, dağılım, standart sapma, en büyük ve en küçük değer gibi betimleyici analizlerin yanı sıra ölçeklerden alınan veriler grupların sayısına bağlı olarak ikili gruplarda toplam puanın analizi için bağımsız örneklem için t testi analizi, 2’den fazla

gruplar için ise Tek-Yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Ayrıca ölçekler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde önce ölçeklerin iç tutarlılık güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Daha sonra ölçek alt boyut ve genel toplam puanları arasında korelasyon analiz yapılmıştır. Son aşama olarak ise, ölçeklerden elde edilen toplam puan ortalamaları sosyo-demografik, HIV öyküsü değişken grupları açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile karşılaştırılmıştır.



4. BULGULAR

Aşağıda, bu çalışmaya katılan kişilerin yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, cinsel yönelim, çalışma durumu, meslek, HIV enfekte yaşı, HIV edinim yolu, ART tedavisi, tanıyı başkası ile paylaşma, HIV tanısının kiminle paylaşıldığı, psikotrop ilaç kullanımı, maddeyi kötüye kullanma durumu, HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma, cinsel yönelim nedeniyle ayrımcılığa uğrama, HIV tanısı nedeniyle damgalamaya maruz kalma, HIV ile enfekte olduğu için kendini suçlama gibi değişkenler açısından oluşturulan grupların sayı ve yüzde dağılımları, araştırmada kullanılan ölçeklerin betimleyici istatistikleri, güvenilirlik ve madde analizlerine ilişkin bulgular sunulmuştur. Ayrıca katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı alt boyutu, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Kaygı Boyutu ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği genel toplam ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında hesaplanan korelasyon katsayıları, söz konusu ölçeklerden elde edilen toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik değişken grupları açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonuçları sunulmuştur.

t-Test için ikili gruplara ayrılan sosyo-demografik değişkenler i) medeni durum, ii) cinsel yönelim, iii) HIV öyküsü ve iv) İlaç Kullanımı başlıkları ile kategoriler haline getirilmiştir. ii) Cinsel yönelim başlığı altından heteroseksüel ve homoseksüel olmak üzere cinsel yönelim ve de sadece homoseksüellere sorulan ayrımcılığın var olup olmadığı şeklinde gruplar haline getirilmiştir. iii) HIV öyküsü bölümüne HIV edinim yolu, HIV nedeniyle ayrımcılık, HIV ile enfekte olduğu için kendini suçlama, HIV nedeniyle damgalamanın var olması, HIV durumunu başkası ile paylaşma değişkenleri dahil edilmiştir. iv) son olarak ilaç kullanımı kategorisinde ART tedavisine başlamış olup olmamama, psikotrop ilaç kullanıp kullanmama ve maddeyi kötüye kullanıp kullanmama değişkenleri dahil edilmiştir.

Tablo I: Sosyo-demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişkenler	Değişken Grupları	Frekans	Yüzde (%)
Yaş	18-26 yaş	19	19,6
	27-33 yaş	41	42,3
	34 yaş ve üzeri	34	35,1
	Toplam	94	96,9
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı	29	29,9
	Ön lisans	17	17,5
	Lisans	49	50,5
	Toplam	95	97,9
Medeni Durum	Bekar	84	86,6
	Bekar olmayan	13	13,4
	Toplam	97	100,0
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	48	49,5
	Homoseksüel	49	50,5
	Toplam	97	100,0

Bu araştırmaya katılan kişilerin %19,6'sı (19 kişi) 18-26 yaş aralığında, %42,3'ü (41 kişi) 27-33 yaş aralığında, 35,1'i (34 kişi) 34-55 yaş aralığında yer almaktadır. Katılımcıların %29,9'u (29) lise ve altı (herhangi bir eğitime sahip olmayanlar, okuryazar olanlar ve ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanlar), %17,5'i (17) ön lisans ve %50,5'i (49) lisans düzeyinde eğitime sahiptir. Ayrıca katılımcılardan medeni durumlarını belirtmeleri istendiğinde %86,6'sı (84) bekar olduğunu ve %13,4'ü (13) Bekar olmayan olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların cinsel yönelimlerine bakıldığında, %49,5'inin (48) heteroseksüel ve %50,5 'inin ise homoseksüel olduğu görülmüştür.

Tablo II: Katılımcıların İş ile ilgili Sosyo-demografik Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişkenler	Değişken Grupları	Frekans	Yüzde (%)
Çalışma Durumu	Halen Çalışıyor	52	53,6
	Çalışmıyor	35	36,1
	Emekli	5	5,2
	Toplam	92	94,8
Meslek	Memur	16	16,5
	İşçi	20	20,6
	Serbest Meslek	22	22,7
	Öğrenci	13	13,4
	Diğer	25	25,8
	Toplam	96	99,0

Bu araştırmaya katılan kişilerin çalışma durumları incelendiğinde ise, katılımcılardan beş kişi çalışma durumu, 1 kişi mesleğe dair bilgilere cevap vermemiştir. Katılımcıların %53,6'sı (52) halen çalışıyor olduğunu, %36,1'i (35) çalışmıyor olduğunu ve %5,2'si (5) emekli olduğunu ifade etmiştir. Son olarak katılımcıların meslekleri sorulduğunda %16,5'i (16) memur, %20,6'sı (20) işçi, %22,7'si (22) serbest meslek, %13,4'ü (13) öğrenci ve %25,8'i (25) diğer seçeneğini işaretlemiştir.

Tablo III: Cinsel Yönelim Nedeniyle Ayrımcılığa Maruz Kalan ve Kalmayan Homoseksüel Kişilerin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişkenler	Değişken Grupları	Frekans	Yüzde (%)
Cinsel Yönelim Nedeniyle Ayrımcılık	Var	14	14,4
	Yok	35	36,1
Toplam		49	50,5

Bunların dışında çalışmaya katılan HIV tanılı homoseksüel bireylere, cinsel yönelimleri nedeniyle zorluk yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş, katılımcıların %14,4'ü (14) zorluk yaşadığını, %'36,1 (35) ise herhangi bir zorluk yaşamadığını bildirmiştir.

Tablo IV. Dissosiyasyonu Olan ve Olmayan Katılımcıların Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişkenler	Değişken Grupları	Frekans	Yüzde (%)
Dissosiyasyon	Yok	78	80,4
	Var	19	19,6
	Toplam	97	100

Katılımcıların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puan, sınır puan olan 30'a göre 30 puan altı ve 30 ve üstü puan olmak üzere iki grup halinde kategorize edilmiştir. Katılımcıların %80,4'ünde (78) Dissosiyasyonu mevcut iken, % 18,6'sında (19) ise en az bir tanı olasılığı bulunmamaktadır.

Tablo V: HIV öyküsüne İlişkin Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişkenler	Değişken Grupları	Frekans	Yüzde (%)
HIV Edinim Yolu	Cinsel İlişki	85	87,6
	Kan Transfüzyon	5	5,2
	Toplam	90	92,8
HIV Enfekte Yaşı	17-24 yaş arası	28	28,9
	25-31 yaş arası	32	33,0
	32 yaş ve üzeri	28	28,9
	Toplam	88	90,7
HIV Nedeniyle Ayrımcılık	Var	26	26,8
	Yok	70	72,2
	Toplam	96	99,0
HIV ile Enfekte Olduğu için Kendini Suçlama	Suçluluk Var	51	52,6
	Suçluluk Yok	45	46,4
	Toplam	96	99,0
HIV Nedeniyle Damgalama	Damgalama Bildirenler	78	80,4
	Damgalama Bildirmeyenler	18	18,6
	Toplam	96	99,0
HIV Tanısını Paylaşma	Paylaşanlar	88	90,7
	Paylaşmayanlar	8	8,2
	Toplam	96	99,0
HIV Tanısının Kiminle / Kimlerle Paylaşıldığı	Aile	12	12,4
	Partner	10	10,3
	Arkadaş	20	20,6
	Birden Fazla Seçenek	37	38,1
	İşaretleyenler		
	Diğer	9	9,3
Toplam	88	90,7	

Bunlara ek olarak çalışmaya katılan kişilere, HIV edinim yolu, HIV ile enfekte yaşı, HIV nedeniyle zorluk yaşayıp yaşamadıkları, HIV ile enfekte olduğu için kendini suçlamının var olup olmaması, HIV nedeniyle damgalamanın olup olmaması, HIV tanısını herhangi

biriyle paylaşıp paylaşmadıkları, tanıyı paylaştılar ise kim(ler)le paylaştıkları, ART tedavisine başlayıp başlamadıkları, psikotrop ilaç ve maddeyi kötüye kullanım durumları sorulmuştur. Sonuçlara göre, katılımcıların %87,6'sı (85 kişi) cinsel ilişki yoluyla, %5,2'si (5 kişi) kan transfüzyonu yoluyla HIV bulaştığını bildirmiştir. Katılımcıların HIV enfekte yaşları incelendiğinde, %28,9'u (28) 17-24 yaş arası, %33'ü (32) 25-31 yaş arası ve %28,9'u (28) 32 yaş ve üzerinde kendilerine HIV bulaştığını bildirmişlerdir. Katılımcıların %26,8'i (26) HIV nedeniyle zorluk yaşadıklarını belirtirken, %72,2'si (70) bu tür bir zorlukla karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %52,6'sı (51) HIV nedeniyle suçluluk hissettiğini ve %46,4'ü (45) ise HIV ile enfekte olduğu için kendini suçlamadığını belirtmiştir. Dahası katılımcıların %80,4'ü (78) HIV nedeniyle yargılandığını bildirirken, %18,6'sı (18) bu tarz bir yargılamayla karşılaşmadığını bildirmiştir. Katılımcıların HIV tanılarını başkalarıyla paylaşma durumlarına bakıldığında, %90,7'sinin (88) tanılarını başkalarıyla paylaştığı ve %8,2'sinin (8) tanılarını başkalarıyla paylaşmadığı görülmüştür. Tanılarını kiminle/kimlerle paylaştıkları sorulduğunda ise, katılımcıların %12,4'ü (12) aile seçeneğini, %10,3'ü (10) partner seçeneğini, %20,6'sı (20) arkadaş seçeneğini, %9,3'ü (9) diğer seçeneğini ve %38,1'i (37) ise birden fazla seçeneği işaretlemiştir. Katılımcıların ART tedaviye başlama durumlarına bakıldığında %67'si (65) ART tedaviye başladıklarını bildirirken, %30,9'u (30) bu tedaviye başlamadıklarını bildirmişlerdir. Psikiyatrik ilaç kullanma durumları incelendiğinde ise, katılımcıların %11,3'ü (11) ilaç kullandığını ve %86,6'sı (84) ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Bunların yanı sıra katılımcıların %9,3'ü (9) madde kullandığını, %88,7'si ise madde kullanmadığını ifade etmiştir.

Tablo VI. İlaç Kullanımına İlişkin Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişkenler	Değişken Grupları	Frekans	Yüzde (%)
ART Tedavisi	Evet	65	67,0
	Hayır	30	30,9
	Toplam	95	97,9
Psikotrop İlaç Kullanımı	Kullananlar	11	11,3
	Kullanmayanlar	84	86,6
	Toplam	95	97,9
Maddeyi Kötüye Kullanma Durumu	Kullananlar	9	9,3
	Kullanmayanlar	86	88,7
	Toplam	95	98

Bunlara ek olarak çalışmaya katılan kişilere ART tedavisine başlayıp başlamadıkları, psikotrop ilaç ve maddeyi kötüye kullanım durumları sorulmuştur. Sonuçlara göre, katılımcıların %87,6'sı (85 kişi) cinsel ilişki yoluyla, %5,2'si (5 kişi) kan transfüzyonu yoluyla HIV bulaştığını bildirmiştir. Katılımcıların ART tedaviye başlama durumlarına bakıldığında %67'si (65) ART tedaviye başladıklarını bildirirken, %30,9'u (30) bu tedaviye başlamadıklarını bildirmişlerdir. Psikiyatrik ilaç kullanma durumları incelendiğinde ise, katılımcıların %11,3'ü (11) ilaç kullandığını ve %86,6'sı (84) ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Bunların yanı sıra katılımcıların %9,3'ü (9) madde kullandığını, %88,7'si ise madde kullanmadığını ifade etmiştir.

Tablo VII: Yaş ile İlgili Değişkenler için Betimleyici İstatistikler

Değişkenler	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	18	55	30,17	7,277
HIV Enfekte Yaşı	15	38	23,75	7,126
Madde Kullanım Yaşı	17	53	29,11	7,442

Araştırmaya katılan kişiler, 18-55 yaş aralığında dağılım göstermiş ve yaş ortalaması 30,17 (ss = 7,277) olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, çalışmaya katılan kişilere kaç yaşında HIV tanısı aldıkları ve madde kullanıyorlarsa kaç yaşında kullanmaya başladıkları sorulmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, HIV enfekte yaşının 17 ile 53 yaş (ort = 23,75; ss= 7,126) arasında ve madde kullanım yaşının 8 ile 15 yaş (ort. = 29,11; ss= 7,442) değişim gösterdiği görülmüştür.

Tablo VIII: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimleyici İstatistikleri

Toplam Puan	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortalama	Standart Sapma
Beck Depresyon Ölçeği	0,00	42,00	15,3196	8,95422
Sürekli Kaygı Boyutu	26,00	66,00	46,0103	8,32478
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	0,50	4,58	1,7868	0,88052
Benlik Saygısı Alt Boyutu				
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	35,00	95,00	48,8557	11,01986
ÇÇTÖ Duygusal İstismar Alt Boyutu	5,00	24,00	7,4433	3,07534
ÇÇTÖ Fiziksel İstismar Alt Boyutu	5,00	25,00	6,0103	2,39137
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal Alt Boyutu	5,00	21,00	7,7216	3,18441
ÇÇTÖ Duygusal İhmal Alt Boyutu	5,00	25,00	11,8144	5,02355
ÇÇTÖ Cinsel İstismar Alt Boyutu	5,00	23,00	6,6598	3,24001
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	0,00	73,21	17,8535	13,76280

Araştırmada kullanılan ölçeklerin betimleyici istatistikleri incelendiğinde, araştırmaya katılan 97 kişinin “Beck Depresyon Ölçeği” toplam puan ortalaması 15,32 olarak elde edilmiştir. Katılımcılar bu ölçekten en düşük 0 ve en yüksek 42 puan almıştır. Bu araştırmada “Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği- Sürekli Kaygı Boyutu” kullanılmış ve 97 katılımcının toplam puan ortalaması “Sürekli Kaygı” boyutu için 46,0 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca katılımcılar bu boyuttan aldıkları en düşük puanın 26 ve en yüksek puanın ise 66 olduğu görülmüştür. Benzer şekilde araştırmada “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu” kullanılmış ve bu alt boyut için katılımcıların toplam puan ortalaması 1,79 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların “Benlik Saygısı” alt boyutundan aldıkları puanlar ise 0,50 ile 4,58 arasında değişmektedir (Bkz. Tablo 5).

Bunlara ek olarak, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nin (ÇÇTÖ)” toplam puan ortalaması 48,85 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların bu ölçekten aldığı puanlar 35-95

arasında değişmektedir. “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nin (ÇÇTÖ)” alt boyutlarının betimleyici istatistiklerine bakıldığında, “Duygusal İstismar” alt boyutunun toplam puan ortalaması 7,44, “Fiziksel İstismar” alt boyutunun toplam puan ortalaması 6,01, “Duygusal İstismar” alt boyutunun toplam puan ortalaması 7,72 ve “Cinsel İstismar” alt boyutunun toplam puan ortalaması 6,66 olarak hesaplanmıştır. Son olarak katılımcıların “Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği” toplam puan ortalaması 17,85 olarak elde edilmiştir. Bu ölçekten alınan puanlar ise 0 ile 73,21 arasında değişmektedir.

Tablo IX: Araştırmada Kullanılan Ölçekler için İç Tutarlılık Katsayıları

Toplam Puan	Cronbach Alfa
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu	0,686
Beck Depresyon Ölçeği	0,839
Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Kaygı Boyutu	0,834
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	0,801
Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği	0,937

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları incelendiğinde, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu” için 0,686, “Beck Depresyon Ölçeği” için 0,839, “Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Kaygı Boyutu” için 0,834, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)” için 0,801 ve “Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği” için 0,937 olarak elde edilmiştir.

Tablo X: Ölçeklerin Toplam Puanlar Arası Korelasyon Analizi Sonuçları

n=97	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	-									
2	0,557***	-								
3	0,480***	0,598***	-							
4	0,212*	0,104	0,076	-						
5	0,250*	0,166	0,163	0,664***	-					
6	-0,034	-0,067	-0,053	0,619***	0,188	-				
7	0,185	0,223*	0,159	0,783***	0,509***	0,383***	-			
8	0,062	0,049	0,051	0,793***	0,233*	0,713***	0,611***	-		
9	0,320**	0,157	0,064	0,617***	0,361***	0,169	0,250*	0,348***	-	
10	0,347**	0,131	0,145	0,336**	0,307**	0,103	0,312**	0,285**	0,151	-

*** : p<,001

** : p<,01

* : p<,05

Not: 1 = Beck Depresyon Ölçeği, 2 = Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu, 3 = Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Kaygı Boyutu, 4 = Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), 5 = ÇÇTÖ Fiziksel İhmal Alt Boyutu, 6 = ÇÇTÖ Fiziksel İstismar Alt Boyutu, 7 = ÇÇTÖ Duygusal İhmal Alt Boyutu, 8 = ÇÇTÖ Duygusal İstismar Alt Boyutu, 9 = ÇÇTÖ Cinsel İstismar Alt Boyutu, 10 = Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Çalışmada benlik saygısı, depresyon, sürekli kaygı ölçeği, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,557$; $p<,001$). Benlik Saygısı Ölçeği'nden alınan yüksek puanlar, benlik saygısı düzeyinin düşük olduğunu gösterdiğine göre, benlik saygısı düzeyi arttıkça depresyon

düzeyi azalmakta diğer bir ifade ile depresyon düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi azalmaktadır.

Benzer şekilde Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ile Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Kaygı Boyutu toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,480$; $p<,001$). Bu sonuca göre, sürekli kaygı düzeyi arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır. Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği genel toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,212$; $p<,05$). Bununla birlikte, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) alt boyut toplam puanları arasında, Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ile en yüksek ve anlamlı ilişki katsayısına “cinsel istismar” alt boyutu sahiptir ($r=0,320$; $p<,01$). Bu sonuca göre, ÇÇTÖ’nün “cinsel istismar” alt boyutundan elde edilen puanlar arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır.

Ayrıca, ÇÇTÖ genel toplam puanı ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,336$; $p<,01$). Bu sonuca göre, ÇÇTÖ’den elde edilen puanlar arttıkça Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları da artmaktadır. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği genel toplam puanı ile ÇÇTÖ alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Fiziksel İhmal alt boyutu toplam puanı ($r=0,307$; $p<,01$), Duygusal İhmal alt boyutu toplam puanı ($r=0,312$; $p<,01$) ve Duygusal İstismar alt boyutu toplam puanı ($r=0,285$; $p<,01$) ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği genel toplam puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Son olarak Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu toplam puanı ile Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Sürekli Kaygı Boyutu toplam puanı ($r=0,598$; $p<,001$) ve ÇÇTÖ Duygusal İhmal alt boyutu toplam puanı ($r=0,223$; $p<,05$) arasında da pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği’nin puanlama yönü göz önünde bulundurulmak koşuluyla, duygusal ihmal ve sürekli kaygı düzeyleri azaldıkça benlik saygısı düzeyi artmaktadır.

Tablo XI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Medeni Durum Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	p
Medeni Durum	Bekar	84	15,3333	9,11550	0,038	95	0,970
	Bekar olmayan	13	15,2308	8,16654			

*N: Katılımcı sayısı, \bar{X} : Ortalama, SS: Standart Sapma, SD: Sapma Değeri,

Medeni durum demografik değişkeni Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuca göre katılımcıların medeni durumlarına göre ($t(95)=0,038$; $p>,05$), bekar ve bekar olmayan grupların Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının Medeni Durum Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	p
Medeni Durum	Bekar	84	45,4762	8,69216	-2,686	32,079	0,011
	Bekar olmayan	13	49,4615	4,11532			

Medeni durum demografik değişkeni Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, medeni durum gruplarının Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; ($t(32,079)=-2,686$; $p<,05$). Buna göre bekar olmayan katılımcıların puan

ortalamaları ($\bar{X}=49,4615$) bekar olan katılımcıların puan ortalamalarından ($\bar{X}=45,4762$) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo XIII: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının Medeni Durum Demografik Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
Medeni Durum	Bekar	84	1,8118	0,89748	0,708	95	0,480
	Bekar olmayan	13	1,6254	0,77377			

Medeni durum demografik değişkeni Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik saygısı Alt Boyutu Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuca göre katılımcıların medeni durumlarına göre $t(95)=0,708$; $p>,05$) bekar ve bekar olmayan grupların Benlik saygısı Alt Boyutu Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XIV: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının Demografik Değişken Medeni Durum Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	p
Medeni Durum	Bekar	84	49,1190	11,4169	0,596	95	0,552
	Bekar olmayan	13	47,1538	8,14295			

Demografik değişken medeni durum Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puan ortalamaları farklı gruplar için t-testi ile analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuç, medeni

durumuna göre $t(95)=0,596$; $p>,05$) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XV: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının Medeni Durum Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
Medeni Durum	Bekar	84	17,0536	12,49648	-1,464	95	0,147
	Bekar olmayan	13	23,0220	20,04439			

Katılımcıların medeni durumuna göre $t(95)=-1,464$; $p>,05$) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XVI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	48	15,5000	8,84139	0,195	95	0,845
	Homoseksüel	49	15,1429	9,15150			
Cinsel Yönelim Var		14	18,4286	7,72323	1,616	47	0,113
Nedeniyle Ayrımcılık	Yok	35	13,8286	9,44484			

Cinsel yönelim ve cinsel yönelim nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma durumu sosyo-demografik değişkenlerinin Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların cinsel

yönelim ($t(95)=0,195$; $p>,05$) ve cinsel yönelim nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma durumu ($t(47)=1,616$; $p>,05$), değişkenlerinin gruplarının depresyon ölçeğindeki puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo XVII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim ile ilgili Değişkenleri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	48	46,1458	6,44779	0,159	82,764	0,874
	Homoseksüel	49	45,8776	9,89241			
Cinsel Yönelim Nedeniyle Ayrımcılık	Var	14	48,7143	8,36134	1,278	47	0,208
	Yok	35	44,7429	10,33368			

Cinsel yönelim ve cinsel yönelim nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma durumu sosyo-demografik değişkenlerinin Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre cinsel yönelimlerine göre ($t(82,764)=0,159$; $p>,05$), cinsel yönelim nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma durumlarına göre ($t(47)=1,278$; $p>,05$) Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XVIII: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	p
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	48	1,6871	0,71514	-1,109	86,334	,270
	Homoseksüel	49	1,8845	1,01497			
Cinsel Yönelim Var		14	2,3436	0,88331	2,070	47	,044

Nedeniyle

Ayrımcılığa Yok 35 1,7009 1,01712

Maruz Kalma

Yapılan analiz sonucunda katılımcıların cinsel yönelim nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma durumlarına göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik saygısı Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; ($t(47)=2,070$; $p<,05$). Buna göre ayrımcılığa maruz kalan eşcinsel katılımcıların benlik saygısı düzeyi ($\bar{X}=2,3436$) ayrımcılığa maruz kalmayan katılımcıların benlik saygısı düzeyinden ($\bar{X}=1,7009$) daha yüksektir.

Ancak katılımcıların cinsel yönelimlerine göre ($t(86,334)=1,109$; $p>,05$) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik saygısı Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XIX: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim Değişkenleri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	48	46,4375	8,58724	-2,189	84,784	0,031
	Homoseksüel	49	51,2245	12,61326			
Cinsel Yönelimden Dolayı	Var	14	56,2857	9,53882	1,819	47	0,075
Ayrımcılık	Yok	35	49,2000	13,23054			

Yapılan analiz sonucunda heteroseksüel ve homoseksüel katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; ($t(84,784)=-2,189$; $p<,05$). Buna göre homoseksüel katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamaları ($\bar{X}=51,2245$) heteroseksüel katılımcıların Çocukluk Çağı

Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamalarından ($\bar{X}=46,4375$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak Cinsel Yönelimden Dolayı Ayrımcılığa Uğrama Durumuna göre $t(47)=1,819$; $p>,05$) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XX: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının Cinsel Yönelim ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
Cinsel Yönelim	Heteroseksüel	48	17,3884	14,37381	-	95	0,744
	Homoseksüel	49	18,3090	13,27023			
Cinsel Yönelimden Dolayı Ayrımcılık	Var	14	25,3316	16,24507	2,084	17,902	0,052
	Yok	35	15,5000	10,92139			

Katılımcıların cinsel yönelim durumuna göre $t(95)=-0,328$; $p>,05$) cinsel yönelimden dolayı ayrımcılığa uğrama durumuna göre $t(17,902)=2,084$; $p>,05$) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XXI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
HIV Edinim Yolu	Cinsel İlişki	85	15,8353	8,84906	-0,378	88	0,706
	Kan Transfüzyonu	5	17,4000	11,4804 2			
HIV Nedeniyle Ayrımcılık	Var	26	17,8077	9,83878	1,777	94	0,079
	Yok	70	14,2143	8,40099			
HIV ile Enfekte Olduğu için Kendini Suçlama Durumu	Suçluluk var	51	19,3922	9,09083	5,399	89,553	0,000
	Suçluluk yok	45	10,8222	6,36142			
HIV Nedeniyle Damgalama	Damgalanma Bildirenler	78	16,4615	8,83131	2,769	94	0,007
	Damgalanma Bildirmeyenler	18	10,1667	8,03851			
HIV Tanısını Paylaşma Durumu	Paylaşanlar	88	14,7386	8,85450	-1,101	94	0,274
	Paylaşmayanlar	8	20,6250	8,83075			

HIV edinim yolu, HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma durumu, HIV ile enfekte olduğu için kendini suçlama durumu, HIV nedeniyle damgalanma durumu, HIV tanısını paylaşma durumu sosyo-demografik değişkenlerinin Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre HIV nedeniyle kendini suçlayanlar ve suçlamayan grupların Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; ($t(89,553)=5,399$; $p<,001$). HIV nedeniyle suçluluk yaşayan katılımcıların toplam puan ortalamaları ($\bar{X}=19,3922$) suçluluk yaşamayan katılımcıların toplam puan ortalamalarından ($\bar{X}=10,8222$) daha yüksektir. Ayrıca HIV nedeniyle damgalanmaya maruz kalan ve damgalanmaya maruz kalmayan grupların Beck

Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır;(t(94)=2,769; p<0,01). Damgalamaya maruz kalan katılımcıların puan ortalamaları (\bar{X} =16,4615) damgalamaya maruz kalmayan katılımcıların puan ortalamalarından (\bar{X} =10,1667) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Diğer yandan HIV edinim yolu(t(88)=-0,378; p>,05), HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma durumu(t(94)=1,777; p>,05), HIV tanısını paylaşma durumu (t(94)=-1,101; p>,05) değişkenleri gruplarının Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.



Tablo XXII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenleri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
HIV Edinim Yolu	Cinsel İlişki	85	45,9647	8,41971	0,198	88	0,844
	Kan	5	45,2000	8,07465			
	Transfüzyonu						
HIV Nedeniyle Ayrımcılığa Maruz Kalma	Var	26	48,4615	8,90946	1,768	94	0,080
	Yok	70	45,1000	8,03462			
HIV ile Enfekte Olduğu Kendini Suçlama	Suçluluk Var	51	47,1373	7,22224	1,439	94	0,153
	İçin	45	44,6889	9,41185			
	Suçluluk Yok						
HIV Nedeniyle Damgalama Durumu	Damgalama Bildirenler	78	47,0513	7,57456	2,092	21,438	0,049
	Damgalama Bildirmeyenler	18	41,6667	10,2956			
HIV Tanısını Paylaşma Durumu	Paylaşanlar	88	45,7273	8,35248	-1,491	94	0,139
	Paylaşmayanlar	8	49,1250	8,44203			

HIV nedeniyle damgalama durumlarına göre Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında da anlamlı fark vardır; ($t(21,438)=2,092$; $p<,05$). Bu sonuca göre HIV nedeniyle damgalama bildiren katılımcıların puan ortalamaları ($\bar{X}=47,0513$) HIV nedeniyle damgalama bildirmeyen katılımcıların puan ortalamalarından ($\bar{X}=41,6667$) daha yüksektir.

Ancak katılımcıların HIV edinim yoluna göre ($t(88)=0,198$; $p>,05$), HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma durumlarına göre ($t(94)=1,768$; $p>,05$), HIV tanısı paylaşma durumlarına göre ($t(94)=-1,491$; $p>,05$) Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XXIII: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler

Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
HIV Edinim Yolu	Cinsel İlişki	85	1,8754	0,84536	-0,017	88	0,987
	Kan Transfüzyonu	5	1,8820	0,95803			
HIV Nedeniyle Ayrımcılığa Maruz Durumu	Var	26	2,0050	0,95967	1,524	94	0,131
	Yok	70	1,6980	0,84546			
HIV ile Enfekte Olduğu İçin Kendini Suçlama	Suçluluk var	51	2,0847	0,80809	3,790	94	0,000
	Suçluluk yok	45	1,4427	0,85064			
HIV Nedeniyle Damgalama Durumu	Damgalama Bildirenler	78	1,9529	0,85249	4,234	94	0,000
	Damgalama Bildirmeyenler	18	1,0506	0,61712			
HIV Tanısını Paylaşma Durumu	Paylaşanlar	88	1,7557	0,86945	0,376	94	0,708
	Paylaşmayanlar	8	2,2375	0,94123			

Katılımcıların HIV ile enfekte olduğu için kendini suçlama durumuna göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; $t(94)=3,790$; $p<,001$). Bu sonuca göre HIV nedeniyle suçluluk hisseden katılımcıların benlik saygısı düzeyi ($\bar{X}=2,0847$) hissetmeyen katılımcılarınkinden ($\bar{X}=1,4427$) daha düşüktür. Ayrıca HIV nedeniyle damgalama durumu olan ve olmayan grupların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik saygısı Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; $t(94)=4,234$; $p<,001$). Bu sonuca göre HIV nedeniyle damgalamaya maruz kalmadığını bildiren

katılımcıların benlik saygısı düzeyleri ($\bar{X}=1,0506$) yargılandığını bildiren katılımcıların benlik saygısı düzeylerinden ($\bar{X}=1,9529$) daha yüksektir.

Ancak katılımcıların HIV edinim yoluna göre ($t(88)=0,017$; $p>,05$), HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma durumlarına göre ($t(94)=1,524$; $p>,05$), HIV tanısı paylaşma durumlarına göre ($t(94)=0,376$; $p>,05$) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik saygısı Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.



Tablo XXIV: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler		Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p																																															
HIV Edinim Yolu		Cinsel İlişki	85	49,1647	11,4068 1	1,197	88	0,234																																															
		Kan Transfüzyonu	5	43,0000	4,63681				HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma		Var	26	50,8846	10,4587 8	1,063	94	0,290	Yok	70	48,1857	11,2614 4	HIV ile Enfekte Olduğu İçin Kendini Suçlama		Suçluluk Var	51	50,1176	10,7343 3	1,163	94	0,248	Suçluluk Yok	45	47,4889	11,4049 9	HIV Nedeniyle Damgalamaya Maruz Kalma		Damgalama Bildirenler	78	48,0385	10,0342 8	-1,654	94	0,101	Damgalama Bildirmeyenler	18	52,7778	14,4081 5	HIV Tanısını Paylaşma Durumu		Paylaşanlar	88	48,7386	11,2306 0	-0,276	94
HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma		Var	26	50,8846	10,4587 8	1,063	94	0,290																																															
		Yok	70	48,1857	11,2614 4				HIV ile Enfekte Olduğu İçin Kendini Suçlama		Suçluluk Var	51	50,1176	10,7343 3	1,163	94	0,248	Suçluluk Yok	45	47,4889	11,4049 9	HIV Nedeniyle Damgalamaya Maruz Kalma		Damgalama Bildirenler	78	48,0385	10,0342 8	-1,654	94	0,101	Damgalama Bildirmeyenler	18	52,7778	14,4081 5	HIV Tanısını Paylaşma Durumu		Paylaşanlar	88	48,7386	11,2306 0	-0,276	94	0,783	Paylaşmayanlar	8	49,8750	9,78975								
HIV ile Enfekte Olduğu İçin Kendini Suçlama		Suçluluk Var	51	50,1176	10,7343 3	1,163	94	0,248																																															
		Suçluluk Yok	45	47,4889	11,4049 9				HIV Nedeniyle Damgalamaya Maruz Kalma		Damgalama Bildirenler	78	48,0385	10,0342 8	-1,654	94	0,101	Damgalama Bildirmeyenler	18	52,7778	14,4081 5	HIV Tanısını Paylaşma Durumu		Paylaşanlar	88	48,7386	11,2306 0	-0,276	94	0,783	Paylaşmayanlar	8	49,8750	9,78975																					
HIV Nedeniyle Damgalamaya Maruz Kalma		Damgalama Bildirenler	78	48,0385	10,0342 8	-1,654	94	0,101																																															
		Damgalama Bildirmeyenler	18	52,7778	14,4081 5				HIV Tanısını Paylaşma Durumu		Paylaşanlar	88	48,7386	11,2306 0	-0,276	94	0,783	Paylaşmayanlar	8	49,8750	9,78975																																		
HIV Tanısını Paylaşma Durumu		Paylaşanlar	88	48,7386	11,2306 0	-0,276	94	0,783																																															
		Paylaşmayanlar	8	49,8750	9,78975																																																		

Yapılan analiz sonucunda HIV edinim yoluna göre $t(88)=1,197$; $p>,05$), HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmaya göre $t(94)=1,063$; $p>,05$), HIV ile enfekte olduğu için kendini suçlama durumuna göre $t(94)=1,163$; $p>,05$), HIV nedeniyle damgalamaya maruz kalma durumlarına göre $t(94)=-1,654$; $p>,05$), HIV tanısını paylaşma durumuna göre $t(94)=-0,276$; $p>,05$) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XXV: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili**Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları**

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
HIV Edinim Yolu	Cinsel İlişki	85	17,6176	13,62206	-0,998	88	0,321
	Kan	5	24,0000	18,68680			
	Transfüzyonu						
HIV Nedeniyle Ayrımcılığa Maruz Kalma	Var	26	21,6209	17,03065	1,629	94	0,107
	Yok	70	16,4898	12,29309			
HIV ile Enfekte Olduğu İçin Kendini Suçlama	Suçluluk Var	51	20,6162	15,68163	2,167	88,7	0,033
	Suçluluk Yok	45	14,7302	10,72352			
HIV Nedeniyle Damgalama	Var	78	18,4524	14,54196	0,865	94	0,389
	Yok	18	15,3175	10,16291			
HIV Tanısını Paylaşma	Paylaşanlar	88	17,3904	12,97783	0,292	94	0,771
	Paylaşmayanlar	8	16,0268	7,75076			

Yapılan analiz sonucunda HIV ile enfekte olduğu için kendini suçlayanlar ve suçlama bulunmayan grupların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; $t(88,723)=2,167$; $p<,05$). Buna göre suçluluk hisseden grubun puan ortalamaları ($\bar{X}=20,6162$) suçluluk hissetmeyen grubun puan ortalamalarından ($\bar{X}= 14,7302$) daha yüksektir. HIV edinim yoluna göre $t(88)=-0,998$; $p>,05$), HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma ya göre $t(94)=1,629$; $p>,05$), HIV nedeniyle damgalamaya maruz kalma durumlarına göre $t(94)=0,865$; $p>,05$), HIV tanısını paylaşma durumuna göre $t(94)=0,292$; $p>,05$) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XXVI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili Değişkenleri Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
ART Tedavisi	Evet	65	15,6154	9,25623	0,357	93	0,722
	Hayır	30	14,9000	8,63573			
Psikotrop İlaç Kullanımı	Kullananlar	11	15,0000	6,06630	-0,083	93	0,934
	Kullanmayanlar	84	15,2381	9,21839			
Maddeyi Kötüye Kullanım Durumu	Kullananlar	9	20,6667	10,06231	1,933	93	0,056
	Kullanmayanlar	86	14,7326	8,63158			

ART tedavisine başlama durumu, psikotrop ilaç kullanımı, maddeyi kötüye kullanım durumu sosyo-demografik değişkenlerinin Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre ART tedavisine başlama durumuna göre ($t(93)=0,357$; $p>,05$), psikotrop ilaç kullanıp kullanmama durumlarına göre ($t(93)=-0,083$; $p>,05$) ve son olarak maddeyi kötüye kullanma durumlarına göre ($t(93)=1,933$; $p>,05$) Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XXVII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
ART Tedavisi	Evet	65	46,6923	8,99118	1,112	93	0,269
	Hayır	30	44,6333	6,88568			
Psikotrop İlaç Kullanımı	Kullananlar	11	44,4545	9,93341	-0,571	93	0,569
	Kullanmayanlar	84	45,9643	8,01722			
Maddeyi Kötüye Kullanım Durumu	Kullananlar	9	49,7778	8,28821	1,408	93	0,162
	Kullanmayanlar	86	45,7093	8,24174			

Katılımcıların ART tedavisine başlayıp başlamama durumlarına göre ($t(93)=1,112$; $p>,05$), psikotrop ilaç kullanıp kullanmama durumlarına göre ($t(93)=-0,571$; $p>,05$) ve son olarak maddeyi kötüye kullanıp kullanmama durumlarına göre ($t(93)=1,408$; $p>,05$) Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XXVIII: Benlik Saygısı Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
ART Tedavisi	Evet	65	1,8108	0,96203	0,315	93	0,754
	Hayır	30	1,7487	0,71964			
Psikotrop İlaç Kullanımı	Kullananlar	11	1,9991	1,07334	0,907	93	0,367
	Kullanmayanlar	84	1,7431	0,85432			
Maddeyi Kötüye Kullanım Durumu	Kullananlar	9	2,2478	1,08749	1,613	93	0,110
	Kullanmayanlar	86	1,7550	0,84920			

Ancak katılımcıların ART tedavisine başlayıp başlamama durumlarına göre ($t(93)=0,315$; $p>,05$), ilaç kullanıp kullanmama durumlarına göre ($t(93)=0,907$; $p>,05$) ve son olarak madde kullanıp kullanmama durumlarına göre ($t(93)=1,613$; $p>,05$) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik saygısı Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XXIX: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
ART Tedavisi	Evet	65	49,4769	10,34122	0,813	93	0,418
	Hayır	30	47,5000	12,38116			
Psikotrop İlaç Kullanımı	Kullananlar	11	51,9091	11,26459	1,086	93	0,280
	Kullanmayanlar	84	48,2024	10,56452			
Maddeyi Kötüye Kullanma Durumu	Kullananlar	9	47,2222	4,91878	-0,751	18,683	0,462
	Kullanmayanlar	86	48,7558	11,27406			

Yapılan t-Test analizi sonucuna göre katılımcıların ART tedavisine başlamış olma durumuna göre (93)=0,813; $p>,05$), Psikotrop ilaç kullanım durumuna göre (93)=1,086; $p>,05$) madde kullanım durumuna göre (18,683)=-0,751; $p>,05$) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XXX: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının İlaç Kullanımı ile ilgili

Değişkenler Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişkenler	Değişken Grupları	N	\bar{x}	SS	t	SD	p
ART Tedavisi?	Evet	65	19,5549	15,61058	2,072	91,688	0,041
	Hayır	30	14,5119	8,07931			
Psikotrop İlaç Kullanımı	Kullananlar	11	21,0390	19,80933	0,876	93	0,383
	Kullanmayanlar	84	17,2194	12,64516			
Maddeyi Kötüye Kullanma Durumu	Kullananlar	9	28,5317	9,37533	2,701	93	0,008
	Kullanmayanlar	86	16,3497	13,15589			

ART Tedavisi başlayan ve başlamayan grupların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; $t(91,688)=2,072$; $p<,05$). Buna göre ilaç kullanan grubun puan ortalamaları ($\bar{X}=21,0390$) kullanmayan grubunkinden ($\bar{X}=17,2194$) daha yüksektir. Benzer şekilde maddeyi kötüye kullanan ve kullanmayan grupların Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; $t(93)=2,701$; $p<,05$). Buna göre madde kullanan grubun puan ortalamaları ($\bar{X}=28,5317$) madde kullanmayan grubun puan ortalamalarından ($\bar{X}=16,3497$) daha yüksektir.

Ancak psikotrop ilaç kullanım durumuna göre $t(93)=0,876$; $p>,05$) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XXXI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	P
Dissosiyasyon	Yok	78	14.1923	8.64158	2.586	95	,011
	Var	19	19.9474	8.04745			

Dissosiyasyon değişkeninin Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dissosiyasyon gruplarının Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; (t (95)= 2.586; p<,05). Buna göre dissosiyasyonu olan olan katılımcıların puan ortalamaları (\bar{X} =19.9474) dissosiyasyonu olmayan katılımcıların puan ortalamalarından (\bar{X} =14.1923) daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo XXXII: Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	P
Dissosiyasyon	Yok	78	45.6538	8.66224	.853	94	,396
	Var	19	47.4737	6.76895			

Dissosiyasyon değişkeninin Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dissosiyasyon gruplarının Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (t (95)= .853; p>,05).

Tablo XXXIII: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Benlik Saygısı Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	P
Dissosiyasyon	Yok	78	1.7823	.91413	.101	95	.919
	Var	19	1.8053	.74824			

Dissosiyasyon değişkeninin Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dissosiyasyon gruplarının Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($t(95) = .101$; $p > .05$).

Tablo XXXIV: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	P
Dissosiyasyon	Yok	78	47.3846	11.10426	2.754	95	.007
	Var	19	54.8947	8.50421			

Dissosiyasyon değişkeninin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dissosiyasyon gruplarının Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; ($t(95) = 2.754$; $p < .05$). Buna göre dissosiyasyonu olan olan katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ($\bar{X} = 54.8947$) dissosiyasyonu olmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamalarından ($\bar{X} = 47,3846$) daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo XXXV: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	P
Dissosiyasyon	Yok	78	7.0641	2.97321	2.529	95	.013
	Var	19	9.0000	3.07318			

Dissosiyasyon değişkeninin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar Alt Boyutu toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dissosiyasyon gruplarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İstismar Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; (t (95)= 2.529; p<,05). Buna göre dissosiyasyonu olan katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (\bar{X} =9.0000) dissosiyasyonu olmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamalarından (\bar{X} = 7,0641) daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo XXXVI: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	P
Dissosiyasyon	Yok	78	5.9231	2.52658	.726	95	.470
	Var	19	6.3684	1.73879			

Dissosiyasyon değişkeninin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar Alt Boyutu toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dissosiyasyon gruplarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İstismar Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur; (t (95)= .726; p>.05).

Tablo XXXVII: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İhmal Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	P
Dissosiyasyon	Yok	78	11.2436	5.10204	2.319	95	.023
	Var	19	14.1579	4.00365			

Dissosiyasyon değişkeninin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İhmal Alt Boyutu toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dissosiyasyon gruplarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Duygusal İhmal Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; (t(95)= 2.319; p<.05). Buna göre dissosiyasyonu olan katılımcıların Çocukluk Çağı

Travmaları Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (\bar{X} =14.1579) dissosiyasyonu olmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamalarından (\bar{X} = 11.2436) daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo XXXVIII: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	P
Dissosiyasyon	Yok	78	7.3718	3.28360	2.238	95	.028
	Var	19	9.1579	2.29161			

Dissosiyasyon değişkeninin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal Alt Boyutu toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dissosiyasyon gruplarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Fiziksel İhmal Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır; ($t(95)= 2.238$; $p<.05$). Buna göre dissosiyasyonu olan katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (\bar{X} = 9.1579) dissosiyasyonu olmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamalarından (\bar{X} = 7,3718) daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo XXXIX: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar Alt Boyutu Toplam Puanının Dissosiyasyon Değişkeni Açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	t	SD	P
Dissosiyasyon	Var	78	6.4615	3.21398	1.224	95	.224
	Yok	19	7.4737	3.30603			

Dissosiyasyon değişkeninin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar Alt Boyutu toplam puan ortalamaları açısından Farklı Gruplar için t-Testi analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, dissosiyasyon gruplarının Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Cinsel İstismar Alt Boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur; (t (95)=1.224; p>,05).

Tablo XL: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
Yaş	18-26 yaş	35	14,3143	8,40438	0,469	0,627
	27-33 yaş	35	16,4000	10,53621		
	34 yaş ve üzeri	24	15,2083	7,37197		
	Toplam	94	15,3191	8,98172		
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı	29	15,0345	11,00157	0,104	0,902
	Ön lisans	17	16,1176	8,59420		
	Lisans	49	15,0204	7,66890		
	Toplam	95	15,2211	8,87883		
Çalışma Durumu	Halen Çalışıyor	52	14,3654	8,21054	0,975	0,381
	Çalışmıyor	35	17,0857	8,87618		
	Emekli	5	15,4000	15,43697		
	Toplam	92	15,4565	8,91031		

Sosyo-demografik değişken grupları “Beck Depresyon Ölçeği” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, katılımcıların yaşlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,91)=0,469$; $p>,05$), eğitim düzeylerine göre oluşturulan üç grubun ($F(2,92)=0,104$; $p>,05$), çalışma durumlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,89)=0,975$; $p>,05$) Beck Depresyon Ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Diğer yandan, katılımcıların mesleklerine göre oluşturulan beş grubun, yapılan analiz sonucunda varyanslarının homojen olmadığı görülmüştür ($p=0,007$). Bu nedenle katılımcıların mesleklerine ilişkin sonuçlar bildirilmemiştir.

Tablo XLI: Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü Özellikleri Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
HIV Enfekte Yaşı	17-24 yaş arası	28	15,2143	9,12610	1,393	0,254
	25-31 yaş arası	32	14,6563	8,85587		
	32 yaş ve üzeri	28	18,2857	8,76380		
	Toplam	88	15,9886	8,95390		
HIV Tanısının Kiminle / Kimlerle Paylaşıldığı	Aile	12	13,1667	6,76667	1,136	0,345
	Partner	10	14,5000	8,18196		
	/ Arkadaş	20	13,2500	7,44011		
	Birden Fazla	37	16,3243	9,20161		
	Diğer	9	10,6667	7,10634		
	Toplam	88	14,4091	8,24710		

Sosyo-demografik değişken gruplarının “Beck Depresyon Ölçeği” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde HIV enfekte yaşlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,85)=2,851$; $p>,05$) ve HIV tanılarını kiminle/kimlerle paylaştıklarına göre oluşturulan beş grubun ($F(4,83)=1,136$; $p>,05$) Beck Depresyon Ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XLII: Benlik Saygısı Alt Boyutu Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
Yaş	18-26 yaş	35	1,8937	0,94692	0,498	0,610
	27-33 yaş	35	1,7314	0,82154		
	34 yaş ve üzeri	24	1,6821	0,84815		
	Toplam	94	1,7793	0,87218		
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı	29	1,5124	0,81127	2,531	0,085
	Ön lisans	17	1,7776	0,82853		
	Lisans	49	1,9676	0,90464		
	Toplam	95	1,7946	0,87806		
Çalışma Durumu	Halen Çalışıyor	52	1,6348	0,81526	2,441	0,093
	Çalışmıyor	35	2,0449	0,86979		
	Emekli	5	1,9320	1,22726		
	Toplam	92	1,8070	0,87231		
Meslek	Memur	16	1,5463	0,94299	0,656	0,624
	İşçi	20	1,9105	1,05824		
	Serbest Meslek	22	1,7900	0,74712		
	Öğrenci	13	2,0362	0,95289		
	Diğer	25	1,7608	0,74953		
	Toplam	96	1,8002	0,87513		

Sosyo-demografik değişken grupları “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği-Benlik Saygısı Alt Boyutu” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına bakıldığında, katılımcıların yaşlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,91)=0,498$; $p>,05$), eğitim düzeylerine göre oluşturulan üç grubun ($F(2,92)=2,531$; $p>,05$), çalışma durumlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,89)=2,441$; $p>,05$), mesleklerine göre oluşturulan beş grubun ($F(4,91)=0,656$; $p>,05$) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği-Benlik Saygısı Alt Boyutundan elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XLIII: Benlik Saygısı Alt Boyutu Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
HIV Enfekte Yaşı	17-24 yaş arası	28	1,9596	0,96650	0,444	0,643
	25-31 yaş arası	32	1,7431	0,87099		
	32 yaş ve üzeri	28	1,8339	0,82782		
	Toplam	88	1,8409	0,88372		
HIV Tanısının Kiminle Kimlerle Paylaşıldığı	Aile	12	1,6225	0,71245	1,524	0,203
	Partner	10	1,5230	0,68463		
	/ Arkadaş	20	1,8360	0,85820		
	Birden Fazla	37	1,8965	0,96981		
	Diğer	9	1,1944	0,52797		
Toplam	88	1,7311	0,85959			

Sosyo-demografik değişken grupları “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği-Benlik Saygısı Alt Boyutu” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına bakıldığında katılımcıların HIV enfekte yaşlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,85)=0,444$; $p>,05$) ve HIV tanılarını kiminle/kimlerle paylaştıklarına göre oluşturulan beş grubun ($F(4,83)=1,524$; $p>,05$) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği-Benlik Saygısı Alt Boyutundan elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XLIV: Sürekli Kaygı Boyutu Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı	29	43,8621	7,76772	1,828	0,166
	Ön lisans	17	48,6471	8,09275		
	Lisans	49	46,0612	8,59605		
	Toplam	95	45,8526	8,33726		
Çalışma Durumu	Halen Çalışıyor	52	45,0192	8,05493	1,458	0,238
	Çalışmıyor	35	47,8286	7,90192		
	Emekli	5	43,8000	10,03494		
	Toplam	92	46,0217	8,13752		
Meslek	Memur	16	43,0625	9,27699	1,131	0,347
	İşçi	20	46,6000	7,59778		
	Serbest Meslek	22	48,5000	7,43063		
	Öğrenci	13	45,9231	8,49962		
	Diğer	25	44,9200	8,76983		
	Toplam	96	45,9167	8,31697		

Sosyo-demografik değişken grupları “Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği-Sürekli Kaygı Boyutu” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçları katılımcıların, eğitim düzeylerine göre oluşturulan üç grubun ($F(2,92)=1,828$; $p>,05$), çalışma durumlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,89)=1,458$; $p>,05$), mesleklerine göre oluşturulan beş grubun ($F(4,91)=1,131$; $p>,05$) Sürekli Kaygı Boyutundan elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Bunların yanı sıra, yapılan analiz sonucunda, katılımcıların yaşlarına ($p=0,027$) göre oluşturulan üç grubun varyanslarının homojen olmadığı görülmüştür. Bu nedenle katılımcıların yaşlarına ilişkin sonuçlar burada bildirilmemiştir.

Tablo XLV: Sürekli Kaygı Boyutu Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
HIV Tanısının Kiminle Kimlerle Paylaşıldığı	Aile	12	44,2500	9,32372	1,401	0,241
	Partner	10	45,3000	6,00093		
	/ Arkadaş	20	45,4000	5,89737		
	Birden Fazla	37	47,6216	9,34330		
	Diğer	9	40,7778	8,59910		
	Toplam	88	45,6932	8,34508		

Sosyo-demografik değişken grupları “Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği-Sürekli Kaygı Boyutu” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçları katılımcıların HIV tanılarını kiminle/kimlerle paylaştıklarına göre oluşturulan beş grubun ($F(4,83)=1,401$; $p>,05$) Sürekli Kaygı Boyutundan elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Bunların yanı sıra, yapılan analiz sonucunda, katılımcıların HIV enfekte yaşlarına ($p=0,007$) göre oluşturulan üç grubun varyanslarının homojen olmadığı görülmüştür. HIV enfekte yaşlarına ilişkin sonuçlar burada bildirilmemiştir.

Tablo XLVI: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
Yaş	18-26 yaş	35	51,4000	12,32453	2,583	0,081
	27-33 yaş	35	49,7429	10,54498		
	34 yaş ve üzeri	24	44,9583	8,89787		
	Toplam	94	49,1383	11,06054		
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı	29	51,6207	13,46268	1,425	0,246
	Ön lisans	17	46,4118	11,99510		
	Lisans	49	48,1224	9,01765		
	Toplam	95	48,8842	11,12297		
Meslek	Memur	16	50,3750	14,79133	0,381	0,822
	İşçi	20	50,3000	11,11234		
	Serbest Meslek	22	49,2727	10,63768		
	Öğrenci	13	47,2308	8,08449		
	Diğer	25	47,1200	10,55272		
	Toplam	96	48,8333	11,07550		

Sosyo-demografik değişken grupları “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, katılımcıların yaşlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,91)=2,583$; $p>,05$), eğitim düzeylerine göre oluşturulan üç grubun ($F(2,92)=1,425$; $p>,05$), mesleklerine göre oluşturulan beş grubun ($F(4,91)=0,381$; $p>,05$) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden (ÇÇTÖ) elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Ayrıca analiz sonuçları, katılımcıların çalışma durumlarına göre oluşturulan üç grubun ($p=0,002$) varyanslarının homojen olmadığını göstermiştir. Bu nedenle bu değişkenlere ilişkin bilgiler bildirilmemiştir.

Tablo XLVII: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam Puanının HIV Öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
HIV Enfekte Yaşı	17-24 yaş arası	28	49,6071	10,32559	0,733	0,484
	25-31 yaş arası	32	50,0000	9,41858		
	32 yaş ve üzeri	28	47,0000	11,03530		
	Toplam	88	48,9205	10,21068		

Sosyo-demografik değişken grupları “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde, katılımcıların HIV enfekte yaşlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,85)=0,444$; $p>,05$) Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden (ÇÇTÖ) elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Ayrıca analiz sonuçları, katılımcıların HIV tanılarını kiminle/ kimlerle paylaştıklarına göre oluşturulan beş grubun ($p=0,001$) varyanslarının homojen olmadığını göstermiştir. Bu nedenle bu değişkenlere ilişkin bilgiler bildirilmemiştir.

Tablo XLVIII: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının Sosyo-demografik Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
Yaş	18-26 yaş	35	17,4184	12,49372	2,186	0,118
	27-33 yaş	35	21,5102	14,59592		
	34 yaş ve üzeri	24	14,0030	14,21293		
	Toplam	94	18,0699	13,92097		
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı	29	18,7315	13,44652	1,023	0,363
	Ön lisans	17	13,4664	11,68229		
	Lisans	49	18,7755	14,67096		
	Toplam	95	17,8120	13,82593		
Çalışma Durumu	Halen Çalışıyor	52	15,1854	14,27144	2,872	0,062
	Çalışmıyor	35	21,7755	12,75828		
	Emekli	5	12,5714	6,82507		
	Toplam	92	17,5505	13,72717		
Meslek	Memur	16	18,2366	19,28548	0,098	0,983
	İşçi	20	18,7500	11,12406		
	Serbest Meslek	22	16,3474	11,47891		
	Öğrenci	13	17,9670	10,48098		
	Diğer	25	18,4857	15,84103		
	Toplam	96	17,9390	13,80911		

Son olarak sosyo-demografik değişken grupları “Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına bakıldığında, katılımcıların yaşlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,91)=2,168$; $p>,05$), eğitim düzeylerine göre oluşturulan üç grubun ($F(2,92)=1,023$; $p>,05$), çalışma durumlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,89)=2,872$; $p>,05$), mesleklerine göre oluşturulan beş grubun ($F(4,91)=0,098$; $p>,05$) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo XLIX: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanının HIV öyküsü ile ilgili Değişkenler Açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	Değişken Grupları	N	\bar{X}	SS	F	p
HIV Enfekte Yaşı	17-24 yaş arası	28	19,1837	13,15098	0,512	0,601
	25-31 yaş arası	32	19,3192	14,13962		
	32 yaş ve üzeri	28	15,9566	15,39111		
	Toplam	88	18,2062	14,17113		

Son olarak sosyo-demografik değişken grupları “Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği” toplam puan ortalamaları açısından Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına bakıldığında, katılımcıların HIV enfekte yaşlarına göre oluşturulan üç grubun ($F(2,85)=0,512$; $p>,05$) Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden elde ettikleri toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Bunların dışında, analiz sonuçları, katılımcıların HIV tanılarını kiminle/ kimlerle paylaştıklarına göre oluşturulan beş grubun ($p=0,000$) varyanslarının homojen olmadığını göstermiştir. Bu nedenle bu değişkene ilişkin bilgiler bildirilmemiştir.

5. TARTIŞMA

HIV tanısı almış heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin psikolojik ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamalarının; sosyodemografik bilgiler, HIV öyküsü ve klinik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak için elde edilen bulgular tartışılmaktadır. Araştırma için toplamda 100 kişi ile görüşülmüştür. Katılımcılardan 3 kişi istatistiksel olarak önemli derecede soruları boş bıraktıkları için dahil edilmemişlerdir. Bu nedenle analizler 49 homoseksüel, 48 heteroseksüel olmak üzere 97 kişi üzerinden yürütülmüştür.

Örnekleme uygulandığında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, ÇÇTÖ fiziksel ihmal alt boyutu, ÇÇTÖ duygusal ihmal/İstismar alt boyutları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulgulanmıştır. Buna karşın Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile ÇÇTÖ ölçeği fiziksel istismar ve cinsel istismar alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir (Bkz. Tablo X). Daha klinik örneklemeler üzerinden yürütülen çalışmalar depresyon ve dissosiyasyon arasında pozitif yönde önemli düzeyde ilişki olduğunu bulgulamışlardır. Bu yönden araştırmamız daha önceki çalışmalarını desteklemektedir. Diğer yandan Literatür ile karşılaştırıldığında HIV tanılı erkeklerle yürütülen bir çalışma dissosiyasyonun cinsel istismar ile olan ilişkisini, dissosiyasyonun genel çocukluk çağı travma ile olan ilişkisinden daha yüksek olduğunu bulgulamıştır (Kamen vd., 2012). Araştırmamızda HIV pozitif erkek örnekleminde ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyutu ile dissosiyatif yaşantılar ilişkisini önemli olmadığı gözlemlenmektedir. Bu sonuç Öztürk (2003)'ün klinik örneklem üzerinde yürüttüğü çalışmasının bulguları ile örtüşmektedir. Öztürk (2003), aynı şekilde tez çalışmasında kontrol grubuna nazaran cinsel istismar hariç çocukluk istismarını daha yüksek olarak bulgulamaktadır. Araştırmamızda Kamen ve arkadaşlarının (2012) yürüttükleri araştırmanın aksine dissosiyatif yaşantılar ve genel çocukluk çağı travmaları ilişkisi daha önemli olarak

bulgulanmıştır. Dissosiyasyon ve cinsel istismar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasının nedeni örneklemin klinik olgulardan meydana gelmediği ve örneklemin alt boyutlara indirildiğinde küçülmesi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı çizgisinde sorulan ilk soruya cevap olarak ileri sürülen ilk hipotezimiz *bekar olan ve bekar olmayan katılımcıların anksiyete puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşacaktır*. Bu hipotezi ölçmek amacıyla katılımcıların Sürekli Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları medeni durum değişkenine göre analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlar anksiyetenin medeni duruma göre farklılaşacağı yönündeki hipotezimizi desteklemektedir (Bkz. Tablo XII). Bekar olmayan katılımcılar bekar olanlara nazaran daha yüksek düzeyde anksiyete semptomlarını deneyimlemektedirler. Evli ya da dul olmanın getirdiği sosyal sorumlulukların bu duruma sebebiyet verdiği düşünülmektedir. Fakat, daha önce yapılan bir çalışma medeni durumun kaygı ve depresyon düzeyini etkilemediğini belirtmektedir (Nieder & Kampe, 2018).

Analiz sonuçlarına göre katılımcıların depresyon, çocukluk çağı travmaları, dissosiyasyon ve daha önce yürütülmüş bir çalışmanın (Castrighini vd., 2013) aksine benlik saygısı puan ortalamaları HIV ile yaşayan erkeklerin evli ve bekar/dul olmalarına göre farklılaşmamaktadır. Castrighini ve diğerleri (2013) HIV pozitiflerle yürüttükleri bir çalışmada bekarların daha düşük benlik saygısına sahip olduklarını bulgulamışlardır. Medeni durum ve yaşam kalitesi üzerine yapılan bir araştırma medeni durumun yaşam kalitesini önemli derecede etkilediğini bulgulamışlardır (Mayongbo, 2017).

Araştırmaya uygun olarak oluşturulan ilk sorunun *ikinci hipotezimiz Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden elde edilen puan ortalamasının cinsel yönelime göre farklılaşacaktır*. Hipotezi ölçmek amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden elde edilen puan ortalamasında bakılmıştır. Bulgular doğrultusunda ikinci hipotezimiz doğrulanmaktadır (Bkz. Tablo XIX). HIV pozitif homoseksüel bireylerin çocukken fiziksel,

duygusal ve cinsel istismar puan ortalaması heteroseksüel bireylerden daha yüksektir. Buna paralel olarak ÇÇTÖ ve DES puanları arasındaki pozitif yöndeki anlamlı ilişki düşünüldüğünde (Bkz. Tablo X) homoseksüel bireylerin aynı şekilde dissosiyatif yaşantıları daha fazla yaşamaları beklenmiş fakat bulgular anlamlı bir farkın olmadığını belirtmektedir (Bkz. Tablo XX). Bu bulgu daha önce çocukluk çağı travmaları ile HIV ile ilişkili riskli davranışı arasında önemli düzeyde ilişkinin olduğunu bulgulayan araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir (Kianpoor & Bakhshani, 2012). Bu hipotez aynı şekilde travmatik öykünün, ilaç bağımlılığını yordadığını bulgulayan çalışmanın (Pence vd., 2012) sonuçları doğrultusunda önem kazan bir bulgudur. Leserman ve arkadaşları (2005) fiziksel/cinsel istismar ile stresli yaşam olayları, iş göremez hale gelme riski ve sağlık hizmetinden tam anlamı ile faydalanmama arasında önemli bir ilişki olduğunu gözlemlemiştir. Bunun sonucu olarak HIV pozitif bireylerin cinsel yönelime bağlı olarak çocukluk çağı travma deneyiminin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Diğer yandan daha önce genel olarak homoseksüel denek grubu ve heteroseksüel kontrol grubunda anksiyete ve depresyonu inceleyen çalışmanın (Öztürk, 2003) aksine HIV tanılı homoseksüel erkek ve HIV tanılı homoseksüellerin anksiyete (Bkz. Tablo XVII) ve depresyon (Bkz. Tablo XVI) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemektedir. Bu sonucun popülasyonun klinik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Genel olarak homoseksüel popülasyonun depresyon ve anksiyete düzeyi heteroseksüellerden daha yüksek olsa da (Öztürk, 2003) özellikler HIV tanısı ile kısıtlandığında bu farkın ortadan kalktığı gözlemlenmektedir.

Araştırmanın amacına uygun olarak sorulan ilk soru için öne sürülen *üçüncü hipotezimiz cinsel yönelim nedeniyle ayrımcılığa uğrayan homoseksüellerin benlik saygısı puan ortalamasının ayrımcılığa uğramayan homoseksüellerden anlamlı düzeyde farklılaşacağıdır*. Bunun için sadece homoseksüeller bireylerden ayrımcılık bilgisi toplanmış ve bu katılımcıların Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği puan ortalamalarına bakılmıştır. Sonuç

olarak hipotezimiz desteklenmiştir (Bkz. Tablo XVIII). Ayrımcılığa uğrayan homoseksüellerin benlik saygısı ayrımcılığı deneyimlemeyen homoseksüellere göre daha düşük bulunmuştur. HIV pozitif bireylerde benlik saygısı ve yaşam kalitesi üzerine yapılan bir çalışma (Manhas, 2014) bu durumların cinsiyete göre değişkenlik gösterdiğini, yani erkeklerde daha yüksek olduğunu bulgulamakta ve dışlanmanın, arkadaşlık kaybının, kilo kaybının, beden imajının, maddi durumun benlik saygısını düşürdüğünü bildirmektedir. HIV'in birey üzerindeki psikolojik ve fizyolojik etkisi düşünüldüğünde (Miller, 1987a) benlik saygısının HIV pozitif erkeklerdeki önemi ortaya çıkmaktadır. Özellikle cinsel yönelime göre benlik saygısının değişmesinin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır.

Araştırma için sorulan *ikinci soru için ileri sürülen ilk hipotezimiz HIV pozitif olduğu için kendini suçlayan erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile HIV pozitif olduğu için kendini suçlamayan erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olacağıdır*. Bulgularımız bu hipotezimizi destekleyici yöndedir (Bkz. Tablo XXI, XXV, XXIII). HIV tanısı aldığı için kendini suçlayanlar suçlamayan katılımcılara nazaran daha fazla depresif semptomlar göstermektedirler (Bkz. Tablo XXI). Daha önce yapılan araştırmalar depresif semptomlar ve HIV'den dolayı ortaya çıkan semptomların birbirinden ayırt edilmesi gerektiği konusuna vurgu yapmaktadırlar (Leserman, 2003; Leserman, 2008). Ortaya çıkan bu sonuç bu depresyonu daha yüksek HIV pozitif bireylerin klinik öykü özelliklerine dair önemli bir faktör sunmaktadır. HIV'den dolayı kendini sorumlu tutup suçlayan katılımcıların suçlamayanlara göre benlik saygıları daha düşüktür (Bkz. Tablo XXV) ve daha yüksek düzeyde dissosiyatif deneyimlere sahiptirler (Bkz. Tablo XXIII). Kendini suçlama içselleştirilmiş damgalamanın bir parçasıdır (Rael & Hampanda, 2016). CDC (2018) verilerine göre HIV tanısı alan

bireylerin 3'te 1'inin kendini suçlama ve pozitif durumlarından dolayı utanç yaşadıklarını bildirmektedir. Suçluluk bireylerin kendilerini sosyal hayattan izole etmelerine yol açmaktadır (Gökengin, Öktem, & Çalık, 2017). Sonuç olarak bulgularım literatürdeki damgalama ve kendini suçlama çalışmalarına paralel niteliktedir.

Araştırmanın ikinci sorusu dahilinde öne sürülen ikinci hipotezimiz *HIV nedeniyle damgalama yaşayan erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği, Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile HIV nedeniyle damgalama yaşamayan erkeklerin Beck depresyon Ölçeği, Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olacağıdır*. Hipotezimiz analiz sonuçlarıncı desteklenmektedir (Bkz. Tablo XXI, XXII, XXIII). HIV pozitif olduğu için damgalamaya maruz kalanların damgalamayı yaşantılayan katılımcıların daha yüksek düzeyde depresif (Bkz. Tablo XXI) ve anksiyete semptomlarına sahip olmaktadır (Bkz. Tablo XXII). Savard ve ark. (1998) depresyon ve anksiyete semptomlarını HIV'in kendisinden kaynaklanan semptomlardan ayırmanın öneminden bahsetmektedirler. Bunun yanı sıra depresif ve anksiyete semptomlarını sergileyen bireylerde damgalama değerlendirmesi yapmak da hem kişinin sağlığı hem de riskli cinsel davranışlar açısından önem kazanmaktadır (Koutsilieri vd., 2002). Depresyonun HIV açısından bir risk etmeni olmasının yanı sıra maddeyi kötüye kullanım için de bir risk faktörüdür (Koutsilieri vd., 2002). Damgalama yaşayan HIV pozitif katılımcıların benlik saygıları damgalama ile karşılaşmayan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo XXIII). HIV damgalamanın bireylerin test yaptırma davranışını etkileyip test yaptırmaya engel olduğu bunun sonucunda eğer kişi pozitif ise başkalarını enfekte etmeye devam etmesi ve geç tedaviye erişim sonucunda fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıkması riski gibi sağlık açısından risk ve negatif sonuçlar doğurduğu daha önce yapılmış çalışmalarda bulunmuştur (Lorris vd., 2014). Bu açıdan çalışmanın damgalama ile

ilgili sonucu kayda değerdir. Damgalama HIV açısından riskli davranışların ortaya çıkmasında neden olabileceği gibi psikolojik açıdan da negatif sonuçlar doğurabilmektedir (Hatzenbuehler vd., 2011). Klein, Elifson ve Sterk (2010) düşük benlik saygısı ile riskli davranışlar arasında önemli bir ilişki olduğunu bulgulamıştır. Düşük benlik saygısının yüksek oranda HIV açısından riskli davranışlara yola açtığını bulgulamışlardır. Buradan hareketler damgalamanın benlik saygısını düşürdüğü, bunun sonucu olarak da kişilerin HIV açısından riskli davranışları sergileme olasılığının arttığı düşünülmektedir. Damgalama ve benlik saygısı arasındaki bu ilişki baz alınarak damgalama bildiren pozitif bireylerin benlik saygısını değerlendirmenin HIV açısında önemi vurgulanmaktadır.

Araştırmanın ikinci sorusu paralelinde önce sürülen üçüncü hipotezimiz *ART tedavisine başlayan erkeklerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ART tedavisine başlamayan erkeklerin aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olacağıdır*. Yapılan analizlerle hipotezimiz doğrulanmaktadır (Bkz. Tablo XXX). Daha önce yürütülmüş çalışmalar dissosiyatif yaşantıların düzenli ilaç kullanımını etkilediğini bulgulamıştır (Keuroghlian vd., 2011). Başka bir çalışma dissosiyasyonu olan bireylerin seksten hemen önce ve esnasında dissosiyeye olup riskli cinsel davranışlarda bulunabileceklerini bulgulamışlardır (Hansen vd., 2012). Daha önce yapılan araştırmalar düzenli ilaç kullanımı ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadırlar (Keuroghlian vd., 2011). Keuroghlian ve ark. (2011) dissosiyasyonun ilaç kullanımı ve riskli cinsel davranışı pozitif yönde etkilediğini bulgulamıştır. Dissosiyatif yönünden düşünüldüğünde ART tedavisine başlamayanların daha yüksek düzeyde dissosiyeye olmaları beklenirken bu araştırmaya göre ART tedavisine başlayanlar daha fazla dissosiyatif deneyimlere sahiptirler. Ve bu yönden daha önce yapılan araştırmalarla tezatlık oluşturan bir sonuca varılmaktadır. Bunun sebebi günümüzde artık ART tedavisinin kolaylıkla ulaşılabilir

olması ve ART ile HIV pozitif olan bireylerin yaşamlarını sağlıklı olarak idame ettirebilmeleri olabilir.

Araştırmanın ikinci sorusu için öne sürülen dördüncü hipotezimiz *maddeyi kötüye kullanan HIV tanılı erkeklerin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile maddeyi kullanmayanların puan ortalamalarının birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşacağıdır*. Bulgularımız hipotezimizi doğrulamaktadır. Maddeyi kötüye kullanım durumları incelendiğinde maddeyi kötüye kullananların daha fazla dissosiyatif semptomlar deneyimledikleri gözlemlenmiştir (Bkz. Tablo XXX). Çocukken deneyimlenen travmalar ve Dissosiyasyon arasındaki güçlü ilişki düşünüldüğünde (Öztürk, 2003; Şar & Öztürk, 2005; Öztürk, 2017) riskli madde kullanımının ayrıca çocukluk çağı travmaları ile ilişkide olduğu beklenmiş fakat herhangi bir ilişki bulgulanmamıştır.

Dissosiyasyonu olan ve olmayan değişken gruplarının psikososyal durumları etkileyip etkilemediği üzerine sorulan sorumuz dahiline öne sürülen *birinci hipotezimiz dissosiyasyonu olan erkeklerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile dissosiyasyonu olmayan erkeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olacağıdır*. Bulgular ile bu hipotezimizin doğrulandığı gözlemlenmiştir (Bkz. Tablo XXXI). Dissosiyasyonu olan HIV pozitif katılımcıların depresyon düzeyi dissosiyasyonu olmayan bireylerden anlamlı derecede farklılaşmaktadır. Travma, dissosiyasyon ve depresyon arasındaki ilişki göz önünde bulundurulduğunda bu sonucumuz daha önce başka popülasyonlar ile yürütülen araştırmaları destekler niteliktedir (Öztürk & Şar, 2016; Öztürk, 2017).

Dissosiyasyonu olan ve olmayan HIV pozitif erkeklerin ÇÇTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olacağını öne süren ikinci hipotezimiz bulgular ile doğrulandığı gözlemlenmektedir (Bkz. Tablo XXXIV). Dissosiyasyonu olan HIV tanılı erkek katılımcılarında daha yüksek ÇÇTÖ puan ortalamasına sahip oldukları bulgulanmıştır. Çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon arasındaki ilişki göz önünde bulundurulduğunda sonuçlarımızı

daha önce başka topluluklar le yürütülen çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir (Öztürk, 2003; Hansen vd., 2012; Öztürk & Şar, 2016). ÇÇTÖ fiziksel alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının Dissosiyasyon değişken gruplarına göre farklılaşacağını ileri süren hipotezimiz bulgular ile beş alt boyuttan sadece 3 boyutunda farklılaşacağını açığa çıkarmaktadır. Beklenenin aksine dissosiyasyonu olan erkeklerin duygusal istismar (Bkz. Tablo XXXV), fiziksel ihmal (Bkz. Tablo XXXVIII) ve duygusal ihmal (Bkz. Tablo XXXVII) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları disosiyasyonu olmayan erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulgulanmakta iken bu iki değişken grubunun fiziksel istismar (Bkz. Tablo XXXVI) ve cinsel istismar (Bkz. Tablo XXXIX) puan ortalamaları arasında anlamlı derecede bir farklılık gözlemlenmemiştir. Daha önce kamen ve arkadaları (2012)'nın yürüttüğü bir çalışma cinsel istismarı daha yüksek bulgulayarak zıt yönde sonuçlar elde etmektedir. HIV pozitif erkeklerde cinsel istismar ve fiziksel istismar ile ilişkinin bulgulanmamış olması durumu alt boyutlara indikçe katılımcı sayısında azalma olması ile ilişkilendirilebilir. Diğer bir neden dissosiyasyonu olmuş bireyin cinsel travmayı hatırlayamaması durumu söz konusu olabilir (Öztürk & Şar; 2016). Çünkü özellikle cinsel tarvma dissosiyasyonu etkilediği dikkate alınırca bununla ilgili çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Son olarak HIV transmisyonu yolu, daha önce yapılan bir çalışmanı aksine (Castrighini, vd., 2013), HIV nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma, tanıyı paylaşım paylaşmama, tanıyı kiminle veya kimlerle paylaştığı, psikotrop ilaç kullanımı, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, enfeksiyon yaşı gibi değişkenlerin; depresyon düzeyini, anksiyeteyi, dissosiyasyonu, benlik saygısı düzeyini etkilememekte ve çocukken deneyimlenen travmalardan etkilenmediği gözlemlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada HIV tanısı almış heteroseksüel ve homoseksüel erkeklere Beck Depresyon ölçeği, Sürekli Anksiyete Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca 24 sorudan oluşan görüşme formu uygulanmıştır. Bu çalışmada ölçeklerden ve bilgi formundan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri aşağıdaki tablolarda özetlenmiştir.

Tablo L. Birinci Soru Doğrultusunda Öne Sürülen Hipotezlerin Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçlarının Özeti

<i>Ölçekler</i> <i>Değişkenler</i>	Beck Depresyon Ölçeği	Sürekli Anksiyete Ölçeği	ÇÇTÖ	DES	Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu
Medeni Durum: Bekar olmayan – Bekar		+			
		(Bkz. Tablo XII)			
Cinsel Yönelim: Heteroseksüel Homoseksüel			+		
			(Bkz. Tablo XIX)		
Cinsel Yönelim Nedeniyle Ayrımcılık: Var-Yok					+
					(Bkz. Tablo XVII)

+: İstatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

-: İstatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo LI. İkinci Soru Doğrultusunda Öne Sürülen Hipotezlerin Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları Özeti

<i>Ölçekler</i> <i>Değişkenler</i>	Beck Depresyon Ölçeği	Sürekli Anksiyete Ölçeği	ÇÇTÖ	DES	Rosenberg Benlik Saygısı Alt Boyutu
HIV Nedeniyle Kendini Suçlama: Var- Yok	+ (Bkz. Tablo XXI)			+ (Bkz. Tablo XXV)	+ (Bkz. Tablo XXIII)
HIV Nedeniyle Damgalama: Var- Yok	+ (Bkz. Tablo XXI)	+ (Bkz. Tablo XXII)			+ (Bkz. Tablo XXIII)
ART Tedavisi: Evet- Hayır				+ (Bkz. Tablo XXX)	
Maddeyi Kötüye Kullanım Var- Yok				+ (Bkz. Tablo XXX)	

+: İstatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

-: İstatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo LII. Üçüncü Soru Doğrultusunda Öne Sürülen Hipotezlerin Farklı Gruplar için t-Testi Analiz Sonuçları Özeti

<i>Değişken</i> <i>Ölçekler</i>	Dissosiyasyon
Beck Depresyon Ölçeği	+ (Bkz. Tablo XXXI)
ÇÇTÖ	+ (Bkz. Tablo XXXVI)
ÇÇTÖ – Duygusal İstismar	+ (Bkz. Tablo XXXV)
ÇÇTÖ – Fiziksel İstismar	- (Bkz. Tablo XXXVI)
ÇÇTÖ – Fiziksel İhmal	+ (Bkz. Tablo XXXVIII)
ÇÇTÖ – Duygusal İhmal	+ (Bkz. Tablo XXXVII)
ÇÇTÖ – Cinsel İstismar	- (Bkz. Tablo XXXIX)

+: İstatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

-: İstatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Bu çalışma, HIV pozitif heteroseksüel ve homoseksüel bireylerin psikososyal durumlarını bazı sosyo-demografik ve HIV klinik öyküsü özelliklerine bağlı olarak incelemek ve değerlendirmek amacı ile yürütülmüştür. Araştırma ile HIV tanısı almış erkeklerin psikolojik sıkıntılarının ve gündelik hayatta yüzleştikleri sosyal sorunlarının kendilerine olan etkisi sorunsallaştırılmaktadır.

HIV'in tıbbi tedavisi konusunda olağanüstü gelişmeler kaydedilmiş olmasına karşın sosyal sorunlar ve psikolojik problemlerin devam etmesi HIV'de yeni tanıların vuku bulmasını engellemeyi ve kontrol etmeyi zorlaştırmaktadır. Bu araştırma ile HIV pozitif erkeklerin psikososyal değerlendirilmesi yapılırken medeni durum, cinsel yönelim, HIV nedeniyle ayrımcılık, HIV nedeniyle damgalama, pozitif olduğu için kendini suçlama, damar içi maddeyi kötüye kullanma, dissosiyasyonun olup olmaması durumlarının göz önünde bulundurulmasının; kapsamlı HIV tedavisinde ve yeni enfeksiyonların kontrolünde önemine dair kritik bulgular sağlanmaktadır.

Bu araştırmanın sonucunda;

- HIV pozitif bekar olmayan erkekler HIV pozitif bekar erkeklerden daha yüksek düzeyde anksiyete semptomları sergilemektedirler.
- HIV ile yaşayan HIV tanılı Homoseksüel erkeklerin HIV tanılı heteroseksüel erkeklere göre daha fazla yaşantılanmış çocukluk travma anıları mevcuttur.
- Ayrımcılığa maruz kalmış HIV pozitif homoseksüel erkeklerin benlik saygısı, ayrımcılığa uğramayanlara nazaran daha düşüktür.
- HIV pozitif olduğu için kendini suçlayan erkekler suçlamayanlara göre daha yüksek depresif semptomlar sergilemekte, daha fazla dissosiyatif yaşantıları deneyimlemekte olup kendini suçlayan HIV pozitif bireylerin benlik saygıları daha düşüktür.
- Damgalamaya maruz kalmış HIV pozitif erkeklerin depresyon ve anksiyete semptom düzeyleri damgalamaya maruz kalmayanlara nazaran daha yüksektir. Bununla birlikte damgalama deneyimleyen HIV pozitif erkeklerin benlik saygıları damgalamayı deneyimlemeyen HIV pozitif erkeklere göre daha düşüktür.
- ART tedavisine başlamış HIV tanılı erkeklerin dissosiyatif yaşantı skor ortalamaları tedaviye başlamayan erkeklere göre daha yüksektir.

- Maddeyi kötüye kullanan HIV tanılı erkeklerin dissosiyatif deneyim skor ortalamaları kullanmayanlara göre daha yüksektir.
- Dissosiyasyonu olan HIV tanılı erkekler, dissosiyasyonu olmayanlara göre daha yüksek düzeyde depresyon semptomu sergilemektedirler.
- Dissosiyasyonu olan HIV tanılı erkekler, dissosiyasyonu olmayanlara nazaran daha fazla çocukluk çağı anılarına sahiptirler.
- Dissosiyasyonu olan HIV tanılı erkekler fiziksel ihmal, duygusal istismar/ihmal anıları olmayanlardan daha yüksektir.

Yukarıda sıralanan sonuçlar HIV pozitif bireyleri koruma ve yeni HIV tanısı sayısını azaltma ve kontrol altına almak için önem arz etmektedirler. Bu noktada HIV pozitif bireylere psikososyal değerlendirme yapılması şu açılardan önem kazanmaktadır. Dissosiyasyon, depresif semptomlar ve anksiyete, çocukluk çağı travmaları, bireylerin benlik saygısını düşüren damgalamanın tespit edilip engellenmesi, dissosiyatif semptomların varlığı ve olası sonuçları, aynı şekilde HIV yeni tanıları etkileyen kişisel ve sosyal problemlerin tespiti; HIV'in kontrol altına alınması ve yeni tanıların ortaya çıkmasını engellemek ve HIV ile yaşayan bireylerin ihtiyacına yönelik hizmet sağlayarak yaşam kalitelerini artırmak açısından önem kazanmaktadır.

Bununla birlikte özellikle kan ve kan ürünleri aracılığıyla HIV transmisyonu vakalarının var olması ortaya adli bilimler açısından ele alınması gereken konular ortaya koymaktadır. HIV transmisyonunun kriminalizasyonu üzerine daha geniş çapta araştırmaların yürütülmesi gerekmektedir. Özellikle HIV'in hangi taraftan enfekte edildiğine dair problemler günümüzde devam etmektedir. Özellikle adli bilimler açısından önem kazanan HIV transmisyonuna zemin hazırlayan psikolojik sıkıntılar ve sosyal problemlerin daha fazla ve ileri düzeyde araştırılması önerilmektedir.

Bu çalışmada sadece bir dernek aracılığı ile katılımcılara ulaşılmış olması çalışmanın sınırlılıklarındandır. İleride yapılacak araştırmalarda bu sınırlılığın dikkate alınması önerilmektedir. Çünkü HIV konusunda danışmanlık almaya gelen bireyler ile danışmanlık için başvurmayan bireylerin birlikte değerlendirilmesi HIV popülasyonunun psikososyal durumunu incelemek açısından önem kazanmaktadır.

Bunun yanı sıra ÇÇTÖ alt boyutlarından cinsel/fiziksel istismar durumu ve dissosiyasyon değişkeni arasındaki ilişkiye dair daha güçlü sonuçların sağlanması için daha yüksek sayıda HIV katılımcı ile araştırmanın tekrar edilmesi önerilmektedir. Araştırmanın daha geniş bir örneklem ve daha spesifik konu ve ilişkiler açısından tekrardan yürütülmesi gerekmektedir.

Bütün bu durumlar HIV'in enfekte edilmesinde sanık ve mağdur sorunsalının Adli Bilimler açısından önemini ayrıca ortaya koymaktadır. Özellikle HIV'in hangi yönden gerçekleştiği yönündeki teknik yetersizlik üzerine çalışmaların yürütülmesi şiddetle önerilmektedir.

HIV enfeksiyonunun daha önce de belirtildiği üzere hem tıbbi hem de psikolojik ve sosyal boyutlarının olması gerekçesi ile HIV'e dair yürütülen çalışmaların mutlidisipliner olması HIV'in kapsamlı değerlendirilmesi açısından önem kazanmaktadır. Bu nedenle klinik psikoloji, psikiyatri, tıp ve adli bilimler disiplinlerinin ortaklaşa çok sayıda akademik çalışmaların gerçekleştirilmesi önemle önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1593 Umumi Hıfzısıhha Kanunu: Geçen Fasıllar Arasında Müşterek Hükümler, Madde 142, Tertip 3: Cilt: 11 (4 24, 1930).

Abiona, T., Joseph, B., Eden, Y., Adefuye, A., Yavuz, Y., Seyi, A., & Frantz, J. (2014, 9 12). HIV/AIDS Knowledge, Perception of Knowledge and Sources of İnformation Among University Students in USA, Turkey, South Africa, and Nigeria. *Health Education Journal*, 73(6), s. 755-767.

ACT UP. (1987). *ACT UP (AIDS Coalition to Unleash Power)*. Mayıs 11, 2018 tarihinde AIDS is a Political Crisis: <http://www.actupny.org> adresinden alındı

Adeoti, A. O., Dada, M. U., & Fadare, J. O. (2018). Prevalence of Depression and Anxiety Disorders in People Living with HIV/AIDS in a Tertiary Hospital in South Western Nigeria. *Medical Reports and Case Studies*, 3(1), 1-5.

Adler, M. W. (2001). Development of the epidemic. M. W. Adler (Dü.) içinde, *ABC of AIDS* (5 b., s. 1-5). London: BMJ publishing group.

Akbaş, O. Ö. (2018). *HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin iş yaşamında karşılaştıkları ayrımcılıklar*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Akcan, G. (2017). *Erkek Eşcinsellerde Benlik Kavramının netliği ve Mutlak Gerçek İhtiyacı Değişkenleri ile Problem Çözme ve Stres Belirtileri Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış PhD tezi, İ.A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Doktora Programı, İstanbul.

Akhar, S. (2014). *Sources of Suffering: Fear, Greed, Guilt, Deception, Betrayal, Revenge*. London, UK: Karnac.

- Aksu, O. (2017). Ayrımcılığın Özel Bir Alanı Olan HIV Pozitif Kadınlar ve Çalışma Hayatı: Bir Netnografi Çalışması. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*, 3(4), 174-186.
- Albert, J., Wahlberg, J., Leitner, T., Escanilla, D., & Uhlen, M. (1994). Analysis of a Rape Case by Direct Sequencing of the Human Immunodeficiency Virus Type 1pol and gag Genes. *Journal of Virology*, 68(9), 5918-5924.
- Alexander, T. S. (2016). Human Immunodeficiency Virus Diagnostic Testing: 30 Years of Evolution. *Clinical and Vaccine Immunology*, 23(4), 249-253.
- Allers, C. T., White, J. F., & Mullis, F. (1997). The Treatment of Dissociation in an HIV-infected, Sexually Abused Adolescent Male. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(2), 2012-206.
- Alonzo, A. A., & Reynolds, N. R. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Sciences and Medicine*, 41(3), 303-315.
- Altman, L. K. (1981, Temmuz 3). Rare Cancer Seen in 41 Homosexuals. *The New York Times*.
- Altman, L. K. (1982, Mayıs 11). New Homosexual Disorder Worries Health Officials. *The New York Times*.
- APA. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders: DSM-I*. Washington, USA: APA.
- APA. (1968). *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (2 b.)*. Washington, USA: APA.
- APA. (1973). *Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, 6th Printing, page 44*. American Psychiatric Association. APA.
- APA. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3 b.)*. Washington, USA: APA.

- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 b.). Washington, USA: APA.
- APA. (2008). *Answer to Your Question: For a better Understanding of Sexual Orientation & Homosexuality*. American Psychological Association, Office of Public and Member Communications. APA.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders: Fifth Edition, DSM-5* (5 b.). Washinton & Londra, USA & UK: American Psychiatric Publishing.
- Arseniou, S., Arvaniti, A., & Samakouri, M. (2014). HIV Infection and Depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*(68), 96-109.
- Ataç, M., & Buzlu, S. (2016). Hemşirelerde HIV/AIDS Tanılı Hastalara Yönelik Damgalama. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(3), 155-164.
- Atkinson, J. H., Grant, I., Kennedy, C. J., Richman, D. D., Spector, S. A., & McCutchan, A. (1988). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Men Infected With Human Immunodeficiency Virus. *Archives of General Psychiatry*, 45, 859-864.
- Avert. (2017, 08 23). *Global HIV and AIDS Statistics*. (H. i. eğitim, Prodüktör, & Avert) 03 15, 2018 tarihinde Global information and education on HIV and AIDS: https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics#footnote16_bnj8dpo adresinden alındı
- Avert. (2018, 03 09). *History of HIV and AIDS overview*. (H. Ü. Eğitim, Prodüktör, & Avert) 03 15, 2018 tarihinde Global information and education on HIV and AIDS: <https://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview> adresinden alındı
- AVERT. (2018, 4 9). *HIV, Stigma, And Discrimination*. 6 15, 2018 tarihinde AVERT: <https://www.avert.org/node/391/pdf> adresinden alındı
- Ay, P., & Karabay, S. (2006). Is There a “Hidden HIV/AIDS epidemic” in Turkey?: The gap Between The Numbers and The Facts. *Marmara Medical Journal*, 19(2), 90-97.

- Aykan, Ş. B., Altındış, M., Ekerbiçer, H., Aslan, F. G., & Altındış, S. (2017, Ocak). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanımı ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Farkındalıkları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1-5.
- Büken, N. Ö. (2006). HIV/AIDS in Turkey and an HIV (+) Child's Right to Education: Turkey's Example. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 9(2), 37-46.
- Başar, K. (2013). Bedensel cinsiyet, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim. (Ş. Yüksel, & N. Yetkin, Dü) *Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği: Bilgilendirme Dosyası - 10: Eşcinsellik*, 14-17.
- Bakacak, A. G., & Öktem, P. (2014). Homosexuality in Turkey: Strategies for Managing Heterosexism. *Journal of Homosexuality*, 61(6), 817-846.
- Bakanlar Kurulu Kararı, 7219 (TBMM Mayıs 27, 1949).
- Balthazart, J. (2012). *The Biology of Homosexuality*. New York, USA: Oxford University Press.
- Barré-Sinoussi, F., Chermann, E.-C. R., Nugeyre, M., Chamaret, S., Gruest, J., Dauguet, C., . . . Montagnier, L. (1983, Mayıs 20). Isolation of A T-lymphotropic Retrovirus From A Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science*, 220(4599), s. 868-871.
- Bayhonan, S. Y. (2017). *The Psychosocial Base of HIV Transmission in Homosexuals: Towards the Promotion of Condom Use in the High Risk Groups*. De La Salle University. Manila: Yuchengco Center.
- Bayrak, B., Keten, S., & Fincancı, M. (2014). Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Olgularına Yaklaşımları. *Klimik Dergisi*, 27(3), 103-108.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Berger-Greenstein, J. A., Cuevas, C. A., Brady, S. M., Trezza, G., Richardson, M. A., & Keane, T. M. (2007). Major Depression in Patients with HIV/AIDS and Substance Abuse. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(12), 942-955.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire : A Retrospective Self-report : Manual*. Orlando, USA: Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.
- Beverly, P., & Helbert, M. (2001). Immunology of AIDS. M. W. Adler (Dü.) içinde, *ABC of AIDS* (5 b., s. 16). London: BMJ publishing group.
- Blashill, A. J., Gordon, J. R., Mimiaga, M. J., & Stefan, S. A. (2014). HIV/AIDS and Depression. P. E. Nathan, C. S. Richard, M. W. O'hara, P. E. Nathan, C. S. Richard, & M. W. O'hara (Dü) içinde, *The Oxford Handbook of Depression and Comorbidity* (s. 382-397). New York, UK: Oxford University Press.
- Blythe, S. P., & Anderson, R. M. (1988). Heterogeneous Sexual Activity Models of HTV Transmission in Male Homosexual Populations. *IMA Journal of Mathematics Applied in Medicine & Biology*, 5, 237-260.
- Boarts, J. M., Buckley-Fischer, B. A., Armelie, A. M., Bogart, L. M., & Delahanty, D. L. (2009). The Impact of HIV Diagnosis-Related vs. Non-Diagnosis Related Trauma on PTSD, Depression, Medication Adherence, and HIV Disease Markers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 6(1), 4-16.

- Boswell, J. (1980). *Christianity, Social Tolerance, and Homosexuality: Gay People in Western Europe from the Beginning of the Christian Era to the Fourteenth Century*. Chicago, Londra, USA: The University of Chicago Press.
- Bowman, C. G., Roberts, D. E., & Rubinowitz, L. S. (2006). Race and Gender in the Law Review. *Faculty Scholarship*, 100(1), s. 27-70.
- Brown, G. R., Rundell, J. R., McManis, S. E., Kendall, S. N., Zachary, R., & Temoshok, L. (1992). Prevalence of Psychiatric Disorders in Early Stages of HIV Infection. *Psychosomatic Medicine*, 54, 588-601.
- Brown, J. D., Dutton, K. A., & Cook, K. E. (2001). From the Top Down: Self-esteem and Self-evaluation. *Cognition and Emotion*, 15(5), 615-631.
- Brown, S. A. (2007). *The Effect of Gender on HIV-related Stigma and Discrimination: Cases From Turkey*. Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Bölümü, Ankara.
- Brown, W., Hanefeld, J., & Welsh, J. (2009). Criminalising HIV Transmission: Punishment Without Protection. *Reproductive Health Matters*, 17(34), s. 119-126.
- Brownley, J. R., Fallot, R. D., Berley, R. W., & Himelhoch, S. S. (2015). Trauma History in African-American Women Living with HIV: Effects on Psychiatric Symptom Severity and Religious Coping. *AIDS Care*, 27(8), 964-971.
- Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı. (2017). Türkiye'de HIV/AIDS: Yürütülen Çalışmalar. *Ülkemizde HIV Epidemiyolojisinin Güncel Durumu ve Önleme Stratejileri* (s. 40). İstanbul: <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2017/10/TÜRKİYE'DE-HIV-AIDS-YÜRÜTÜLEN-HİZMETLER-AYLA-AYDIN.pdf>.
- Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. (2019, Ocak 31). *HIV-AIDS istatistik*. Nisan 25, 2019 tarihinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-hiv-aids-istatistik.html> adresinden alındı

- Buss, K. E., Warren, J. M., & Horton, E. (2015). Trauma and Treatment in Early Childhood: A Review of the Historical and Emerging Literature for Counselors. *The Professional Counselor*, 5(2), 225-237.
- Cardenia, E., & Spiegel, D. (1996). Diagnostic Issues, Criteria, and Comorbidity of Dissociative Disorders. L. K. Michelson, W. J. Ray, L. K. Michelson, & W. J. Ray (Dü) içinde, *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives* (s. 227-250). New York, ABD: Springer.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16-27.
- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002, Mart). A Theory of Self-Esteem. *Social Forces*, 80(3), 1041-1068.
- Castrighini, C. d., Reis, R. K., Neves, L. A., Brunini, S., Canini, S. R., & Elucir, G. (2013). Evaluation of Self-Esteem in People Living with HIV/AIDS in city of Ribeirao Preto, State of Sao Paulo, Brazil. *Text Context Nursing*, 22(4), 1049-1055.
- CDC. (1981a, Haziran 5). Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles. (M. Gottlieb, Dü.) *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(21), 1-3.
- CDC. (1981b, Temmuz 3). Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia Among Homosexual Men--New York City and California. *MMWR*, 30(25), 305-308.
- CDC. (1982, Eylül 24). Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - United States. *MMWR*, 31(37), s. 507-508, 513-514.
- CDC. (1982, Aralık 17). Unexplained Immunodeficiency and Opportunistic Infections in Infants - New York, New Jersey, California. *MMWR*, 31(49), s. 665-667.
- CDC. (1983, Mart 4). Current Trends Prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Report of Inter-Agency Recommendations. *MMWR*, 32(8), s. 101-103.

- CDC. (2017, Mayıs 30). *Act Against AIDS: Basics*. (US, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Departmanı) Mart 9, 2018 tarihinde Center for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/actagainstaids/basics/whatishiv.html> adresinden alındı
- CDC. (2018). *Internalized HIV-Related Stigma*. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention. CDC.
- Chao, D., & Cohen, M. A. (2008). A Biopsychosocial Approach to Psychiatric Consultation in Persons with HIV and AIDS. M. A. Cohen, & J. M. Gorman (Dü) içinde, *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry* (s. 61-72). New York, USA: Oxford University Press.
- Chappel, R. J., Wilson, K. M., & Dax, E. M. (2009). Immunoassays for the diagnosis of HIV: meeting future needs by enhancing the quality of testing. *Future microbiology*, 4(8), 963-982.
- Chiang, L. F., Chen, J., Gladden, R., M., & arkadaşları, v. (2015). HIV and Childhood Sexual Violence: Implications for Sexual Risk Behaviours and HIV testing in Tanzania. *AIDS Education and Prevention*, 27(5), 474-487.
- Cimilli, C., & Baykara, B. (2001). HIV Enfeksiyonu ve AIDS'in Psikiyatrik Yönleri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 175-181.
- Cisneros, L. (2011, Haziran 6). *Thirty Years of AIDS: A Timeline of the Epidemic*. Haziran 14, 2018 tarihinde University of California San Francisco: <https://www.ucsf.edu/news/2011/06/9971/thirty-years-aids-timeline-epidemic> adresinden alındı
- Clark, W. R. (2007). *In Defense of Self: How the Immune System Really Works*. Oxford, New York, New Delhi & Toronto: Oxford University Press.
- Clews, C. (2017). 1980s. HIV/AIDS: Why Was AIDS Called 'the Gay Plague'? *Gay in the 80s: From Fighting for Our Rights to Fighting for Our Lives*, 269.

- Coffey, S., & Volberding, P. A. (2012). Overview of antiretroviral therapy. P. A. Volberding, W. C. Greene, J. M. Lange, J. E. Gallant, & N. Sewankambo (Dü) içinde, *Sande's HIV/AIDS Medicine: Medical Management of AIDS* (2 b.). Elsevier Saunders.
- Curran, J. w., & Jaffe, H. W. (2011, Ekim 7). AIDS: the Early Years and CDC's Response. *MMWR Supplements*, 60(4), s. 64-69.
- Çekirge, P. (1986). *Effects of Sexual Orientation and Age of Male Homosexuals on the MMPI profiles*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adölesanlarda Benlik Saygısı*. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Psikiyatri, Ankara.
- Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2013). The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. *The Lancet*, 382, 1525-1533.
- Demir, G., & Şahin, T. K. (2014). Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgileri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(3), 19-24.
- Dodds, C., Keogh, P., Chime, O., Haruperi, T., Nabulya, B., Sseruma, S. W., & Weatherburn, P. (2004). *Outsider status: Stigma and Discrimination Experienced by Gay Men and African People with HIV*. Stigma Research. Stigma Research.
- Dorahy, M. J., & Hart, O. V. (2007). Relationship Between Trauma and Dissociation: A Historical Analysis . E. Vermette, M. J. Dorahy, D. Speigel, E. Vermette, M. J. Dorahy, & D. Speigel (Dü) içinde, *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment* (s. 3-30). Arlington, ABD: American Psychiatric Publishing.
- Dover, K. J. (1989). *Greek Homosexuality* (2 b.). Massachusetts, USA: Harvard University Press.

- Doyal, L., & Doyal, L. (2013). Posing the problem. L. Doyal, & L. Doyal içinde, *Living with HIV and Dying with AIDS: Diversity, Inequality and Human Rights in the Global Pandemic*. Surrey, England: Ashgate.
- Drake, A. L., Wagner, A., Richardson, B., & John-Stewart, G. (2014). Incident HIV during Pregnancy and Postpartum and Risk of Mother-to-Child HIV Transmission: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS: Medicine*, 11(2), 1-16.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575.
- Dunn, D., Newell, M., Ades, A., & Peckham, C. (1992). Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *The Lancet*, 340(8819), 585-588.
- Eckert, P., & McConnel-Ginet, S. (2003). *Language and Gender*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid., UK: Cambridge University Press.
- Elucir, G., Castrighini, C., Neves, L., Resi, R., Galvao, M., & Hayashido, M. (2010). Depression and self-esteem of Patients Positive for HIV/AIDS in an Inland City of Brazil. *Retrovirology*, 7(1), 66.
- Erbaydar, T., & Erbaydar, N. P. (2012). Status of HIV / AIDS epidemic in Turkey. *Acta Medica*, 1, 19-24.
- Ercan, S. (2015). Devlet, Üniversite ve Özel Hastanelerde Görevli Sağlık Personelinin AIDS'e İlişkin Bilgi ve Tutumları (Karşılaştırmalı Bir Çalışma). *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(3), 109-116.
- Ertürk, Ş. (2002). İşçinin İş Sözleşmesinin İşveren Tarafından Hastalık ve Özellikle AIDS Hastalığı Sebebiyle Feshedilmesi ve Sonuçları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2), 1-25.
- Fee, E., & Brown, T. M. (2006, Haziran). Voices from the Past: Michael S. Gottlieb and the Identification of AIDS. *American Journal of Public Health*, 96(6), s. 98.

- Feyissa, G. T., Abebe, L., Girma, E., & Woldie, M. (2012). Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health: Open access*, 12(522).
- France, D., Richman, W., Walk, T. H. (Yazarlar), & France, D. (Yöneten). (2017, 5 19). *How to Survive a Plague* [Sinema Filmi]. USA.
- Gökengin, D., Öktem, P., & Çalık, Ş. (2017). Türkiye’de HIV’le İlgili Damgalama ve Ayrımcılığın Analizi: HIV’le Yaşayan Kişiler İçin Damgalanma Göstergesi Sonuçları. *Klimik Dergisi*, 30(1), 15-21.
- Gökengin, D. (2018). Türkiye’de HIV Enfeksiyonu: Hedefe Ne kadar Yakınız? *Klimik Dergisi*, 13(1), 4-10.
- Gallego, L., Gordillo, V., & Catalan, J. (2000). Psychiatric and Psychological Disorders Associated to HIV Infection. *AIDS Reviews*, 2, 48-60.
- Gallo, R., Sarin, P., Gelmann, E., & diğerleri. (1983). Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*, 220(4599), 865–867.
- Gallo, R. C., Salahuddin, S. Z., Popovic, M., Shearer, G. M., Kaplan, M., Haynes, B. F., . . . Markham, P. D. (1984, Mayıs 4). Frequent Detection and Isolation of Cytopathic Retroviruses (HTLV-III) From Patients with AIDS and at Risk for AIDS. *Science*, 224(4648), s. 500-503.
- Gao, F., Bailes, E., Robertson, D. L., Chen, Y., Rodenburg, C. M., Michael, S. F., & diğerleri. (1999). Origin of HIV-1 in the chimpanzee: Pan troglodytes troglodytes. *Nature*, 397, 436–441.
- Garrey, L., Bakhsaie, J., Sharp, C., Neighbors, C., Zvolensky, M. J., & Gonzalez, A. (2015). Anxiety, Depression, and HIV Symptoms Among Persons Living with HIV/AIDS: The Role of Hazardous Drinking. *AIDS Care*, 27(1), 80-85.

- Gay Men's Health Crisis. (2016). *GMHC/HIV/AIDS Timeline*. (GMHC, Prodüktör) Haziran 14, 2018 tarihinde Gay Men's Health Crisis: <http://www.gmhc.org/about-us/gmhchivaids-timeline> adresinden alındı
- Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174–189.
- Gilbert, P. (2009). *Overcoming Depression: A Self-help Guide Using Cognitive Behavioural Techniques* (3 b.). Londra, İngiltere: Robinson.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey, USA: Prentice-Hall, Inc.
- Goldberg, D. (2016). The Current Status of the Diagnosis of Depression. C. J. Wakefield, & S. Demazeux (D) içinde, *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning* (s. 17-28). Dordrecht, Hollanda: Springer.
- Gonzalez, A., Zvolensky, M. J., Parent, J., Grover, K. W., & Hickey, M. (2012). HIV Symptom Distress and Anxiety Sensitivity in Relation to Panic, Social Anxiety, and Depression Symptoms Among HIV-Positive Adults. *AIDS Patient Care and STDs: Behavioral and Psychosocial Research*, 26(3), 156-164.
- Goodwin, J. M., & Sachs, R. G. (1996). Child Abuse in the Etiology of Dissociative Disorder. L. K. Michelson, W. J. Ray, L. K. Michelson, & W. J. Ray (D) içinde, *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives* (s. 91-106). New York: Springer .
- Gostin, L. O. (1992). The Americans With Disabilities Act And The U.S. Health System. *Health Affairs*, 11(3), s. 248-257.
- Gottlieb, M., Schroff, R., Schanker, H. M., Weisman, J. D., Fan, P. T., Wolf, R. A., & Saxon, A. (1981, Aralık 10). Pneumocystis Carinii Pneumonia and Mucosal Candidiasis in

- Previously Healthy Homosexual Men: Evidence of A New Acquired Cellular Immunodeficiency. *The New England Journal Of Medicine*, 305(24), s. 1425-1431.
- Greenberg, D. A. (1988). *The Construction of Homosexuality*. Chicago & London, USA & UK: The University of Chicago Press.
- Gruenberg, M. A., Goldstein, D. R., & Pincus, H. A. (2008). Classification of Depression: Research and Diagnostic Criteria: DSM-IV and ICD-10. J. Licinio, & M.-L. Wong (Dü) içinde, *Biology of Depression: From Novel Insights to Therapeutic Strategies* (s. 1-12). Wiley-VCH Verlag GmbH & Co.
- Guarinieri, M., & Hollander, L. (2006). From Denver to Dublin: The Role of Civil society in HIV Treatment and Control. S. Matic, J. V. Lazarus, & M. C. Donoghoe (Dü) içinde, *HIV/AIDS in Europe: Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management* (s. 86-100). USA: WHO.
- Hansen, N. B., Brown, L. J., Tsatkin, E., Zelgowski, B., & Nightingale, V. (2012). Dissociative Experiences During Sexual Behavior Among a Sample of Adults Living with HIV Infection and a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*(13), 345-360.
- Hart, O. V. (1989, Nisan 14). The Dissociation Theory of Pierre Janet. *Jornal of Traumatic Stress*, 2(4), 1-11.
- Hart, T. A., James, C. A., Purcell, D. W., & Farber, E. (2008). Social Anxiety and HIV Transmission Risk among HIV-Seropositive Male Patients. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(11), 879-886.
- Hatzenbuehler, M. L., O’Cleirigh, C., Mayer, K. H., & diğerleri, v. (2011). Prospective Associations Between HIV-Related Stigma, Transmission Risk Behaviors, and Adverse Mental Health Outcomes in Men Who Have Sex with Men. *Annual Behavioral Medicine*, 42(2), 227–234.

- Haverkos, H. W., & Curran, J. W. (1982, Eylül/Ekim). The Current Outbreak of Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 32(6), s. 330-339.
- Herman, J. (1997). Child Abuse. J. Herman içinde, *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence From Domestic Abuse to Political Terror*. New York, USA: Basic Books.
- Hilts, P. J. (1998, Eylül 4). *Jonathan Mann, AIDS Pioneer, Is Dead at 51*. Haziran 8, 2018 tarihinde The New York Times: <https://www.nytimes.com/1998/09/04/us/jonathan-mann-aids-pioneer-is-dead-at-51.html> adresinden alındı
- Hintze, J., Templer, D. I., Cappelletty, G. G., & Frederick, W. (1993). Death Depression and Death Anxiety in HIV-Infected Males. *Death Studies*, 17(4), 333-341.
- Hirsch, V. M., Olmstead, R. A., Murphey-Corb, M., Purcell, R. A., & Johnson, P. R. (1989). An African primate lentivirus (SIVsm) closely related to HIV-2. *Nature*, 339, 389-392.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- HIV Travel. (2011). *Regulations on Entry, Stay, and Residence For PLHIV*. Haziran 14, 2018 tarihinde Global Database on HIV-Specific Travel and Residence Restrictions: <http://www.hivtravel.org/Default.aspx?pageId=142> adresinden alındı
- Hoffman, R. S. (1984). Neuropsychiatric Complications of AIDS. *Psychosomatics*, 25(5), 393-395, 399-400.
- Horwitz, V. A., & Wakefield, C. J. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York, USA: Oxford University Press.
- Horwitz, A. V. (2013). *Anxiety: A Short History*. Baltimore, USA: The Johns Hopkins University Press.

- Horwitz, A. V. (2016). *What's Normal: Reconciling Biology and Culture*. New York, USA: Oxford University Press.
- Horwitz, V. A., Wakefield, C. J., Lorenzo-Lauces, & Loernzo. (2017). History of Depression. J. R. DeRubeis, & R. D. Strunk (Dü) içinde, *The Oxford Handbook of Mood Disorders* (s. 11-23). Oxford, İngiltere: Oxford University Press.
- HSGM. (2016, 03 31). *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*. (T.C. Sağlık Bakanlığı) 03 14, 2018 tarihinde Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatiksel Verileri: <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2017/10/TÜRKİYE'DE-HIV-AIDS-YÜRÜTÜLEN-HİZMETLER-AYLA-AYDIN.pdf> adresinden alındı
- HSGM. (2018). *HIV/AIDS tanı klavuzu*. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- IAS Society. (1988, Nisan 1). *April 1985, Atlanta – 1st International AIDS Conference (AIDS 1985)*. Haziran 10, 2018 tarihinde IAS - International AIDS Society: <https://www.iasociety.org/About-IAS/About-the-IAS/history/ArticleID/6/April-1985-Atlanta---1st-International-AIDS-Conference-AIDS-1985> adresinden alındı
- International Agency for Research on Cancer. (2012). *Biological Agents: A review of Human Carcinogens, Human Immunodeficiency Virus-1*. WHO, International Agency for Research on Cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Ioan, B. G. (2013). Sexual orientation. S. Loue (Dü.) içinde, *Mental Health Practitioner's Guide to HIV_AIDS* (s. 373-377). New York: Springer Science+Bussines Media.
- Ironson, G., Friedman, A., Klimas, N., Antoni, M., Fletcher, M. A., Arthur, L., . . . Schneiderman, N. (1994). Distress, Denial, and Low Adherence to Behavioral Interventions Predict Faster Disease Progression in Gay Men Infected With Human Immunodeficiency Virus. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 90-105.

- Izard, E. C. (1972). *Patterns of Emotions: A New Analysis of Anxiety and Depression*. Londra & New York, USA & UK: Academic Press Inc.
- Jaffe, H. W., McCurdy, J. M., Kalish, M. L., & diğçerleri, v. (1994). Lack of HIV Transmission in the Practice of a Dentist with AIDS. *Annals of Internal Medicine*, 121(11), 855-859.
- James, W. (1983). *The Principles of Psychology* (Cilt 1-2). Cambridge: Harvard University Press.
- Kahn, J. O., & Walker, B. D. (1998). Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *New England Journal of Medicine*, 339(1), 33-39.
- Kalichman, S. C., Gore-Felton, C., Eric, B., Cage, M., & Rompa, D. (2004). Trauma Symptoms, Sexual Behaviors, and Substance Abuse: Correlates of Childhood Sexual Abuse and HIV Risks Among Men Who Have Sex with Men. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(1), 1-15.
- Kamen, C., Bergstrom, J., Koopman, C., Lee, S., & Gore-Felton, C. (2012). Relationships Among Childhood Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Dissociation in Men Living with HIV/AIDS. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 102-114.
- Kane, B. M. (2008). *Drugs the straight facts: HIV/AIDS treatment Drugs*. New York, USA: Chelsea House Publishers.
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), s. 65-74.
- Karasar, N. (2018). *Bilimsel irade algı çerçevesi ile bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler* (33 b.). İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kasapoğlu, A., & Kuş, E. (2008). The role of gender in the stigmatization of people living with HIV/AIDS in Turkey. *Journal of Gender Studies*, 17(4), 359-368.

- Kasapoğlu, A., Kaya, N. Ç., Turan, F., & Saillard, E. K. (2014, Kasım). Vulnerability Assessment of People Living with HIV (PLHIV) in Turkey. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 17(2), 213-295.
- Katz, j. n. (2007). The Invention of Heterosexuality: The Debut of the Heterosexual. K. J. Loavas (Dü.) içinde, *Sexualities & communication in everyday life: A reader* (s. 21-40). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publication.
- Kawa, S., & Giordano, J. (2012). A Brief Historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and Implications for the Future of Psychiatric Canon and Practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine: PEHM*, 7(2), <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>.
- Keane, T. M., Marx, B. P., Sloan, D. M., & DePrince, A. (2014). Trauma, Dissociation, and Post-Traumatic Stress Disorder. D. H. Barlow (Dü.) içinde, *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (s. 364-391). Oxford, NYC, UK & USA: Oxford University Press.
- Keuroghlian, A. S., Kamen, C. S., Neri, E., Lee, S., Liu, R., & Gore-Felton, C. (2011). Trauma, Dissociation, and Antiretroviral Adherence among Persons Living with HIV/AIDS. *Journal of Pyschiatric Research*, 45(7), 952-948.
- Kianpoor, M., & Bakhshani, N.-M. (2012). Trauma, Dissociation, and High-Risk Behaviors. *International Journal of High Risk Behaviours & Addiction*, 1(1), 9-13.
- Kim, M. H., Mazenga, A. C., Yu, X., Nguyen, C., Ahmed, S., Kazembe, P. N., & Sharp, C. (2015). Factors Associated with Depression Among Adolescents Living with HIV in Malawi. *BMC Psychiatry*, 15(264), 1-12.
- Kinsley, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in human male*. Philadelphia & London, USA & UK: W. B. Saunders Company.

- Klein, H., Elifson, K. W., & Sterk, C. E. (2010). Self-Esteem and HIV Risk Practices among Young Adult “Ecstasy” Users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(4), 447-456.
- Korber, B. T., Osmanov, S., Esparza, J., & Myers, G. (2009, Mart 19). The World Health Organization Global Programme on AIDS Proposal for Standardization of HIV Sequence Nomenclature. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 10(11), s. 1355–1358.
- Korkmaz, M., & Şefik, U. (1996). *Yetişkin örneklem için bir benlik saygısı ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması*. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir: Yayımlanmamıştır.
- Kostak, M. A., Ünsar, S., & Sadırlı, S. K. (2009). Hemşire ve Ebelerin AIDS’e Karşı Tutumlarının Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 76-86.
- Koutsilieri, E., Scheller, C., Sopper, S., Meulen, V. T., & Riederer, P. (2002). Psychiatric Complications in Human Immunodeficiency Virus Infection. *Journal of NeuroVirology*, 8(2), 129-133.
- Krafft-Ebing, R. V. (1892). *Psychopathia sexualis with a especial reference to contrary sexual instinct; a medico-legal study* (genişletilmiş ve gözden geçirilmiş almanca 7. baskısı b.). (C. G. Chaddock, Çev.) Philadelphia: The A. F. Davis Company.
- Lawlor, C. (2012). *From Melancholia to Prozac: A History of Depression*. Oxford, İngiltere: Oxford University Press.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The Nature and Function of Self-Esteem: Sociometer Theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 32, 1-62.
- Leitner, T., & Albert, J. (2000). Reconstruction of HIV-1 transmission chains for forensic purposes. *AIDS Reviews*, 2, 241-251.
- Lerner, P., & Micale, M. S. (2001). Trauma, Psychiatry, and History; A Conceptual and Historiographical Introduction. P. Lerner, & M. S. Micale (Dü) içinde, *Traumatic*

- Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870 - 1930* (s. 1-32).
Cambridge, UK & USA: Cambridge University Press.
- Leserman, J., Petitto, J. M., Gu, H., Gaynes, B., Barroso, J., Golden, R. N., . . . Evans, D. L. (2002). Progression to AIDS, a Clinical AIDS Condition and Mortality: Psychosocial and Physiological Predictors. *Psychological Medicine*, 32, 1059–1073.
- Leserman, J. (2003). HIV Disease Progression: Depression, Stress, and Possible Mechanisms. *Biological Psychiatry*, 54, 295-306.
- Leserman, J., Whetten, K., Lowe, K., Stangl, D., Swartz, M. S., & Thielman, N. M. (2005). How Trauma, Recent Stressful Events, and PTSD Affect Functional Health Status and Health Utilization in HIV-Infected Patients in the South. *Psychosomatic Medicine*, 67(3), 500-507.
- Leserman, J., Pence, B. W., Whetten, K., Mugavero, M. J., Thielman, N. M., Swartz, M. S., & Stangl, D. (2007). Relation of Lifetime Trauma and Depressive Symptoms to Mortality in HIV. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1707–1713.
- Leserman, J. (2008). Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression. *Psychosomatic Medicine*, 70, 539–545.
- Lever, A. M. (2009). HIV: The virus. *Medicine*, 37(7), 313-316.
- Li, H. (2014). Basic of HIV/AIDS. H. Li (Dü.) içinde, *Radiology of HIV/AIDS A Practical Approach* (s. 3-22). New York, London & Heidelberg,, UK & USA: Springer & People’s Medical Publishing House.
- Li, H. (2014). General Review on HIV/AIDS in Clinical Medicine. H. Li (Dü.) içinde, *Radiology of HIV/AIDS A Practical Approach* (s. 25-79). Heidelberg, New York & London, UK & USA: Springer & People’s Medical Publishing House.

- Lin, B., Sun, X., Su, S., Lv, C., Zhang, X., Lin, L., . . . Kang, D. (2017). HIV drug resistance in HIV positive individuals under antiretroviral treatment in Shandong Province, China. *PLoS One*, *12*(7), e0181997.
- Liu, L., Pang, R., Sun, W., Wu, M., Qu, P., Lu, C., & Wang, L. (2013). Functional Social Support, Psychological Capital, and Depressive and Anxiety Symptoms Among People Living with HIV/AIDS Employed Full-time. *BioMed Central Psychiatry*, *13*(324), 1-10.
- Long, B. C. (1991, Ocak). Self-esteem, Social support, Internalized Homophobia, and Coping Strategies of HIV+ Gay Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(6), 1-141.
- Lorris, J. L., Lippman, S. A., Philip, S., & Diğerleri. (2014). Sexually Transmitted Infection Related Stigma and Shame Among African American Male Youth: Implications for Testing Practices, Partner Notification, and Treatment. *AIDS Patient Care and STDs*, *28*(9), 499–506.
- Manhas, C. (2014). Self-esteem and Quality of Life of People Living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, *19*(11), 1471-1479.
- Mann, J. (1987). *Statement at an Informal Briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly*. WHO, New York.
- Mann, J. M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., & Fineberg, H. V. (1994). Health and Human Rights. *Health and Human Rights Journal*, *1*(1), s. 6-23.
- Mann, J. M. (1996). Human Rights and AIDS: The Future of the Pandemic. I. I. Schenker, G. Sabar-Friedman, & F. S. Sy (Dü) içinde, *AIDS Education: Interventions in Multi-Cultural Societies* (s. 1-8). New York, USA: Springer Science+Business Media.

- Mann, M. (., Hosman, C. .., Shaalma, H. P., & Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a Broad Spectrum Approach for Mental Health Promotion. *Health, Education, Research: Theory and Practise*, 19(4), 357-372.
- Marshall, M. A., & Brown, J. D. (2006). The Three Faces of Self-Esteem. M. H. Kernis, & M. H. Kernis (Dü.) içinde, *Self-Esteem Issues and Answers: A Sourcebook of Current Perspectives* (s. 4-9). New York: Taylor & Francis Group: Psychology Press.
- Martinson, R. D. (1994, Yaz). Sexual Orientation: The History and Significance of an Idea. *Word & World*, XIV(3), s. 239-245.
- Marty, A. M., & Segal, L. D. (2015). DSM - 5. L. R. Cautin, & O. S. Lilienfeld (Dü) içinde, *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (Cilt 1, s. 1-6). New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Masoudnia, E. (2015). Public perceptions about HIV/AIDS and discriminatory attitudes toward people living with acquired immunodeficiency syndrome in Iran. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 12(1), 116-122.
- Mayongbo, O. A. (2017). Stages of HIV/AIDS, marital status and perceived quality of life. *Asian Journal of Multidisciplinary Studies*, 5(4), 1-11.
- McDaniel, J. Stephen; Brown, Larry; Cournos, Francine; Forstein, Marshall; Goodkin, Karl; Lyketsos, Constantine; Chung, Joyce Y.;. (2006). *APA Parctice Guideline for the Treatment of Patients with HIV/AIDS*. USA: American Psychiatric Association.
- McWhirter, D. P., Sanders, S. A., & Reinisch, J. M. (1990). *Homosexuality/Heterosexuality: Conseptis of Sexual Orientation*. New York & Oxford, USA & UK: Oxford University Press.
- Micale, M. S. (2001). Jean-Martin Charcot adn les névroses traumatiques: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century. M. S. Micale, & P.

- Lerner (Dü) içinde, *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (s. 115-139). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Miller, D. (1987a). *Living with AIDS and HIV*. London: McMillan Press.
- Miller, D. (1987b). The Virus and Its Spread. D. Miller içinde, *Living with AIDS and HIV* (s. 1-11). London, UK: McMillan Press.
- Miller, D. (1987c). Coming to Terms with Diagnosis and Being Seropositive. D. Miller içinde, *Living with AIDS and HIV* (s. 21-37). London, UK: McMillan Press.
- Mohan, V., & Bedi, S. (2010). Extraversion, Neuroticism, Anger and Self-Esteem of HIV Positive Youth. *The Journal of Behavioral Science*, 5(1), 60-74.
- Moskowitz, D. A., & Seal, D. A. (2011). Self-Esteem in HIV-Positive and HIV-Negative Gay and Bisexual Men: Implications for Risk-Taking Behaviors with Casual Sex Partners. *AIDS Behaviour*, 15(3), 621-625.
- Mottier, V. (2008). *Sexuality: A Very Short Introduction*. New York, USA: Oxford University Press.
- Munoz, A., Wang, M.-C., Bass, S., Taylor, J. M., A., K. L., Chmiel, J. S., & Polk, B. F. (1989). Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)- Free time after Human Immunodeficiency Virus type 1 (HIV-1) seroconversion in homosexual men. *American Journal of Epidemiology*, 130(3), 530-539.
- Murk, C. J. (2006). Defining Self-Esteem: An Often Overlooked Issue with Crucial Implications . M. H. Kernis, & M. H. Kernis (Dü.) içinde, *Self Esteem Issues and Answers: A Sourcebook of Current Perspectives* (s. 10-15). New York, USA: Taylor and Francis Group: Psychology Press.
- Newman, w., & Holoyda, B. (2015). The DSM-5 and Major Diahnestic Changes. C. Scott (Dü.) içinde, *DSM-5 and the Law: Changes and Challenges* (s. 25-50). New York, USA: Oxford University Press.

- Nieder, C., & Kampe, T. A. (2018). Does Marital Status Influence Levels of Anxiety and Depression Before Palliative Radiotherapy? *In Vivo*, 32(2), 327-330.
- Novogrodsky, N. (2009). The Duty of Treatment: Human Rights and the HIV/AIDS Pandemic. *Yale Human Rights and Development Journal*, 12(1), 1-61.
- Nye, K., & Parkin, J. (1994). *HIV and AIDS: A medical perspectives book*. Herndon: BIOS Scientific Publishers.
- OHCHR/UNAIDS. (2006). *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version*. United Nations, OHCHR/UNAIDS. Cenevre: UNAIDS.
- OHCHR/WHO. (2008). *The Right to Health: Persons Living with HIV/AIDS*. United Nations, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights - WHO. Cenevre: OHCHR.
- Olagunju, A. T., Adeyemi, J. D., Erinfoami, A. R., & Ogundipe, O. A. (2012). Factors Associated with Anxiety Disorders among HIV-Positive Attendees of an HIV Clinic in Lagos, Nigeria. *International Journal of STD & AIDS*, 23, 389-393.
- Omrani, A., Holtzman, N. S., Akiskal, H. S., & Ghaemi, S. N. (2012). Ibn Imran's 10th Century Treatise On Melancholy. *Journal of Affective Disorders*, 141, s. 116-119.
- Oran, N. T., & Şenuzun, F. (2008). Toplumda Kırılması Gereken Bir Bincir: HIV/AIDS Stigması ve Baş Etme Stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-16.
- Öktem, P. (2014). Türkiye'de HIV/AIDS ile Yaşayanların Çalışma Hakkı İhlalleri: Yasal Çerçeve ve Alandan Örnekler. *Sosyal İnsan Hakları Sempozyumu, Bildiri Kitabı*. 119, s. 225-245. İstanbul: Petrol-iş Yayını.
- Öktem, P. (2015). The Role of the Family in Attributing Meaning to Living With HIV and Its Stigma in Turkey. *Sage Open*, 1(15).
- Öner, N., & Le Compte, A. (1985). *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı* (2 b.). İstanbul, Türkiye: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

- Özdemir, L., Ayvaz, A., & Poyraz, Ö. (2003). Cumhuriyet Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(1), 10-14.
- Öztürk, E. (1994). *Erkek Eşcinsellerde (homoseksüellerde) anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji, İstanbul.
- Öztürk, E. (2003). *Travma kökenli dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinde çocukluk çağı travmalarının sıklığı*. PhD, İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul.
- Öztürk, E., & Şar, V. (2006). The “Apparently Normal” Family: A Contemporary Agent of Transgenerational Trauma and Dissociation. *Journal of Trauma Practice*, 4(3-4), 287-303.
- Öztürk, E., & Şar, V. (2008). Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 62(6), 662-668.
- Öztürk, E. (2009a). Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi. *Psikedergi*, 2, 39-49.
- Öztürk, E. (2009b). Dövüş Kulübü: Çifte Kendilikler, Çifte Yaşamlar. *Psikedergi*, 2, 75-83.
- Öztürk, E., & Şar, V. (2016). The “trauma-self” and its resistances in psychotherapy. *Journal of psychology and clinical psychiatry*, 6, 00386.
- Öztürk, E. (2017). *Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri*. İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, E. (2018). Psikotarih, travma ve dissosiyasyon. *Turaz Akademi*, 92-106.
- Padian, N. (1987). Heterosexual transmission of Acquired Immunodeficiency Syndrome: International Perspectives and National Projections. *Reviews of infectious diseases*, 9(5), 947-960.

- Padian, N. S., Shiboski, S. C., & Jewell, N. P. (1987). Female-to-male transmission of Human Immunodeficiency Virus. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 266(12), 1664-1667.
- Padian, N., Marquis, L., Francis, D. P., Anderson, R. A., Rutherford, G. W., O'Malley, P. M., & Winkelstein, W. (1987). Male-to-Female Transmission of Human Immunodeficiency Virus. *JAMA*, 258(6), 788-790.
- Paker, M. (2012). Psikolojik Açıdan Önyargı ve Ayrımcılık. K. Çayır, & M. A. Ceyhan (Dü) içinde, *Ayrımcılık: Çok Boyutlu Yaklaşımlar* (s. 41-52). İstanbul, Türkiye: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57, 13-24.
- Patterson, T. L., Shaw, W. S., Smeple, S. J., Cherner, M., McCutchan, A., Atkinson, J. H., . . . Nannis, E. (1996). Relationship of Psychosocial Factors to HIV Disease Progression. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(1), 30-39.
- Patterson, D., & London, L. (2002). International law, human rights and HIV/AIDS. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), s. 964-969.
- Paykel, S. E. (2008). Basic Concepts of Depression? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 279-289.
- Pence, B. W., Mugavero, M. J., Carter, T. J., Laserman, J., Thielman, N. M., Raper, J. L., . . . Whetten, K. (2012). Childhood Trauma and Health Outcomes in HIV-infected Patients: An Exploration of Causal Pathways. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 59(4), 409-416.
- Petersen, L. R., Simonds, R., & Koistinen, J. (1993). HIV transmission through blood, tissues, and organs. *AIDS*, 7(1), 99-107.

- Pickett, B. (2018). Homosexuality. B. Pickett, & E. N. Zalte (Dü.) içinde, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Bahar 2018 b.). USA: Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Pimenta, C., Brito, I., & Chequer, P. (2011). Facing HIV/AIDS prevention. J. C. Hall, B. J. Hall, & C. J. Cockerell (Dü) içinde, *HIV/AIDS in the post-HAART era : manifestations, treatment, and epidemiology* (s. 33-60). Shelton, USA: People's Medical Publishing House.
- Pincock, S. (2013, Nisan 6). Hiroshi Nakajima. *The Lancet*, 381, s. 1178.
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2015, Ekim 1). Sexual Orientation and Gender Identity: Review of Concepts, Controversies and Their Relation to Psychopathology Classification Systems. *Frontier*, 6(1511), 1-6.
- Porter, R. (1999). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. Londra, İngiltere: Fontana Press.
- Pozitif Yaşam Derneği. (2007). *Türkiye'de HIV ile Yaşayanların Yaşadıkları Hak İhlalleri Raporu: Haziran 2007*. Pozitif Yaşam Derneği. İstanbul: Pozitif Yaşam Derneği.
- Pozitif Yaşam Derneği. (2008). *Türkiye'de HIV ile Yaşayan Bireylerin Yaşadıkları Hak İhlalleri Raporu: Temmuz 2007 - Temmuz 2008*. Pozitif Yaşam Derneği. İstanbul: Açık Toplum Enstitüsü.
- Pozitif Yaşam Derneği. (2010). *Türkiye'de HIV ile Yaşayanların Yaşadıkları Hak İhlalleri Raporu: Ağustos 2008 - Aralık 2009*. Pozitif Yaşam Derneği. İstanbul: Global Dialogue, Açık Toplum Enstitüsü.
- Pozitif yaşam derneği. (2011). *Stigma Index Turkey*. İstanbul: Yayımlanmamış anket raporu.
- Rabkin, J. G. (2008). HIV and Depression: 2008 Review and Update. *Current HIV/AIDS Reports*, 5, 163-171.

- Radden, J. (2000). *The Nature Of Melancholy: From Aristotle to Kristeva*. New York, USA: Oxford University Press.
- Radden, J. (2009). *Moody Minds Distempered: Essays on Melancholy and Depression*. New York, USA: Oxford University Press.
- Rael, C. T., & Hampanda, K. (2016). Understanding Internalized HIV/AIDS-Related Stigmas in the Dominican Republic: A Short Report. *AIDS Care*, 28(3), 319–324.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and The Adolescent Self-Image*. Princeton, USA: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995, Şubat). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156.
- Saag, M. S., Masur, H., & Dolin, R. (2009, Nisan 25). Ryan White: An Unintentional Home Builder. *The AIDS Reader*, 19, s. 166-168.
- Salecl, R. (2004). *On Anxiety*. London & New York, UK & USA: Routledge.
- San Francisco History Center. (2003, Temmuz). Finding aid to the San Francisco General Hospital AIDS Ward 5B/5A Archives, 1983-2003.
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeeron, M. G. (1998). Evaluating Anxiety and Depression in HIV infected Patients. *Journal of Personality Assessment*, 7(3), 349-367.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). *HIV/AIDS Tanı ve Tedavi Rehberi*. Halk Sağlığı Kurumu, Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın.
- Seligman, E. P. (1975). *On Depression, Development, and Death*. San Francisco, USA: W. H. Freeman & Company.
- Sepkowitz, K. A. (2001, Haziran 7). AIDS: The First 20 Years. *The New England Journal of Medicine*, 344(23), s. 1764- 1772.

- Sharp, P. M., & Hahn, B. H. (2011). Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 1, 1-22.
- Shepperd, J. C., Laeyendecker, O., & Quinn, T. C. (2012). Laboratory testing for HIV infection. P. A. Volberding, W. C. Greene, J. M. Lange, J. E. Gallant, & N. Sewankambo içinde, *Sande's HIV/AIDS medicine: Medical management of AIDS, 2013* (2 b., s. 123-131). China: Elsevier Saunders.
- Sheth, S. H., Jensen, P. T., & Lahey, T. (2009). Living in Rural New England Amplifies the Risk of Depression in Patients with HIV. *BMC Infectious Diseases*, 9(25), 1-8.
- Shorter, E. (2005). The History of Nosology and the Rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 59-67.
- Shukla, M., Agarwal, M., Singh, J. V., & Srivastava, A. K. (2016). Anxiety Among People Living with HIV/AIDS on Antiretroviral Treatment Attending Tertiary Care Hospitals in Lucknow, Uttar Pradesh, India. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4(7), 2897-2901.
- Sikkema, K. J., Hansen, N. B., Meade, C. S., Kochman, A., & Fox, A. M. (2009). Psychosocial Predictors of Sexual HIV Transmission Risk Behavior among HIV-Positive Adults with a Sexual Abuse History in Childhood. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 121-134.
- Spiegel, D. (1997, Haziran). Trauma, Dissociation, and Memory. *The Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, 821(1), 225-237.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1972). Current Trends in Theory and Research on Anxiety. C. D. Spielberger, & C. D. Spielberger (Dü.) içinde, *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (Cilt 1, s. 3-19). New York, USA: Academic Press.

- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, USA: Consulting Psychologists Press.
- Spies, G., Afifi, O., T., Archibald, S. L., Fennema-Notestine, C., Sareen, J., & Seedat, S. (2012). Mental Health Outcomes in HIV and Childhood Maltreatment: A Systematic Review. *Systematic Reviews*, 1-30.
- Storm, M. D. (1980). Theories of Sexual Orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5), 783-792.
- Sucaklı, M. B. (2011). *Türkiye'de HIV/AIDS Epidemolojisi ve Kontrol Programı*. 6 2018 tarihinde Hatam: http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/aids_2011_smp_foto/bahadir_sucakli.pdf adresinden alındı
- Sulukan, E. E., Küçükoğlu, K., & Gül, H. İ. (2009). AIDS ve Tedavisinde Kullanılan İlaçlar. *Ankara Eczacılık Fakültesi dergisi*, 38(1), 47-78.
- Surgevil, O., & Akyol, E. M. (2011). Discrimination Against People Living With HIV/AIDS in the Workplace: Turkey Context. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 30(6), 463-481.
- Şar, V., Yargıç, İ., & Tutkun, H. (1995). Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Tanısı Konularak Uzun Süreli Değerlendirme ve Tedaviye Alınan 25 Hastanın Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Düşünen Adam*, 8(4), 38-46.
- Şar, V., & Öztürk, E. (2005). What is Trauma and Dissociation. *Journal of Trauma Practice*, 4(1/2), 7-20.
- Şar, V. (2011). Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. *Epidemiology Research International*, 1-8.

- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063.
- Şengöz, G., & Pehlivanoğlu, F. (2017). İnsan Bağışıklık Eksikliği Virüsü/Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu: Dünyada ve Türkiye’de Epidemiyolojik Değişimler. *Haseki Tıp Bülteni*(55), 248-253.
- T.A.A. Başvurusu: Karar, 2014/19081 (Anayasa Mahkemesi Mart 10, 2017).
- Tüzüner, Ö. (2014). Yargıtay hukuk dairelerinin eşcinsellik hakkında tutumu. *Güncel Hukuk*, 3(123), 56-59.
- Tafarodi, R. W., & Swann Jr., W. B. (2001). Two-dimensional Self-Esteem: Theory and Measurement. *Personality and Individual Differences*(31), 653-673.
- TDK. (2006). *Eşcinsellik*. Nisan 25, 2019 tarihinde Türk Dil Kurumu: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5cc2585a4c5bf0.71304008 adresinden alındı
- Telles-Correia, D., & Margues, G. J. (2015, Şubat 3). Melancholia Before the Twentieth Century: Fear and Sorrow Partial Insanity. *Frontiers in Psychology*, 6(81), s. 1-4.
- Tenant-Flowers, M., & Mindel, A. (2001). Natural history and management of early HIV infection. M. W. Adler (Dü.) içinde, *ABC of AIDS* (5 b., s. 17-22). London: BMJ publishing group.
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- The Advisory Committee of The People with AIDS. (1983). *The Denver Principles*. 6 14, 2018 tarihinde ACT UP: <http://www.actupny.org/documents/Denver.html> adresinden alındı
- TSK Sağlık Yetenek Yönetmeliği, 29530 madde 29 (11 12, 2015).

- U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *Your Right Under Section 504 of The Rehabilitation Act*. Office for Civil Rights, Washington.
- UNAIDS; IPU. (1999). *Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights*. UNAIDS; Inter Parliamentary Union;. Geneva: UNIADS.
- UNAIDS. (2002). *HIV assays : operational characteristics (Phase I). Report 13: urine specimens, oral fluid (saliva) specimens*. WHO, Department of Essential Health Technologies. Geneva: WHO Library.
- UNAIDS. (2004). *HIV assays : operational characteristics (Phase I) : report 15, antigen/antibody ELISAs*. WHO, Department of Essential Health Technologies. Geneva: World Health Organization Library.
- UNAIDS. (2006). *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission*. http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf adresinden alındı
- UNAIDS Background Paper. (2012, Şubat). *Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission: Background and Current Landscape*. Haziran 15, 2018 tarihinde UNAIDS: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2322_BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_en.pdf adresinden alındı
- UNAIDS. (2014). *90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Birleşmiş Milletler, HIV/AIDS. Cenevre: UNAIDS.
- UNAIDS. (2017). *Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. Birleşmiş Milletler, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Birleşmiş Milletler.
- UNAIDS. (2017). *UNAIDS Data 2017*. United Nations, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS . Cenevre: UNAIDS.
- UNAIDS. (2018). *UNAIDS data 2018*. WHO, UNAIDS. Geneva: UNAIDS.

- United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. United Nations. UN.
- Vaidya, S. A., Clothman, M., & Simon, V. (2008). HIV/AIDS at 25: History, Epidemiology, Clinical Manifestations, and Treatment. In M. A. Cohen, & J. M. Gorman (Eds.), *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry* (p. 19). Oxford & NYC: Oxford University Press.
- Visintini, R., Bagnato, M., Campanini, E., Fontana, S., Fossati, A., Novella, L., & Maffei, C. (1995). An Assessment of Self-Esteem in HIV-Positive Patients. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 7(1), 99-104.
- Vittinghof, E., Douglas, J., Judson, F., McKirnan, D., MacQueen, K., & Buchbinder, S. P. (1999). Per-Contact Risk of Human Immunodeficiency Virus Transmission between Male Sexual Partners. *American Journal of Epidemiology*, 150(3), 306-311.
- Wakefield, C. J., & Demazeux, S. (2016). Introduction: Depression, One and Many. C. J. Wakefield, & S. Demazeux (Dü) içinde, *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and Its Meaning* (s. 1-16). Dordrecht, Hollanda: Springer.
- Wani, M. A., & Sankar, R. (2017). Stress, Anxiety and Depression Among HIV/AIDS Patients. *Journal of Indian Health Psychology*, 12(1), 87-97.
- Weait, M. (2007). *Intimacy and Responsibility: The Criminalization of HIV Transmission*. New York, USA, Kanada: Routledge.Cavendish.
- Weisskopf, T. E. (2010). Reflections on Globalization, Discrimination, and Affirmative Action. M. A. Centano, & K. S. Newman (Dü) içinde, *Discrimination in an Unequal World* (s. 23-44). Oxford & New York, UK & USA: Oxford University Press.
- Weston, R., & Marett, B. (2009, Ocak 1). HIV Infection, Pathology, and Disease progression. *Clinical Pharmacist*, 1, 387-392.

- Whiteside, A. (2008). *HIV/AIDS: A Very Short Introduction*. New York, USA: Oxford University Press.
- WHO. (1948, Nisan 7). *World Health Organization*. Haziran 15, 2018 tarihinde History of WHO: <http://www.who.int/about/history/en/> adresinden alındı
- WHO. (1997). *Global Programme on AIDS 1987-1995 : Final Report with Emphasis on 1994-1995 Biennium*. World Health Organization, Global Programme on AIDS. Cenevre: WHO.
- WHO. (2002). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization. Geneva: WHO.
- WHO. (2016). *Gender, Equity & Human Rights*. World Health Organization. Cenevre: WHO.
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization. Geneva: WHO.
- WHO. (2018). *HIV assays: laboratory performance and other operational characteristics: rapid diagnostic tests (combined detection of HIV-1/2 antibodies and discriminatory detection of HIV-1 and HIV-2 antibodies): report 18*. Geneva: WHO Library.
- WHO/HSC/PVI. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. World Health Organization. Geneva: WHO.
- Wilson, H. W., Donenberg, G. R., & Emerson, E. (2014). Childhood Violence Exposure and the Development of Sexual Risk in Low-Income African American Girls. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(6), 1091–1101.
- Yargıç, L. İ., Tutkun, H., & Şar, V. (1994). Validity and reliability of the Turkish version of the dissociative experiences scale. . *Dissociation*, 8(1), 10-12.
- Yiaslas, T. A., Kamen, C., Ana, A., Susanne, L., Briscoe-Smith, A., Koopman, C., & Gore-Felton, C. (2014). The Relationship between Sexual Trauma, Peritraumatic

- Dissociation, PTSD, and HIV-Related Health in HIV-Positive Men. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 420-435.
- Yuzgun, A. (1993). Homosexuality and Police Terror in Turkey. *Journal of Homosexuality*, 24(3-4), 159-170.
- Zaidi, I., & DeCock, K. M. (2012). The global epidemiology of HIV/AIDS. P. A. Volberding, W. C. Greene, J. M. Lange, J. E. Gallant, N. Sewankambo, P. A. Volberding, W. C. Greene, J. M. Lange, J. E. Gallant, & N. Sewankambo (Dü) içinde, *Sande's HIV/AIDS Medicine: Medical Management of AIDS 2013* (2 b., s. 3-13). Elsevier Saunders.
- Zorlu, M., & Çalım, S. İ. (2012). İşyerinde Damgalama ve Ayrımcılık Faktörü Olarak HIV/AIDS. *Çalışma ve Toplum*, 4, 165-188.

8. EKLER

8.1. EK 1: AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜLÜK FORMU

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

HIV TANISI ALMIŞ ERKEKLERİN PSİKOSOSYAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ KONULU TEZ ÇALIŞMASININ AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜLÜK FORMU

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı bünyesinde Psikolog Yakup IŞIK tarafından yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. Çalışmanın hedefi HIV tanısı almış erkeklerin tanı sürecindeki psikososyal durumlarını değerlendirmektir. Tanı süreci incelenecek ve sürecin sosyal ve psikolojik bileşenleri adli tıbbi boyutta ele alınacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmada kullanılan görüşme formu ve ölçeklerde kimlik bilgilerinize yönelik herhangi bir soru yer almamaktadır. Anket sonucu elde edilen veriler gizli tutulacak ve araştırma yürütücüsü tarafından araştırmanın amacına yönelik kullanılacaktır.

Araştırma uygulamasının tahminen 20-25 dakika sürmesi beklenmektedir. Katılım esnasında araştırmada sorulan sorulardan veya araştırma ile ilgisi olan herhangi bir nedenden dolayı kendinizi rahatsız hissetmeniz durumunda katılımı kendi isteğinizle sonlandırabilirsiniz.

Bu konunun bilimsel olarak aydınlatılmasında verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Çalışma ile ilgili sorunuz olursa aşağıdaki iletişim bilgilerinden faydalanabilirsiniz.

Psikolog Yakup IŞIK: 05306864692

Bu araştırmaya hiçbir baskı veya zorlama altında kalmadan kendi isteğim ve rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

ARAŞTIRMAYA GÖNÜLLÜ OLAN KİŞİNİN ONAYI:

ARAŞTIRMACININ ADI-SOYADI, İMZASI: Yakup Işık _____

EK. 2: SOSYO-DEMOGRAFİK VE HIV ÖYKÜSÜ FORMU

Sayın katılımcı, “HIV Tanısı Almış Erkeklerin Psikososyal Durumu” üzerine bir araştırma yürütmekteyim. Araştırmanın doğru ve güvenilir olması için soruları eksiksiz cevaplandırmanız gerekmektedir. Araştırma sonucu elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

İstanbul Üniversitesi
Adli Tıp Enstitüsü
Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı (ABD)
Yakup IŞIK

1.BÖLÜM DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
3. Medeni Durumunuz:
<input type="checkbox"/> Bekar
<input type="checkbox"/> Evli-Kaç yıldır evlisiniz: Çocuk sayısı:
4. Eğitim: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Okuryazar <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans
5. Meslek: <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Diğer:
6. Çalışma Durumu: <input type="checkbox"/> Halen Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Emekli
7. Cinsel Yönelim: <input type="checkbox"/> Heteroseksüel <input type="checkbox"/> Homoseksüel

2.BÖLÜM HIV ÖYKÜSÜ

8. Madde Kullanımı. <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
9. Varsa kullandığı maddeler: <input type="checkbox"/> GHB(GI) <input type="checkbox"/> Taş(Crack) <input type="checkbox"/> Ketamin <input type="checkbox"/> Poppers <input type="checkbox"/> Esrar <input type="checkbox"/> Kokain <input type="checkbox"/> Amfetamin <input type="checkbox"/> Ekstazi <input type="checkbox"/> Eroin <input type="checkbox"/> Biperiden <input type="checkbox"/> Uçucu maddeler,
10. Maddeye başlama yaşı:
11. HIV ile enfekte yaşı:
12. HIV alma yolu: <input type="checkbox"/> Cinsel İlişki <input type="checkbox"/> Kan Transfüzyonu <input type="checkbox"/> Doğum
13. Antiretroviral(ART) tedaviye başladınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
14. Tanıyı kimseyle paylaştınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
15. Kiminle paylaştınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Kardeş <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/> Diğer:
16. Psikotrop(psikiyatrik) ilaç kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
17. Eğer homoseksüel iseniz, homoseksüel olduğunuz için herhangi herhangi bir zorluk ile karşılaştınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
18. Kaç yaşında ve ne yaşadınız?
19. HIV pozitif olduğunuz için sağlık, eğitim ve iş alanlarının herhangi birisinde herhangi bir zorluk ile karşılaştınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
20. Nasıl bir zorluk ile karşılaştınız, bu zorluğun ötesinden nasıl geldiniz? <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/> Sağlık <input type="checkbox"/> Eğitim <input type="checkbox"/> Diğer:
21. HIV+ olduğunuz için suçlu hissediyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
22. Cevabınız evet ise neden evet, hayır ise neden hayır?
23. HIV(+) olduğunuz için damgalama yaşadınız? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
24. Tanı aldığınızda ilk düşündüğünüz şey ne oldu?

EK. 3: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı, aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.

- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.

- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
-
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
-
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
-
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
-
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
-
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
-
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
-
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
-
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
-
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
-
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
-
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK. 4: SÜREKLİ ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

STAI FORM TX – 2(Süreklİ Anksiyete Ölçeği)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK. 5: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarımız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğii oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götüreceğii birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık



EK. 6: DISSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

Bernstein & Putnam,1986,1993

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız. Örnek: %0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında,satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşıında duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyredirken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100
19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmaya düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız. %0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

EK. 7. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ, BENLİK SAYGISI ALT BOYUTU

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

EK. 8: ETİK KURUL ONAYI

Tarih ve Sayı: 06/01/2017-3962



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Adli Tıp Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı :86669574-302.14.06-
Konu :Yakup IŞIK'ın Tez Çalışmasının
Etik Açından Değerlendirilmesi
sonucu

Yakup IŞIK

İlgi : 09.12.2016 tarihli, 445675 sayılı yazınız.

Enstitümüz Sosyal Bilimler Anabilim Dalının yüksek lisans programına kayıtlı öğrencisi Yakup IŞIK'ın HIV Tanısı Almış Heteroseksüel ve Homoseksüel Erkeklerin Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması (Anket) 3 Ocak 2017 tarihinde toplanan Klinik Araştırmalar Etik Değerlendirme Kurulu tarafından değerlendirilmiş olup; etik açıdan uygun görüldüğü hakkındaki 05.01.2017 tarihli, 6573 sayılı yazısı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Faruk AŞICIOĞLU
Enstitü Müdürü

EK :
1

DAĞITIM
Yakup IŞIK
Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Başkanlığı

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision/Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEOA66MYN>

Ayrıntılı bilgi için iribut : Mehmet SALDIRAN Dahili : 22833

İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü 34098 Cerrahpaşa/İSTANBUL

Tel : (0212) 414 30 00 Fax : (0212) 588 00 11

e-posta : adlitpens@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu ile değiştirilmiştir.
Doğrulamak için : <http://194.27.128.66/envision/Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEOA66MYN>

Tarih ve Sayı: 05/01/2017-6573



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı.



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Yüks.Lis.Öğr. Yakup Işık'ın etik
kurul karar A-11

ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Sosyal Bilimler Anabilim Dalı öğretim üyesi **Doç.Dr.Erdiñç ÖZTÜRK**'ün danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi Yakup IŞIK**'ın yürütücülüğünde "**HIV Tanısı Almış Heteroseksüel ve Homoseksüel Erkeklerin Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi**" başlıklı Yüksek Lisans Tezi (Anket) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **03 Ocak 2017** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Feray SAVRUN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEA566D4E>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Fax : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

EK. 9: Dernek İzin



Pozitif Yaşam Derneği
Positive Living Association

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İSTANBUL
9.12.2016

Konu: Araştırma İzni Hk.

Sayı: 78

Enstitünüz Sosyal Bilimler Anabilim dalında yüksek lisans yapan öğrenciniz Yakup Işık "HIV tanısı almış heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin psikososyal durumlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırmasını kurumumuzda yapabilir olduğunu bilgilerinize arz ederiz.

Saygılarımızla

Mehmet Omay

Dernek Başkanı

POZİTİF YAŞAM DERNEĞİ
Hasanpaşa Mahallesi, Nispetiye Sokağı
No:40/2 Kadıköy / İstanbul / TÜRKİYE
KURUMSAL İZİN
Tel: 0216 418 10 61
Göztepe V.D. 733 430 9000

9. Özgeçmiş

Eğitim

Kültürel İncelemeler, İstanbul Bilgi Üniversitesi, (2016 - ...)

Politik Psikoloji Yaz Enstitüsü, Stanford Üniversitesi, 2017 (%100 Burslu)

Psikoloji (BA), Edebiyat Fakültesi, İstanbul Üniversitesi, 2014

Lise Diploması (Matematik - Edebiyat), Kulp Lisesi, 2010

İş Deneyimi

Psikolog, Pozitif Yaşam Derneği, (8/2016 - 5/2017)

Psikolojik danışman, Sınav Dergisi Dershaneleri (Özel Eğitim Kurumu) (09/2014 - 11/2014)

Profesyonel Kabiliyetler

Sosyal bilimlerde niceliksel araştırma yöntemleri (SPSS)

Sosyal bilimlerde niteliksel araştırma yöntemleri (Tanımlayıcı ve analitik içerik analizi, Foucault'cu söylem analizi)

İnternet Kullanım ve Dil Becerisi:

Microsoft Office, İnternet, Türkçe and Kürtçe (Çift Anadil), İngilizce (Akıcı), İspanyolca (A1)

Atölye Çalışmalar

1. "On Becoming You – Muslim Queer" 9-31 May 2015. Lambdaistanbul LGBTİ Solidarity Association. (Musab Joshua Atasoy).
2. "HIV Counseling and Test Education Workshop" 9-10 Jan 2017. Global Institute for Health & Human Rights, State University of New York at Albany, and Şişli Municipality. (Dr. Arash Alaei)
3. "Sınırlar / Borders" 3P Güz Okulu, 08 – 09 Eylül 2018, A&B Düşünce Atölyesi. Burhanettin Kaya.
4. "1. LGBTİ Ruh Sağlığı Sempozyumu" 5-6 Aralık 2015, CETAD – Lambda Ruh Sağlığı Komisyonu

Kitap Bölümleri

İşık, Y. (2017). Savaş ortamındaki çocuğun durumu. *Çocuk Hakları Çalışmaları I (Kitabın içinde)* Ed. Elçin, E. G. & Arıdemir, A. G. İstanbul: On iki levha.