

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERDE SAĞLIK ANKSİYETESİNİN
YAŞAM KALİTESİ VE PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİKLE
İLİŞKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. NAZIM YILDIZ

TEZ DANIŞMANI:
PROF. DR. NEŞE KOCABAŞOĞLU

İSTANBUL

2018



Bu tez çalışması Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca onaylanmıştır.
(19/10/2017 67665420—604.01.01-391312 sayılı yazı ile)

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tüm bilgisini ve deneyimini bizleri eğitmek için büyük bir özveriyle paylaşan ve eğitimimin sonunda fakülte olarak geçtiğimiz zor dönemde iyi insan, iyi eğitici, iyi hekim olmanın gerekliliklerini tekrar öğreten saygıdeğer hocam CTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Alaattin Duran'a;

Tez süresince desteğini hiç esirgemeyen danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu'na;

Uzmanlık eğitimim boyunca deneyimlerinden yararlandığım üzerimdeki emekleri büyük olan tüm hocalarıma ve uzmanlarıma;

Tez için örneklem oluşturmamı sağlayan, hastalara erişimimi kolaylaştıran yardımcı danışmanım, ablam Doç. Dr. Bilgül Mete'ye;

Süreci daha kolay, daha keyifli, verimli hale getiren, emekleriyle yaşantımı kolaylaştıran tüm hekim dostlarıma, ayrıca Dr. Tarık Sağlam'a, Dr. Eser Aydın'a, Dr. Ömer Aydın'a;

Kliniği emekleriyle güzelleştiren işçi, memur, hemşire tüm çalışma arkadaşlarıma;

Tezi en az benim kadar sahiplenerek verileri toplamama yardım eden, yorucu süreci sağlıklı bir şekilde atlatmamı sağlayan Stj. Dr. Utku Nayki'ye;

Çalışmaya katılan tüm hastalarıma; erişimimi kolaylaştıran Pozitif Yaşam Derneği'ne;

Tüm eğitimim süresince hiçbir aşamada desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda duran ve tüm birikimimi borçlu olduğum, aslında bana hayatı öğretmiş olan sevgili annem ve babam Fatma ve Mürsel Yıldız'a;

Yol arkadaşım, can dostum, biricik kardeşim Hikmet Dersim Yıldız'a;

Herkesten çok beni büyüten, okuma-yazma bilmediği halde bana okumayı öğreten, hekimlik aşkını içime nakşeden sevgili anneannem Sultan Şenol'a;

emeklerinin karşılığını herhangi bir şekilde ödeyemeyecek olsam da teşekkürü bir borç bilirim...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. HIV ve AIDS'in tanımı, kısa tarihi, epidemiyolojisi, HIV tanısının koyulması ve tedavi seçenekleri	3
2.1.1. HIV'in tanımı ve tarihçesi, AIDS'in tanımı	3
2.1.2. HIV epidemiyolojisi	5
2.1.3. HIV tanısının koyulması ve tedavi seçenekleri	11
2.2. HIV ile ilişkili psikiyatrik tablolar	13
2.3. Sağlık anksiyetesi kavramı, HIV ve sağlık anksiyetesi	15
2.3.1 Sağlık anksiyetesi kavramı	15
2.3.2. HIV ve sağlık anksiyetesi	20
2.4. Yaşam kalitesi kavramı, HIV ve yaşam kalitesi	21
2.4.1 Yaşam kalitesi kavramı	21
2.4.2. HIV ve yaşam kalitesi	23
2.4. Psikososyal işlevsellik kavramı, HIV ve psikososyal işlevsellik	24
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	26
3.1. Çalışma evreni, dahil edilme ve dışlanma ölçütleri	26
3.1.1. Çalışma evreni	26
3.1.2. Dahil edilme ve dışlanma ölçütleri	26
3.2. Değerlendirmede kullanılan gereçler	28
3.2.1. Aydınlatılmış onam formu	28
3.2.2. Sosyodemografik veri formu	29
3.2.3. Genel Sağlık Anketi	29

3.2.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği.....	29
3.2.5. Kısa Form-36 (SF-36).....	30
3.2.6. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ).....	31
3.2.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	32
3.2.8 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	32
3.2.9. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV) .	32
3.3. Çalışmanın aşamaları	33
3.4. İstatistiksel incelemeler.....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Genel sosyodemografik veriler ve HIV grubunun sosyodemografik verileri.....	34
4.2. HIV grubu ile Tip-I DM grubunun karşılaştırılması	37
4.3. HIV grubu ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılması.....	40
4.4 HIV grubunda saptanan verilerin birbirleri ile ilişkisi.....	44
4.4. Korelasyon çalışmaları.....	50
5. TARTIŞMA.....	54
5.1. Bulguların yorumlanması ve tartışılması.....	54
5.2. Çalışmanın kısıtlılıkları ve üstünlükleri.....	62
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	64
KAYNAKÇA.....	66
EKLER	86
EK-1.....	86
EK-2.....	89
EK-3.....	92
EK-4.....	94
EK-5.....	96
EK-6.....	99
EK-7.....	101
EK-8.....	102
EK-9.....	103

KISALTMALAR

HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
MSS	: Merkezi sinir sistemi
ELISA	: Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
CYBH	: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
NRTI	: Nükleozid revers transkriptaz inhibitörü
NNRTI	: Non- Nükleozid revers transkriptaz inhibitörü
PI	: Proteaz inhibitörü
INSTI	: Integraz Strand Transferaz inhibitörü
UNAIDS	: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
GSA	: Genel Sağlık Anketi
SUKDÖ	: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği
SF-36	: Short Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
CD4+ T lenfosit:	Cluster of differentiation 4 pozitif yardımcı T lenfosit
DSM-IV	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition
DSM-5	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition

TABLO LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Bölgesel HIV ve AIDS İstatistikleri.....	6
Tablo 2. Türkiye’de yıllara göre HIV ve AIDS vaka sayısı	9
Tablo 3. Türkiye’deki HIV/AIDS vakalarının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı.	10
Tablo 4. Türkiye’de bildirilen bulaş yolları ve yüzdeler dağılımları.....	11
Tablo 5. DSM-5’te Somatik Belirti Bozukluğu ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu.....	16
Tablo 6. SF-36 Türk toplumu standartları	31
Tablo 7. Tüm grubun genel özellikleri	34
Tablo 8. HIV grubunun sosyodemografik özellikleri	35
Tablo 9. HIV grubunun bazı klinik özellikleri	36
Tablo 10. HIV ve Tip-I DM grubunun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması.....	37
Tablo 11. HIV ve Tip-I DM grubunun klinik özelliklerinin karşılaştırılması	38
Tablo 12. HIV ve DM gruplarının çeşitli klinik ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 13. HIV ve DM gruplarının yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması	39
Tablo 14. Sosyodemografik verilere göre HIV ve sağlıklı kontrol gruplarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 15. HIV grubu ve sağlıklı kontrol grubunun bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması.....	41
Tablo 16. HIV grubuyla sağlıklı kontrol gruplarının ölçek skorlarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 17. HIV grubu ve sağlıklı kontrol gruplarının SF-36 altölçek skorlarının karşılaştırılması	43
Tablo 18. Cinsiyete göre HIV grubunda karşılaştırmalar.....	44
Tablo 19. Medeni duruma göre HIV grubunda karşılaştırmalar	45
Tablo 20. Çalışma durumuna göre bireyler arasındaki farklar	46
Tablo 21. Bildirilen bulaş yoluna göre karşılaştırmalar	47
Tablo 22. Yakınlarına açılma durumuna göre farklar)	48
Tablo 23. Psikiyatrik destek alan ve almayan grubun karşılaştırılması.....	49
Tablo 24. HIV’den önce başlayan ve sonra başlayan psikiyatrik desteğe göre grupların incelenmesi	50

Tablo 25. HIV grubunda CD4+ T lenfosit sayısı ve sağlık anksiyetesi skorlarının GSA, BDÖ, BAÖ, SUKDÖ ile korelasyonu	51
Tablo 26. HIV grubunda CD4+ T lenfosit sayısı ve sağlık anksiyetesi skorlarının yaşam kalitesi altölçekleri ile korelasyonu	51
Tablo 27. Tip-I DM grubunda HbA1c ve sağlık anksiyetesinin GSA, BDÖ, BAÖ ve SUKDÖ ile korelasyonu	52
Tablo 28. Tip-I DM grubunda HbA1c ve sağlık anksiyetesinin SF-36 yaşam kalitesi altölçekleri ile korelasyonu	52
Tablo 29. Sağlıklı grupta sağlık anksiyetesi ile GSA, BDÖ, BAÖ ve SUKDÖ arasındaki korelasyon	53
Tablo 30. Sağlıklı grupta sağlık anksiyetesi ile SF-36 yaşam kalitesi altölçek skorları arasındaki korelasyon)	53

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil 1. HIV-1 virüsünün temel yapısı	3
Şekil 2. Yıllar içinde HIV/AIDS'e bağlı ölüm sayısında azalma	6
Şekil 3. Yıllara göre tedavi alan birey yüzdesi	7
Şekil 4. Yıllara göre yeni tanı alan birey sayısı	7
Şekil 5. 2015 yılında yeni tanı alan bireyler arasındaki kilit gruplar	8
Şekil 6. Türkiye'de standart tanı algoritması	12
Şekil 7. Sağlık anksiyetesinden hipokondriyazise- bilişsel davranışçı model	18
Şekil 8. HIV grubunun bildirdiği bulaş şekli	36
Şekil 9. Psikiyatrik destek varlığı ve ne zaman başlandığına yönelik grafik	36
Şekil 10. HIV grubunda aktif psikiyatrik tedavi alanlarda tanılar	37
Şekil 11. HIV ve DM gruplarının anlamlı fark gösteren ölçek skorlarının grafikleri	39
Şekil 12. HIV ve DM gruplarının SF-36 altölçek skorlarının grafikleri	40
Şekil 13. HIV ve sağlıklı kontrol gruplarının ölçek skorlarının grafikleri	42
Şekil 14. HIV grubu ve sağlıklı kontrol gruplarının SF-36 altölçek skorlarının grafikleri.....	43

ÖZET

Amaç: HIV, doğası gereği immün işlevlerde azalma ile ilişkilendirilen ve kronik seyir gösteren bir viral ajandır. CD4+ T lenfosit sayımlarının alındığı birkaç aylık periyodlarla takip edilen ve ömür boyu ilaç kullanmak zorunda olan hastalar bu süreci yorucu ve yıpratıcı olarak tariflemektedirler. Bu özellikleri itibarıyla HIV’le yaşayan bireyler sıklıkla vücutlarındaki değişiklikleri habıs ya da selim ayrımı yapmaksızın HIV’e atfedebilmektedirler. Bu yanıyla sağlık anksiyetesinin bu bireylerde yüksek olabileceği ve bu klinik durumun psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada HIV’le yaşayan bireylerde sağlık anksiyetesi seviyelerini belirlemeyi ve bunun yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellikle ilişkisini belirlemeyi amaçlamaktayız.

Yöntem: Çalışma kapsamında HIV’le yaşayan bireyler dışında kontrol grubu olarak Tip-I DM ve sağlıklı bireylerle görüşüldü. Görüşmelerde çalışmaya katılanlara sosyodemografik veri formu verildi. CD4+ T lenfosit ve HbA1C değerleri öğrenildi. Ardından dahil olma kriterlerini karşılayan bireylere Genel Sağlık Anketi, Sağlık Anksiyetesi Envanteri (kısa versiyon), Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Formu, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği verildi. Gerekli istatistiki çalışmalarla ölçek skorları gruplar arasında karşılaştırıldı ve HIV grubu içinde korelasyon incelemeleri yapıldı.

Bulgular: Yapılan analizler sonucunda sağlık anksiyetesi düzeylerinin HIV grubunda kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu izlendi. SUKDÖ skorları Tip-I DM grubu ile anlamlı farklılık sergilemezken BDÖ, BAÖ, GSA skorları HIV grubunda diğer iki gruba göre anlamlı şekilde daha kötü izlendi. Yaşam kalitesi açısından özellikle sağlıklı kontrollerle HIV grubu arasında anlamlı fark olduğu görüldü. HIV grubundaki grupçi incelemeler çeşitli demografik ve klinik değişkenlerin bu skorlar üzerinde etkili olduğunu gösterdi. Sağlık anksiyetesinin neredeyse tüm psikometrik ölçümlerle korele olduğu, yaşam kalitesinin tüm altölçeklerini etkilediği tespit edildi. Benzer bir bağıntı sağlıklı ve Tip-I DM kontrol gruplarında da izlendi.

Sonuç: Sağlık anksiyetesi hemen her bireyde var olan bir klinik antite olarak kabul edilebilir. HIV ile yaşamanın bunu belirgin arttırdığını, sağlık anksiyetesi yüksek bireylerde ise psikososyal işlevselliğin ve yaşam kalitesinin bozulduğunu gözlemledik.

Gerek psikiyatri uzmanlarının gerekse takibi sürdüren enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının bu sorunla ilgilenmesi HIV’le yaşıyan bireylerin birden çok alanda daha iyi seyretmesini sağlayabilir.

Anahtar sözcükler: Sağlık anksiyetesi, HIV, yaşıam kalitesi, psikososyal işlevsellik, CD4+ T lenfosit

İletişim: nazimyildiz@gmail.com



ABSTRACT

Objective: By nature, HIV is a chronic viral agent associated with a decrease in the immunological function. Patients who are followed up with CD4+ T lymphocyte counts in periods of several months and who have to use lifelong medication, describe the whole process as exhausting and painful. Due to these characteristics, people living with HIV are often inclined to attribute their bodily sensations and changes to HIV without considering those as malign or benign. Thus, it is thought that health anxiety may be high in these individuals and this clinical entity may have an impact on psychosocial functioning and quality of life. In this study, we aim to determine the levels of health anxiety in people living with HIV and to determine its association with quality of life and psychosocial functioning.

Method: People living with HIV, Type-I DM patients and healthy individuals were included in the study, the last two as control groups. Sociodemographic data form was given to participants in the interviews. CD4+ T lymphocytes counts and HbA1C values were obtained. Then, General Health Questionnaire, Health Anxiety Inventory (short version), Social Adaptation Self Evaluation Scale, SF-36 Quality of Life Form, Beck Depression and Beck Anxiety Scale were applied to the subjects who met inclusion criteria. Scale scores were compared among the groups via required statistical studies and correlation studies were conducted within the HIV group.

Results: It was observed that health anxiety levels in HIV group were higher than control groups. The SASS scores were not significantly different than in the Type-I DM group's scores, whereas the BDI, BAI, and GHQ scores were significantly worse in the HIV group than in the other two groups. There was a highly significant difference in the quality of life between healthy controls and HIV group. The group analyzes in the HIV group showed that various demographic and clinical variables have an important effect on these scores. It was determined that health anxiety correlated with almost all psychometric measures, effecting all subscales of quality of life. A similar correlation was observed in healthy control and Type-I DM control groups.

Conclusion: Health anxiety can be considered as a clinical entity that exists in almost every individual. We have observed that people living with HIV have significantly higher levels of it, and that psychosocial functioning and quality of life are

impaired in people with high health anxiety levels. With more attention to pay by psychiatrists or infectious disease specialists in this area, people living with HIV can have a better quality of life or psychosocial functioning.

Keywords: Health anxiety, HIV, quality of life, psychosocial functioning, CD4+ T lymphocyte.

Contact: nazimyildiz@gmail.com



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1981’de Amerika Birleşik Devletleri’nin bazı büyük kentlerinde Pneumocystis jirovecii ve Kaposi Sarkomu olgularında sıradışı bir artışın gözlenmesi üzerine yapılan çalışmalarla ilk kez Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS) tanımlanmıştır (1, 2). Bu sendrom aynı zamanda keşfedilmesiyle beraber 4-H hastalığı olarak da adlandırılmıştır: Homoseksüel, eroin (heroin) kullanıcısı, kan ürünü kullanıcıları (hemoderivatives) ve Haitililer (3). 1983’e gelindiğinde ise bu sendromun sorumlusu olan İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) Gallo ve Montagnier tarafından yönetilen 2 ayrı grup tarafından tanımlanmıştır (4, 5).

Henüz etkeni tanımlanmamışken hastalığın doğasına dair geliştirilen öngörüler/önyargılar ve damgalamanın yanında başlangıçta sınırlı olan tedavi seçenekleri ve hastalığın ölümcül doğası, HIV ile yaşayan bireylerin her dönemde yoğun bir stres altında kalacağını ve çeşitli psikopatolojiler geliştirmeye yatkın olacağını düşündürmüştür (6, 7, 8).

Sağlık anksiyetesi herhangi bir ciddi somatik hastalığa yakalanma veya sahip olma korkusunun işlevselliği düşürecek biçimde kişide bulunması olarak tanımlanabilir (9). DSM-IV’te hipokondriasis olarak tanımlanan bu antite DSM-5’te ise bedensel belirti bozukluğu ve hastalık anksiyetesi bozukluğu olarak yer almaktadır (10, 11).

Kronik hastalıklarda sağlık anksiyetesinin eşlik eden klinik tablo olarak bulunmasının yaşam kalitesinde ve psikososyal işlevsellikte düşüklükle ilişkilendirilebileceğini göstermiş yayınlar mevcuttur (12, 13, 14, 15).

Her ne kadar tedavi ile değişmiş olsa da doğası gereği immün işlevlerde azalma ile ilişkilendirilen ve kronik seyreden HIV enfeksiyonu, klinik pratikte birkaç ay aralıklarla ve düzenli CD4+ T-lenfosit ve viral yük sayımlarıyla izlenmektedir (16). Yoğun hastane takibi ve ömürboyu ilaç kullanım zorunluluğu hastalarca yorucu ve yıpratıcı tanımlanabilmektedir (17).

Bu çalışmanın amacı HIV ile yaşayan bireylerde sağlık anksiyetesinin değerlendirilmesi ve bunun yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellik üzerinde herhangi bir etkisinin olup olmadığının değerlendirilmesidir.

Hipotezimiz ise bu çalışmada kronik ve immün sistemi aksatıcı niteliklerinden ötürü gün içinde bedenlerindeki pek çok değişikliği HIV enfeksiyonuna atfedebileceği düşünülen hasta grubunda sağlık anksiyetesinin yüksek çıkacağına ve bu yüksekliğin aynı zamanda yaşam kalitesini, psikososyal işlevselliği düşüreceğine yönelik olarak kurulmuştur.



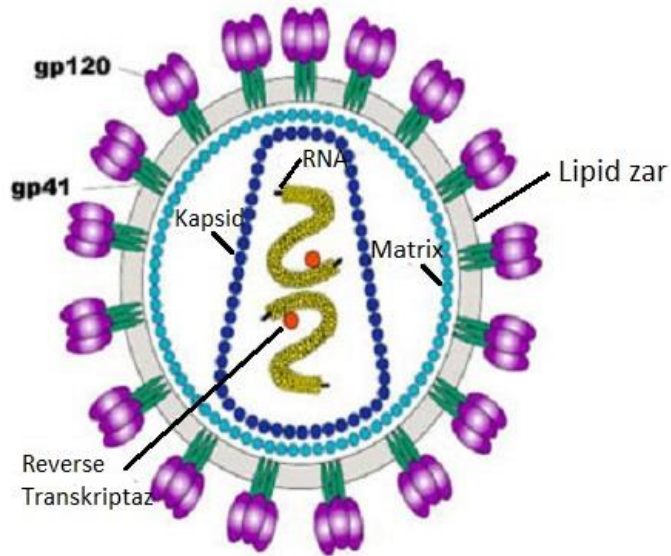
2. GENEL BİLGİLER

2.1. HIV ve AIDS'in tanımı, kısa tarihi, epidemiyolojisi, HIV tanısının koyulması ve tedavi seçenekleri

2.1.1. HIV'in tanımı ve tarihçesi, AIDS'ın tanımı

HIV, Retrovirüs ailesinin Lentivirüs türüne ait zarflı bir RNA virüsüdür. Virüsün kapsidi esas kapsit proteini olan p24, nükleokapsit protein p7/p9, iki kopya olarak tek sarmallı, pozitif heliks yapısında RNA, revers transkriptaz, integraz ve proteaz enzimlerinden meydana sahiptir gelir. Bu kapsidin etrafında konak hücreye ait olan hücre zarından edinilmiş bir zarf bulunmaktadır. Kapsit ve zarf arasında konak çekirdekteki çift iplikli DNA ile ilişki sonlandıktan sonra virüsün toplanmasını sağlayan matriks proteini p17 bulunmaktadır. Ayrıca konak hücreye bağlanmayı sağlayan gp120 ve füzyondan sorumlu gp41 gibi yüzey proteinleri de içermektedir(18, 19). Bilinen 2 tipi vardır: HIV-1 ve HIV-2. HIV-1 global düzeyde enfeksiyon yaratırken HIV-2 neredeyse tamamen Batı Afrika'daki endemiden sorumludur. HIV-1 daha virülan ve enfektiftir (20). Şekil 1'de virüsün temel yapısı görülebilir (21).

HIV-1 virüsünün temel yapısı



Şekil 1. HIV-1 virüsünün temel yapısı (21)

Tedavi edilmediği takdirde HIV'le enfekte bireylerin ortalama 9-11 yıl arasında öldüğü bilinmektedir (22). Çoğu vakada cinsel yolla bulaşan HIV'in bundan başka kan yoluyla (kan transfüzyonu, kan ürünlerinin kullanımı), HIV ile yaşayan anneden rahimde ya da doğumla ya da süt emmekle de bulaşabildiği bilinmektedir (23, 24, 25).

HIV vücut sıvılarında serbest viral partiküller olarak bulunabildiği gibi enfekte ettiği immün hücreler içinde de olabilir. Bu hücreler arasında yardımcı T-lenfositler, özellikle CD4+ T lenfositler, makrofajlar ve merkezi sinir sisteminde (MSS) dendritik hücreler bulunmaktadır (26). HIV vücuda girdiğinde çeşitli mekanizmalarla CD4+ T lenfositlerin sayısını azaltarak etki eder. Bu azalma belli bir kritik düzeyin altına indiğinde hücre aracılı bağışıklık fonksiyonu bozulur ve vücut fırsatçı enfeksiyonlara ve malignitelere daha açık hale gelir (27). Bu aşamada artık AIDS'ten bahsetmek mümkündür.

HIV ile bulaş gerçekleştiğinde akut HIV dönemi ya da primer HIV dönemi ya da akut retroviral sendrom denen ilk periyod başlar (28). Ateş, büyümüş hassas lenf nodları, farengal inflamasyon, kızarıklık, baş ağrısı, yaygın vücut ağrısı, yorgunluk, ağız veya genital bölgede uçuk, kusma, ishal, nedeni bilinmeyen ateş ve nadiren de Guillain-Barré sendromu gelişebilir (28, 29). Genelde birkaç hafta sürer ve gerileyerek yerini latent klinik döneme bırakır. Bu dönem asemptomatik HIV ya da kronik HIV periyodu olarak da bilinir. Genelde semptomların olmadığı bu dönem 3 ila 20 yıl arasında sürebilir (ortalama 8 yıl) ve bu dönemin sonuna doğru ateş, kilo kaybı, kas ağrıları ve kronik ishal izlenebilir (30, 31). Tedavisiz olgular genelde 10 yıl içinde AIDS'e ilerler ve bu son dönemde Pneumocystis pnömonisi, aşırı kilo kaybı ve kas zafiyetleri ile karakterize HIV-tükenmişlik sendromu, tekrarlayan farenjit, özofageal kandidiyazis, başka fırsatçı enfeksiyonlar, kronik ishal, Kaposi sarkomu, Burkitt lenfoma ve benzer maligniteler izlenebilir (32, 33). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) önerdiği tam sınıflama şu şekildedir:

Primer HIV enfeksiyonu: Asemptomatik olabilir ya da akut retroviral sendrom bulguları izlenebilir. Influenza benzeri tablo hakim olabilir (34).

Evre I: HIV enfeksiyonu asemptomatiktir. CD4+ T lenfosit sayısı mikrolitrede 500'ün üzerindedir. Bazen yaygın lenfadenomegali izlenebilir (34).

Evre II: Hafif şiddetteki semptomlarla karakterizedir. Minör mukokutanöz semptomlar görülebilir, makülopapüler döküntüler olabilir. Tekrarlaya üst solunum yolu enfeksiyonları izlenebilir. CD4+ T lenfosit sayısı mikrolitrede 500'ün altına düşmüştür (34).

Evre III: Açıklanamayan kronik ishal, tüberküloz gibi bakteri enfeksiyonları, paraziter hastalıklar izlenebilir. CD4+ T lenfosit sayısı mikrolitrede 350'nin altına düşmüştür (34).

Evre IV/AIDS: Beyinde toxoplazmoz, özofageal ya da pulmoner kandidiyazis, Kaposi sarkomu gibi ciddi ve genel toplumda sık izlenmeyen klinik tabloların görülmeye başladığı evredir. CD4+ T lenfosit sayısı mikrolitrede 200'ün altına inmiştir (34).

AIDS ilk kez 1981'de Amerika Birleşik Devletleri'nde bildirildi. Özellikle büyük şehirlerde ortaya çıkan tablo genç erkek eşcinsel hastaların ve göçmenlerin Pneumocystis carinii pnömosi, Kaposi sarkomu, kaşeksi, lenfadenopati, immün yetersizlikle bağdaşan bazı hastalık bulguları gibi tablolara başvurmaları üzerine 4-H sendromu olarak tariflendi (2, 3). 4-H, Haiti göçmeni, homoseksüel, eroin kullanıcısı (İngilizce "heroin") ve hemoderive kullanıcıları (hemofilikler gibi) olarak tanımlandı. Süreç içinde eşcinsel olmayan, damar içi madde kullanmayan bireylerde de tablonun görülmesi üzerine 1982'de 4-H hastalığı yerine AIDS adı kullanılmaya başlanmıştır (35).

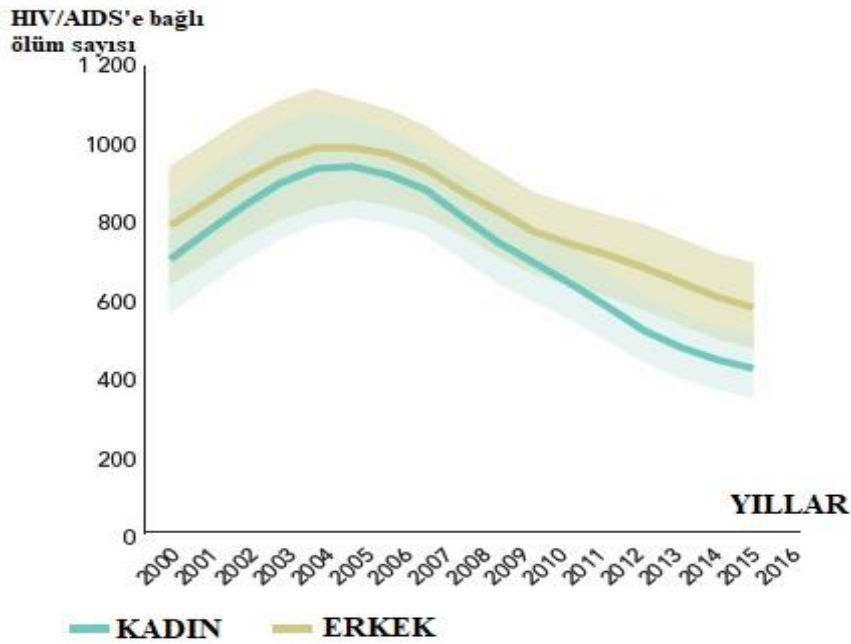
2.1.2. HIV epidemiyolojisi

Birleşmiş Milletler çatısı altında bağımsız olarak çalışan sivil toplum kuruluşu UNAIDS'in 2017'de yayınladığı ve 2016'nın kesin verilerini içeren son rapora göre dünyada 36,7 milyon insan HIV ile yaşamaktadır; yaklaşık 2,1 milyonu 15 yaş altındaki çocuklardır ve 17,8 milyonu 15 yaş üstü kadınlardan oluşmaktadır. 2016 yılı içinde yeni tanı alan 1,8 milyon birey vardır. Yine aynı yıl içinde 1,1 milyon insan hayatını HIV/AIDS ve ilişkili komplikasyonlar sebebiyle yitirmiştir. Her gün 5000 yeni tanı konulmaktadır ve bunların yüzde 64'ü Sahra-altı Afrika ülkelerindedir-Tablo1 (36).

Tablo 1. Bölgesel HIV ve AİDS İstatistikleri (36)

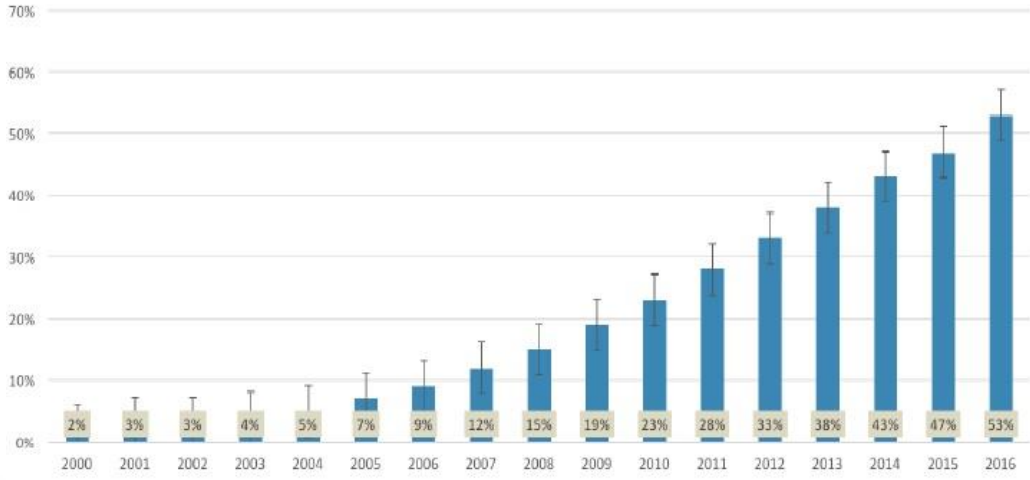
BÖLGESEL HIV ve AIDS İSTATİSTİKLERİ 2016			
	HIV ile yaşayan erişkin ve çocuklar	HIV ile yeni enfekte olmuş erişkin ve çocuklar	AIDS'e bağlı erişkin ve çocuk ölümleri
Doğu ve Güney Afrika	19.4 million [17.8 million–21.1 million]	790 000 [710 000–870 000]	420 000 [350 000–610 000]
Batı ve Orta Afrika	6.1 million [4.9 million–7.6 million]	370 000 [270 000–490 000]	310 000 [220 000–400 000]
Ortadoğu ve Kuzey Afrika	230 000 [160 000–380 000]	18 000 [11 000–39 000]	11 000 [7 700–19 000]
Asya ve Pasifik ülkeleri	5.1 million [3.9 million–7.2 million]	270 000 [190 000–370 000]	170 000 [130 000–220 000]
Latin Amerika ülkeleri	1.8 million [1.4 million–2.1 million]	97 000 [79 000–120 000]	36 000 [28 000–46 000]
Karayip ülkeleri	310 000 [280 000–350 000]	18 000 [15 000–22 000]	9400 [7300–12 000]
Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkeleri	1.6 million [1.4 million–1.7 million]	190 000 [160 000–220 000]	40 000 [32 000–49 000]
Batı ve Orta Avrupa ülkeleri ve Kuzey Amerika	2.1 million [2.0 million–2.3 million]	73 000 [69 000–79 000]	18 000 [15 000–20 000]
TOPLAM	36.7 million [30.8 million–42.9 million]	1.8 million [1.6 million–2.1 million]	1.0 million [830 000–1.2 million]

Yine UNAIDS'in aynı raporundaki verilere göre yıllar içinde HIV'e bağlı ölüm sayısı azalmıştır. UNAIDS bunu tedavi altına alınan birey sayısındaki artışa bağlamaktadır. Bunun yanında belirgin bir neden gösterilememekle beraber enfeksiyonun yayılma hızı global ölçekte azalmaktadır. Son raporda yeni HIV tanısı alan bireylerin özelliklerine bakıldığında kilit gruplar olduğu göze çarpmaktadır (Şekil 2, Şekil 3, Şekil 4, Şekil 5) (36).



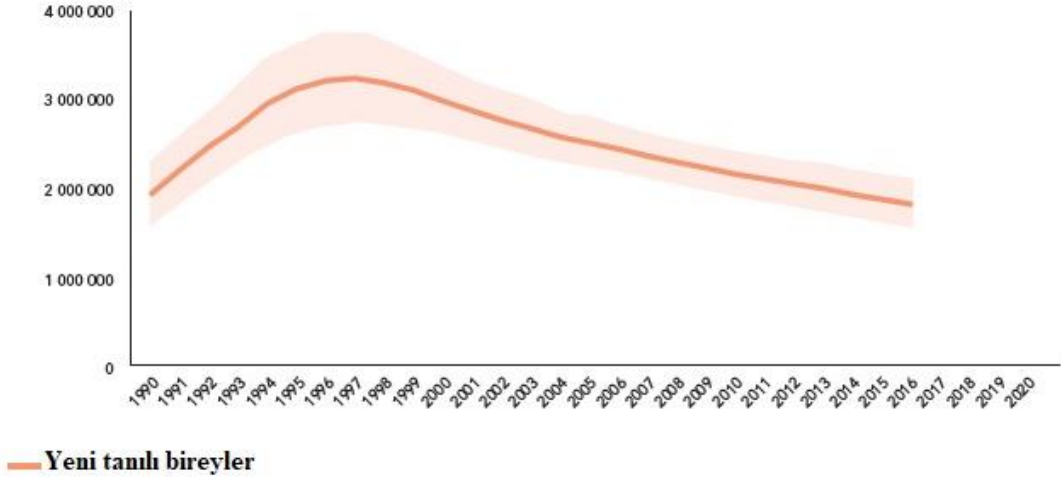
Şekil 2. Yıllar içinde HIV/AIDS'e bağlı ölüm sayısında azalma (36)

Yıllara göre tedavi altında olan birey yüzdeleri



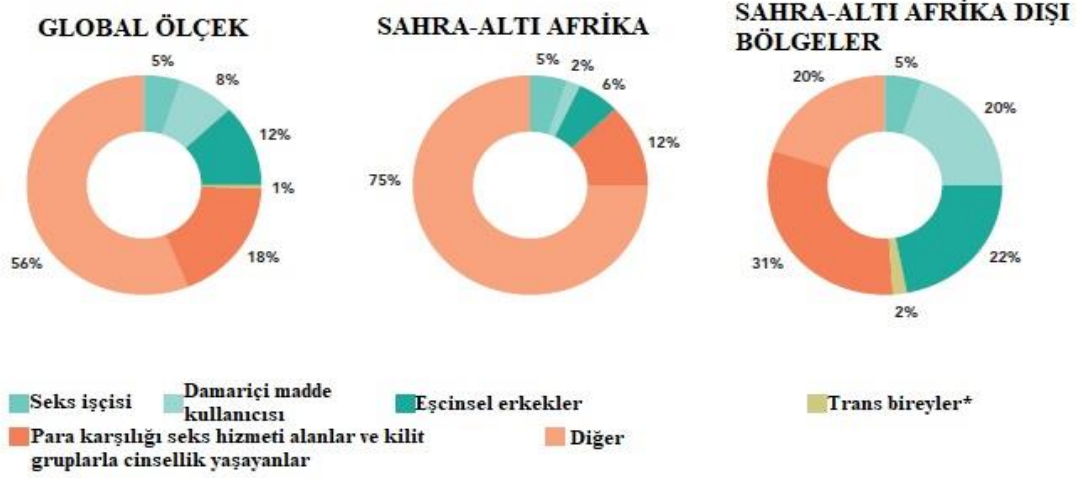
Şekil 3. Yıllara göre tedavi alan birey yüzdesi (36)

Yeni HIV tanısı alanların yıllara göre değişimi



Şekil 4. Yıllara göre yeni tanı alan birey sayısı (36)

Yeni tanı alan bireyler: Kilit gruplar



2015 yılına ait yeni tanı alan bireylerin özellikleri

*: Sadece Karayipler, Latin Amerika, Asya ve Pasifik ülkelerinin verilerini yansıtır

Şekil 5. 2015 yılında yeni tanı alan bireyler arasındaki kilit gruplar (36)

Ne yazık ki Türkiye UNAIDS raporlarında ülke bazındaki istatistiklere katkı sağlayamamaktadır. Ancak Türkiye’de HIV/AIDS bildirimini zorunlu hastalıklar/enfeksiyonlar arasındadır ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı Zührevi Hastalıklar Birimi’nin istatistikleri mevcuttur. Bu istatistiklere göre ilk HIV/AIDS vakasının görüldüğü 1985 yılından 2016 yılı sonuna dek Türkiye’de 14696 vaka kaydedilmiştir; bunlar arasında 1537 vaka AIDS tanısı almıştır. 2016 yılı içinde 2470 HIV ve 103 AIDS vakası eklenmiştir (Tablo 2) (37).

Tablo 2. Türkiye’de yıllara göre HIV ve AIDS vaka sayısı (37)

YILLAR	HIV(+)	AIDS	TOPLAM
1985	0	3	3
1986	2	1	3
1987	34	8	42
1988	21	11	32
1989	22	11	33
1990	24	13	37
1991	27	24	51
1992	40	31	71
1993	47	34	81
1994	49	37	86
1995	59	29	88
1996	96	35	131
1997	97	38	135
1998	84	41	125
1999	98	29	125
2000	116	45	161
2001	141	44	185
2002	140	41	181
2003	138	46	184
2004	178	59	237
2005	253	48	301
2006	260	44	304
2007	351	24	375
2008	397	53	450
2009	459	67	526
2010	529	73	602
2011	647	77	724
2012	981	95	1076
2013	1306	101	1407
2014	1895	131	2026
2015	2128	118	2246
2016*	2470	103	2573
TOPLAM	13158	1537	14696

Dünyada azalmakta olan yeni tanıli vaka sayısı konusunda ülkemiz için aynı şeyi söyleyebilmek mümkün değildir. Yukarıdaki sayılara bakıldığında 2010-2016 yılları arasında HIV’le yaşayan birey sayısında yüzde 427’lik bir artış göze çarpmaktadır. Yaşa ve cinsiyet dağılımı Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Türkiye’deki HIV/AIDS vakalarının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı.

YAŞ GRUBU	ERKEK	KADIN	TOPLAM VAKA
0	44	25	69
1-4	32	30	62
5-9	17	10	27
10-14	16	12	28
15-19	194	85	279
20-24	1274	428	1702
25-29	1939	595	2534
30-34	1994	576	2570
35-39	1682	422	2104
40-44	1274	301	1575
45-49	1042	204	1246
50-54	719	176	895
55-59	519	138	657
60-64	303	71	374
65 yaş ve üstü	298	70	368
Bilinmeyen	144	61	205
TOPLAM	11491	3204	14695

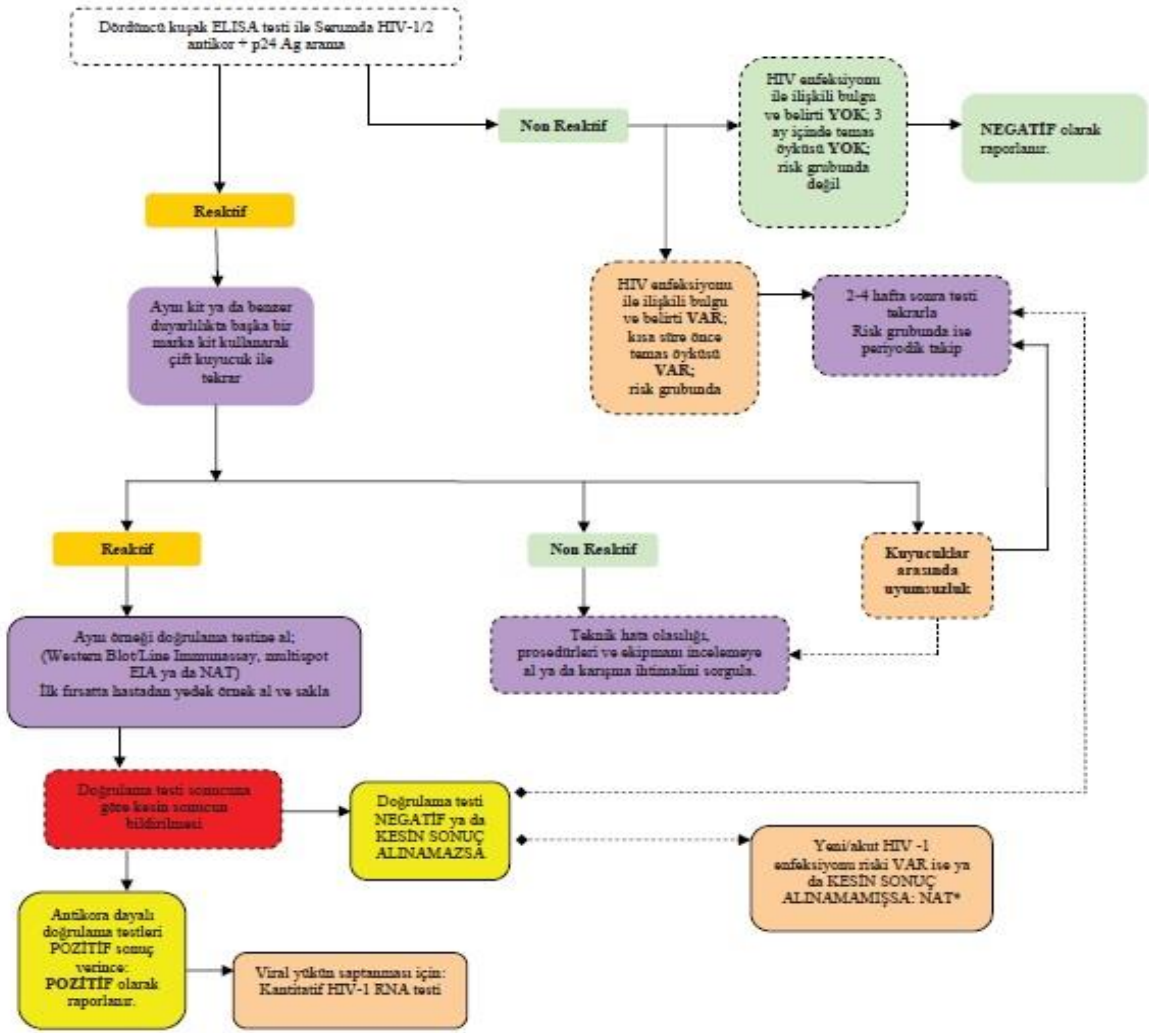
Tablo incelendiğinde en fazla vakanın 25-39 yaş arasında olduğu görülmektedir. Erkek-kadın oranı ise 3,58 olarak izlenmektedir. Yine bu istatistiki veriler hastaların verdiği bilgilere göre bulaş yollarını Tablo 4’deki gibi sunmaktadır.

Tablo 4. Türkiye’de bildirilen bulaş yolları ve yüzdelik dağılımları (37)

OLASI BULAŞMA YOLU		YÜZDE
Heteroseksüel cinsel ilişki	5371	% 36.5
Homoseksüel/biseksüel cinsel ilişki	1930	% 13.1
Damar içi madde bağımlılığı	227	% 1.5
Anneden bebeğe geçiş	142	% 0.9
Hemofili hastaları	20	% 0.2
Kan ve kan ürünleri transfüzyonu	90	% 0.6
Nozokomiyal bulaşma	63	% 0.4
Homoseksüel/biseksüel+madde bağımlılığı	20	% 0.2
Bilinmeyen	6872	% 46.7
TOPLAM	14695	

2.1.3. HIV tanısının koyulması ve tedavi seçenekleri

Türkiye’de uygulanan standart algoritma tanı ve tarama testi olarak dördüncü kuşak ELISA formatındaki kitler ve uygulamalar kullanılmaktadır. Bu incelemede kişiden alınan serumda HIV-1 ve 2 için antikor ve p24 antijeni aranır. Alınan örnek reaktivite göstermezse ve kişide HIV varlığını düşündürecek bulgu, risk faktörü ya da riskli temas yoksa negatif raporlanabilir. Sonuç negatif olsa dahi olası kısa süre önceki şüpheli temas öyküsü ya da HIV bulgusu varlığında test 2-4 hafta içinde tekrar edilmelidir. Tekrar negatiflik durumunda kesin negatif sonuç bildirim için 3. ay kontrolü beklenebilir. Şayet reaktif bir örnek mevcutsa aynı tüpteki ilk serum örneği aynı ya da başka bir kit ile çift kuyucuk içinde tekrar test edilir ve yeniden pozitif bulunması halinde doğrulama aşamasına geçilir. Bu aşamada kişiden yedek bir tüp kan alınır ve doğrulama için hem orijinal örnek hem de yedek tüpte ELISA testi kullanılır ve pozitif ise bu şekilde raporlanır. Doğrulamanın yapılacağı merkezin imkanları doğrultusunda Western Blot, line immunoassay, multispot enzim immunoassay gibi antikora dayalı testler ya da viral RNA’yı saptamaya yönelik nükleik asit tarama yöntemleri uygulanabilir (38) (Şekil 6).



Şekil 6. Türkiye’de standart tanı algoritması (38)

Tedaviden önce tam bir fizik muayene uygulanmalı, ilaç ve alerjisi öyküsü alınmalı, soygeçmiş ve sosyal öykü sorgulanmalıdır. Laboratuvar çalışması olarak CD4+ T lenfosit sayımı, plazma HIV-RNA düzeyi, HIV direnç testleri, tam kan sayımı, geniş biyokimya paneli, tüberküloz tarama testleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), Toxoplasma gondii, viral hepatit işaretçileri, Herpes virüs taramaları, eşlik eden hipertansiyon vb. hastalıklar, kanser taramaları, kemik mineral dansitesi ölçümleri istenmelidir. Yine CD4+ T lenfosit sayısı 200’ün üzerinde ise ya da tedavi başladıktan sonra bu düzey yakalanırsa mutlaka Hepatit A, Hepatit B, Human Papillomavirus, mevsimsel Influenza, Varisella ve pnömokok aşılıları rehber önerilerine göre uygulanmalıdır (38).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve bazı yurtdışı kaynaklı rehberlere göre mm³'te 500'ün üzerindeki CD4+ T lenfosit sayısına sahip olan hastalarda tedavi başlanması ertelenebileceği gibi hastanın koşulları göz önünde bulundurularak başlama kararı da alınabilir. Bu koşullar arasında yılda mm³'te 100'den fazla CD4+ T lenfosit azalması, viral yükün 100 bin kopyadan fazla olması, yaşın 50'nin üzerinde olması, kronik hepatit B veya C enfeksiyonlarının varlığı, böbrek hastalığı, yüksek kardiyovasküler risk, fırsatçı hastalık varlığı, gebelik, malignite varlığı, serolojik olarak HIV negatif eşe sahip olma bulunmaktadır. CD4+ T lenfosit sayısının mm³'te 200-350 arasında olması durumunda tedavi başlamanın faydalı olacağı, 200'ün altında olduğu durumlarda ise derhal tedavi başlanmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (38, 39). Ancak bunun yanında literatürde tedavinin CD4+ T lenfosit sayısından bağımsız olarak mümkün olduğunca erken başlandığında HIV'e bağlı komplikasyonların ve AIDS'e gidişin belirgin olarak azalacağına, virüs yayılımının da kandaki kopya sayısının azalmasına paralel olarak azalacağına yönelik çokça çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmalar da mm³'te 350'yi tedavi için en düşük sınır olarak vermektedir (40, 41, 42).

Tedavi algoritmasına bakıldığında ilk seçenek olarak nükleozid revers transkriptaz inhibitörü (NRTI) ve non-nükleozid revers transkriptaz inhibitörü kombinasyonu (NNRTI) ya da NRTI ve proteaz inhibitörü (PI) ya da NRTI ve integras inhibitörü (INSTI) kullanılmaktadır. Bu ajanların başlanmasından evvel HIV'in direnç testlerinin uygulanması önerilmektedir. Mutad olarak genelde üçlü ya da dördü kombinasyon kullanılmaktadır (38, 43, 44).

2.2. HIV ile ilişkili psikiyatrik tablolar

HIV'in gerek biyolojik etkileri, gerek toplum tarafından algılanışı sebebiyle yarattığı kötü etiket etkisi, gerekse de kişinin içselleştirdiği olumsuz atıflar sebebiyle sıklıkla çeşitli psikiyatrik hastalıkların HIV'le yaşayan bireyde komorbid olarak bulunduğunu görmekteyiz (45). İnsanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğu düşünüldüğünde üç alanın da HIV ile ilişkili psikopatolojilere açık olduğu söylenebilir. Psikolojik açıdan bakıldığında Lewis 1998 tarihli makalesinde kronik bir hastalığa sahip olma fikrinin hastalığın kendisinden daha yıkıcı olabileceğini belirtmiştir (46). Bu bağlamda HIV tanısı almanın ve HIV'le yaşamının benzer reaksiyonlar yaratabileceğini düşünen bazı araştırmacılar da HIV'in psikolojik etkilerini gözlemlemek için yaptıkları

çalışmalarda tipik tepkilerin, çok, suisidal fikirlerin günyüzüne çıkması, maladaptif davranışlarda artış, acı dolu bir lme dair zihinsel imajlarda artış, sosyal ve fiziksel ölümün gerçekleştiğine dair fikirlerin oluşması olarak bulmuşlardır (47, 48, 49). Galvan ve arkadaşlarının 2011’de yaptıkları araştırmaya göre HIV ile yaşayan ve buna yönelik tedavi alan bireylerin en az yüzde 48’i psikiyatrik tanı almaya yetecek psikiyatrik semptomu gösterdi; alkol ve madde bağımlılığı dışlandığında dahi bu sayı yüzde 34.9’un altına düşmüyordu (50). Yine tanının ncelenmediği ve semptom taraması yapılmış bir diğer çalışmanın da psikiyatrik komorbidite oranını yüzde 52 olarak verdiği görülmektedir (51). Literatürdeki mevcut çalışmalar tüm bu psikiyatrik komorbiditeler arasında anksiyete bozukluklarını ve depresif bozuklukları önplana çıkarmaktadır. Katmanlandırılmış ya da belirli gruplarla yapılmış çalışmalar bu oranları aşağı çekmemektedir: Örneğin Morrison ve arkadaşlarının 2002’de yayınladıkları çalışmada HIV ile yaşayan kadınlarda depresif bozukluklar ve anksiyetenin genel topluma göre 2-4 kat kadar yüksek izlendiği görülmektedir (52). Hindistan’da yapılmış bir diğer çalışmada ise sadece heteroseksüel bireylerin dahil edildiği çalışma grubunun sırasıyla yüzde 40’ının orta depresif epizod ya da majör depresif epizod tanısı aldığı, yüzde 36’sının ise anksiyeteye yönelik ölçeklerde kesme değerinin üzerinde kaldığı ve sıklıkla yaygın anksiyete bozukluğu tanısını alabildikleri görülmektedir (53). 2001’de yapılmış 2596 kişilik HIV pozitif, negatif, kadın, erkek ve farklı cinsel yönelimler gösteren eşantiyon kitlenin alındığı bir meta-analizde ise majör depresyon açısından HIV ile enfekte yaşamanın rölatif riski 1.99 kat arttırdığı izlenmiştir (54).

HIV ile yaşayan bir bireyi sosyal anlamda en fazla zorlayacak antitelerin başında toplumsal ya da iselleştirilmış stigmatizasyon gelmektedir (55, 56). Başlangıçta 4-H hastalığı olarak lanse edilmesinin bundan payı olduğu düşünülebilir. Sonuçta pek çok farklı alışma HIV’le yaşayan bireylere karşı olumsuz bir etiketlenmenin olduğunu göstermektedir, bunun yanında bu etiketlenmenin zamanla içselleştirildiğini ve hastaların kendi kendilerini etiketleyebildiklerini görmekteyiz (57, 58). Bunun bazı psikopatlojilerin sıklığını ve şiddetini arttırdığını söyleyebiliriz: Türkiye’de daha önce 71 hasta ile yaptığımız çalışmada grubun ortalama Beck Depresyon Envanteri skoru 16.9 ± 10.9 , Beck Anksiyete Envanteri skoru 16.5 ± 11.2 bulunmuştu, aynı çalışmada bu sonuçlar iselleştirilmış stigmatizasyon skorlarıyla pozitif korelasyon göstermekteydi ve her iki skor da orta düzeyde depresyon ve anksiyete ile uyumlu görünmekteydi (59).

HIV'in yarattığı bazı bilişsel, davranışsal ya da affektif komplikasyonlar doğrudan biyolojik etkilerine bağlı olabilir; tedavisiz kalması ile yarattığı klinik tablonun son evreye, AIDS'e ilerlemesi AIDS-demans kompleksine sebep olabilmektedir; bu tablonun klasik özellikleri arasında kognitif alanda yeni bilgi kaydı ve bunları çağırma azalmış yetenek, yürütücü işlevlerde aksama, davranışsal patolojiler ve kişilik değişiklikleri, duygulanımda günüçi dalgalanmalar, motor koordinasyonda bozulmalar mevcuttur. Literatürde bu duruma gerekçe olarak kemik iliğinde enfeksiyon sebebiyle aktive olan monositlerin transmigrasyonla beyine geçmesi gösterilmektedir (60). Bu bozulmaların asemptomatik evrede başlayabildiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (61).

Psikiyatrik semptomların ve komorbid durumların incelenmesi gerekliliği sadece HIV ile birlikte yaşamının yarattığı etkiler itibariyle değerlendirilmemelidir; bu ilişkinin ters yönlü de kurulabileceğini gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Burack ve arkadaşlarının 1993 yılında yayınladıkları çalışmada 5.5 yıl boyunca izlenmiş 277 HIV'le yaşayan bireyde bakılan tedaviye giriş aşamasındaki depresif semptom ağırlığının CD4+ T lenfosit sayısında düşüşle ters korele olduğu bulunmuş (62). Bu çalışma AIDS'e gidiş ya da mortalite ile depresif semptom ağırlığını ilişkili bulmazken AIDS'e gidişini hızlandırdığını ya da mortaliteyi arttırdığını öne süren çalışmalar da mevcuttur (63, 64).

2.3. Sağlık anksiyetesi kavramı, HIV ve sağlık anksiyetesi

2.3.1 Sağlık anksiyetesi kavramı

Sağlık anksiyetesi kişinin bir patolojinin yokluğunda ya da patoloji olduğu durumda ciddiyetiyle orantısız olarak artmış biçimde sağlığına yönelik kaygı duyması olarak tariflenebilir (65, 66, 67, 68, 69). DSM gibi tanı ve sınıflandırma kılavuzlarına bu haliyle girmemiş olan kavramın, terminolojide özellikle tüm bireylerde yapısal olarak bulunabildiği ve “var-yok” dikotomisinden ziyade boyutsal bir devamlılık gösterdiği öne sürülmüştür (67, 69, 70, 71). Tetikleyicilerle artabildiği, zaman içinde yatışabildiği, her zaman patolojik boyutta olmadığı, evrimsel açıdan bireyleri hastalıklara karşı koruduğu ve sağlık anksiyetesinin çok çok düşük görüldüğü insanlarda bunun genel sağlık açısından riskli bir durum yaratabileceği çeşitli yayınlarca vurgulanmıştır (72).

Sağlıkla patolojik boyutta meşgul olma hali DSM-IV’te hipokondriyazis olarak yer almaktaydı (10). DSM-5’in yazımından önce özellikle iki ayrı hasta grubunun hipokondriyazis grubunu domine ettiği görüldü ve bazı yazarlarca somatik yakınmaların eşlik ettiği ve sadece zihinsel imajların ağır basıp somatik yakınmaların izlenmediği iki ayrı tanı kategorisinin oluşturulmasının çizgileri netleştirebileceği vurgulandı (73). DSM-5 itibariyle hipokondriyazis rehberden çıktı ve yerine Somatik Belirti Bozukluğu ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu geldi (11). İki tanı grubunun DSM-5 kriterleri aşağıda şekil x’te verilmiştir:

Tablo 5. DSM-5’te Somatik Belirti Bozukluğu ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu (11)

Bedensel Belirti Bozukluğu	Hastalık Kaygısı Bozukluğu
<p>A- Sıkıntı veren ve günlük yaşantıyı sekteye uğratan bir ya da daha fazla bedensel belirti.</p> <p>B-Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ve bunlara eşlik eden bedensel belirtiler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Belirtilerle orantısız, süreklilik arz eden düşünceler 2-Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili sürekli yüksek kaygı 3-Bu belirti ya da kaygılara aşırı zaman ve içsel enerji harcama <p>C-Sürekli aynı bedensel belirti bulunmasa da belirti gösteriyor olma durumunun 6 aydan uzun sürmesi.</p> <p><u>Belirleyiciler</u> Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu) Süregiden (uzun, ağır belirtili, işlevsellikte çok düşmeyle karakterize)</p> <p><u>Ağırlık</u> Ağır olmayan (B kriterlerinden sadece biri karşılanır), Orta (B kriterlerinden ikisi ya da daha çoğu karşılanır), Ağır (B kriterlerinin karşılanmasının yanı sıra çoğul belirti ya da tek bir çok ağır belirti eşlik eder)</p>	<p>A- Ağır bir hastalığı olduğunu ya da olacağını düşünme.</p> <p>B-Bedensel belirtinin olmaması ya da ağır olmaması. Olası bir risk varsa (aile öyküsü vs) bununla ilgili aşırı kaygılanma, yoğun düşünme.</p> <p>C-Sağlıkla ilgili yoğun bir kaygı varlığı, kişinin sürekli sağlığıyla ilgili korkuya sürüklenmesi.</p> <p>D-Sağlıkla ilgili davranışlarda aşırılıklar ya da uygunsuz bir kaçınma içinde olma.</p> <p>E- Hastalıkla uğraşıp durma süresi en az 6 aydır, bu süre içinde korkulan hastalık değişiklik gösterebilir.</p> <p>F- Hastalıkla ilgili düşünüp durma hali bedensel belirti bozukluğu, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, sanrılı bozukluk gibi başka ruhsal hastalıklarla daha iyi açıklanamaz.</p> <p><u>Belirleyiciler</u> Bakım arayan tür (sık doktor ziyareti, tahlil yaptırma vs.) Bakımdan kaçan tür (sağlık birimlerden uzak durma)</p>

DSM-5'te Beden Belirti Bozukluğu ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanı kriterleri

Sağlık anksiyetesi çeşitli kaynaklarda ve yayınlarda her iki tanının da temel bileşeni olarak değerlendirilmiştir (66, 67, 71, 72, 74). Ağır formunun ise hipokondriyazis olarak sınıflandırılması gerektiği belirtilmiştir (71, 74). Bazı çalışmalar DSM-IV’e göre hipokondriyazis tanısı alan insanların çok çok önemli bir kısmının somatik belirti bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığını ve hastalık kaygısı bozukluğunun tanı geçerliliğinin düşük olduğunu göstermiştir (67). Tüm bunlar ışığında Abramowitz’in sağlık anksiyetesi kavramına yönelik bir tanı olarak değil devamlılık gösteren bir klinik parametre olarak sadece çeşitli patolojilere sahip klinik popülasyon için değil patolojisi olmayan klinikdışı “normal” popülasyonda da kullanılması gerektiği fikri kabul görmüştür zira (i) sağlık anksiyetesi açısından hipokondriyak grup ve sağlıklı

gruplar karşılaştırıldığında sağlıklı grupta da sağlık anksiyetesinin bulunduğu ve iki grup arasında niteliksel değil niceliksel farklılıklar olduğu, (ii) klinikdışı normal gruplarda sağlıklı ilgili kaygıların nasıl şiddetli bir sağlık anksiyetesine ve hipokondriyazise evrilebileceği, (iii) ciddi bir patolojinin yokluğunda sağlık anksiyetesinin derinleşmeden var olmaya devam edebileceği görülmüştür (71, 75).

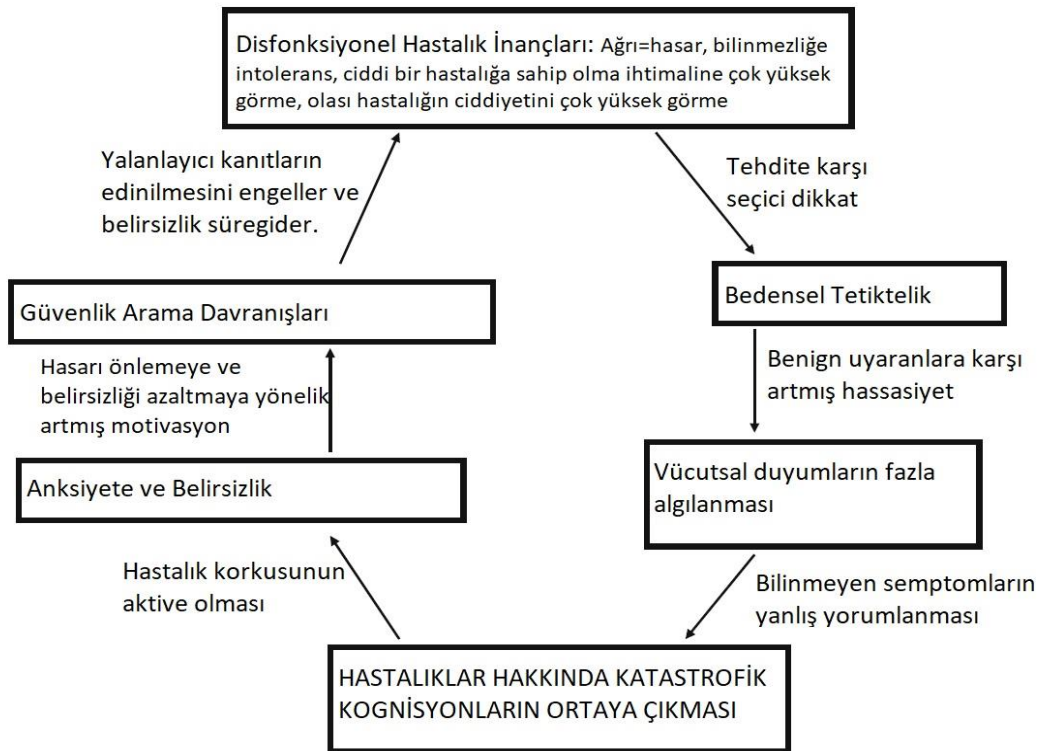
Fink ve arkadaşları ise 2004'te "sağlık anksiyetesi bozukluğu"nu bir tanı olarak öne sürmüşlerdir. Tanı kriteri olarak hastalıkla ilgili obsesif ruminasyona ek olarak şunlardan bir veya fazlasının olması gerektiğini vurgulamışlardır: vücudunda bir hastalık taşıdığına ya da vücut fonksiyonlarında bir terslik olduğuna ilişkin düşünce, korku ya da kaygılar, telkin almaya ya da kendini telkin edebilmeye yatkınlık, enfekte ya da kontamine olmaktan aşırı korkma, tıbbi bilgiye aşırı duyarlılık ve merak, reçete edilmiş ilacı almaktan korkma. Fink ve arkadaşları bu belirtilerin en az 2 haftadır vaktin çoğunda devam etmesi gerektiğini belirtmişlerdir (76).

Sağlık anksiyetesini bilişsel modellerle açıklamaya çalışan Abramowitz, fiziksel iyilik halinin hayatta kalabilmemiz için temel şartlardan biri olduğu için zaman zaman hepimizin sağlıkla ilgili kaygıya sürüklenebildiğimizi belirtmektedir (72). Aynı çalışmada özellikle ağır bir organik hastalığı olan bireylerde sağlık anksiyetesinin varlığının bedensel duyumlara hassasiyeti artırarak hayatta kalmaya yardımcı olduğunu, patolojik boyuta ise böyle bir organik arazın olmadığı durumlarda zihinden çıkarılamaz intruzif imajlarla ve düşüncelerle ulaştığını anlatmaktadır.

Sağlık anksiyetesi bugün için yaygın olarak kognitif ve davranışçı modellerle açıklanmaktadır. Wells 1993'teki makalesinde 2 temel/çekirdek inanç tipinin sağlık anksiyetesinin patolojik boyutlarda ortaya çıkmasına sebep olduğunu belirtmektedir: ilki kişinin kendisiyle ilgili olanlardır. Kişi kötü, yetersiz, zayıf olduğunu ve cezayı hak ettiğini düşünmektedir. İkinci temel inanç tipi ise doğa, ölüm ve hastalığın sonularına yönelik olanlardır. Ölümün yalnız kalmak, sonsuza kadar bir tuzakta esir kalmak, bitimsiz bir cezaya çarptırılmış olmak, hastalığın ise zayıflık, yetersizlik ve terk edilmişlik olarak yansıdığını söylemektedir. Bu inançların kaynağında ise fiziksel ya da psikolojik istismar ve ihmalin bulunduğunu ve bunların batıl ya da dini inançlarla yorumlanabildiğini belirtmektedir. Wells, tüm bunların bedensel duyumlara bir hassasiyet yarattığına ve erken yaşantılar ışığında hastalık belirtisi olarak yorumlanabildiğine işaret etmektedir (77).

Salkovskis ise 1986'daki makalesinde öncelikle Rachman'ın 1974 tarihli yazısına atıfta bulunarak morbid preoküpyasyon ile obsesyonları birbirinden ayırmıştır. Obsesyonların ağırlıklı olarak anlamsız, geçmiş tecrübelerle ilgisiz, çoğunlukla kişilikle ve kişisel tercihlerle ya da yaşayış biçimiyle ilintisiz olduğunu söylemiştir. Buna karşın morbid preoküpyasyonların tekrarlayıcı, dikkati kendi üzerine odaklayıcı, intruzif karakterde olmasına rağmen obsesyonlardan özellikle kişilikle ve kişinin geçmiş tecrübeleriyle uyumlu karakterde olmasıyla ayrıldığını, çoğunlukla varlığının bir anlam ifade ettiğini söylemiştir. Böylece sağlıkla ilgili morbid preoküpyasyonların geçmiş kişisel ya da ailevi hastalık öyküsüne ya da böyle bir hastalığa şahit olmaya bağlanmış ve öğrenilebilir bir davranış olarak kodlamıştır (69, 78).

Abramowitz ise sağlık anksiyetesinin hipokondriyazis boyutuna varmasının benign ve normal olan bazı vücutsal duyumların yanlış yorumlanması ve bunun sonucunda güvenlik arama davranışlarının ortaya çıkmasıyla mümkün olduğunu belirtmiştir ve sağlık anksiyetesinden hipokondriyazise giden formülasyonu aşağıdaki şekilde öne sürmüştür (71):



Şekil 7. Sağlık anksiyetesinden hipokondriyazise- bilişsel davranışçı model (71)

İnsan ruhsallığındaki çatışmaların ve açmazların dışa yansımada temel klinik görüngünün anksiyete olduğunu düşündüğümüzde sağlık anksiyetesinin, özellikle de hipokondriyazisin pek çok analitik açıklamasının da olması gerekmektedir (79). Nitekim buna ilk göndermeler Charcot, Breuer ve Freud ile başlamış olsa da “hastalık hastalığı”nın da mental çatışmaların vücut diline çevrilmiş olabileceğini net cümlelerle ifade eden ilk olarak 1959’da yazdığı makalesi ile Deutsch olmuştur (80). Öncesinde Schur seksüel ve agresif dürtülerin somatik reprezentasyonlarının olabileceğini, regresyon, konversiyon ve represyonun bedensel semptomları alevlendirebileceğini belirtmiş ancak bununla ilgili herhangi bir kişilik özelliğini, çıkan semptomun niteliğini ve şiddetini ilişkili görmediğini bildirmişti (81). Rosenfeld ise Deutsch ile eşzamanlı olarak hipokondriyazisi açıklamaya çalışmış ve temel niteliklerini tanımlamıştı: içe alınmış/atılmış hasarlı içsel nesne ile özdeşim, yansıtımlı özdeşim, oral agresyon, self ve nesnenin karışması ve en sonunda kişinin zihninde ya da ruhsallığında gömülü hasarlı nesneye karşı önlenemez öfkenin, sınırlar kaybolduğu için kendine dönmeye başlamasının yarattığı anksiyete ile baş edememe hali. Tüm bunlar Rosenfeld’e göre bireyin alt düzey bir savunma mekanizması olan somatizasyonu kullanması ile sonuçlanmaktaydı (82). 1984 tarihli makalesinde ise Rosenfeld, Freud’a atıfta bulunarak bunlara sağlıkla ilgili yüksek düzeyde anksiyetenin bir de savunma fonksiyonunun olabileceğini eklemişti, paranoid psikozların başlangıcında kişinin sınırlarını muhafaza etmek üzere bedensel duyularına fazla odaklanmış olabileceğini ve bunun klinikteki ilk yansımalarının hipokondriyazis biçiminde olabileceğini söylemekteydi (83). Benzer şekilde Wahl’da 1963’te yazdığı makalesinde hipokondriyaklar için bastırılmış bir hostiliteden mustarip bireyler olarak bahsediyordu; bu hostile tutumun hem gerçek objeye hem de içe atılmış imaja yöneldiğini ve derin bir suçluluktan doğan somatik yakınmalar ile bu çatışmanın çözülmeye uğraşıldığını söylüyordu ve temel sebebin gelişim döneminde kurulan önemli ilişkilerdeki ambivalan tutumla açıklanabileceğini anlatıyordu; ona göre hipokondriyazis bireyin tam olarak kapsanma arzusunun gerçekleştirme uğraşından başka bir şeyle açıklanamazdı (84).

Sonuç olarak sağlık anksiyetesinin var-yok şeklinde kodlanacak klinik bir antiteden ziyade yapısal olarak her bireyde bulunduğunu, kesintisiz bir devamlılık içinde azalıp çoğalabildiğini ve patolojik ya da ağır hale geldiğinde hipokondriyazis olarak adlandırılan klinik tabloya sebep olduğunu, DSM-5’te ise bedensel belirti

bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğu olarak iki ayrı tanının çekirdeğinde yer aldığını söylemek mümkündür.

2.3.2. HIV ve sağlık anksiyetesi

Kronik hastalıklar doğaları itibariyle süreğen ya da tekrarlayıcı özellikleri olan hastalıklardır ve genelde yaşamboyu bireylerin sağlık bakımı almalarını gerektirmektedir. Abramowitz'e göre sağlıkla ilgili kaygı duymak, özellikle kronik hastalığı olan bireylerde, hayatta ve sağlıklı kalabilmenin önemli yollarından biridir zira vücudumuz tehlike durumunda sinyaller veren bir güvenlik sistemiyle donatılmıştır (72). Ancak yukarıda da bahsedildiği gibi hipokondriyazis güncel literatürde sağlık anksiyetesinin ileri ve ağır formu olarak anılmaktadır ve bu geliştiğinde ya güvenlik arama davranışları ya da kaçınma davranışları başgöstermektedir ki her iki örnekte de bireyin yaşam kalitesi ya da sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olacağını ileri sürmek yanlış olmaz.

Taylor ve Asmundson'a göre sağlık anksiyetesinin varlığı özellikle kronik hasta gruplarında tedaviye uyumu artırabilir, ilaç kullanımını düzenli kılabilir ve prognoz üzerinde hastalık türünden bağımsız olarak olumlu etkiye sahip olabilir (85). Ancak tedaviye uyumun az olduğu bireylerde sağlık anksiyetesinin düzeyi artabilir, patolojik boyuta varabilir ve iyi yönetilmediği durumlarda klinik açıdan diğer bir zorluktan başka bir anlama gelmeyecektir (86).

Sağlık anksiyetesinin sadece hipokondriyazis ile ilişkili bir antite olmayıp her bireyde az-çok şeklinde devamlılık gösterdiği düşünülmeye başlandığından beri özellikle kronik hastalıklar açısından mercek altına alındı. Bu bağlamda en geniş çaplı çalışmalardan birisi Tyrer tarafından yürütüldü. Tyrer ve arkadaşlarının 2011'de değişik kliniklerde yaptığı çalışmada 28991 hastadan 5747'sinde yüksek sağlık anksiyetesinin saptandığı bildirilmiş ve bu grubun yüzde 24.7'sinin nöroloji, yüzde 20.9'unun göğüs hastalıkları kliniğinden izlendiği belirtilmiştir (87). Bunun yanında kronik ağrı grubunda ve multipl skleroz grubunda sağlık anksiyetesinin yüksek olduğuna yönelik yayınlar bulunmaktadır (88, 89, 90).

Pek çok farklı gruptaki çalışmaların yanında HIV ile yaşayan bireylerde sağlık anksiyetesinin varlığına veya düzeyine yönelik çalışma sayısı kısıtlı görünmektedir. HIV ile ilgili psikopatolojilere yönelik ilk yapılan yayınlardan biri David Miller'a

aittir ve 1988’de bu çalışmasında Miller, HIV’le yaşayan bireylerde sürekli tanıya yönelik yeni kanıt arayışının olduğunu, sağlık ve sağlıklı beslenme ile ilgili yoğun bir uğraşa girdiklerini, ölüm ve çöküşle ilgili ruminatif düşüncelerin varlığını ve yeni enfeksiyonlardan kaçınmak için kendilerini ciddi anlamda kısıtladıklarını bildirmiştir (91). Hipokondriyak uğraşı yoğun olan bireylerde anksiyete seviyesinin de yüksek olduğunu ve terleme, diyare, kilo kaybı, bulantı, vücut ağrısı gibi anksiyete ile açıklanabilecek semptomların HIV’e atfedilerek depresif semptomatolojiyi derinleştirdiğini, sağlık hizmeti alımının da böylece ya aşırı arttığını ya da çok çok azaldığını vurgulamıştır.

Grassi ve arkadaşlarının 1999 tarihli makalesindeki bulguları da HIV’le yaşayan asemptomatik bireylerin hipokondriyak uğraşlarının ve irritabilitelerinin kanser hastalarına ve kanser/HIV dışı hastalıklarla kliniklerde yatan hastalara göre daha yüksek olduğu yönündeydi (92).

Murphy ve arkadaşları ise 2001’de 323 HIV’le yaşayan ergenle yaptıkları çalışmada sağlık anksiyetesinin yükseldikçe marijuana kullanımının da arttığını, bunun bir çeşit self-medikasyon olarak değerlendirilebileceğini ve sağlık anksiyetesinin klinisyen tarafından dikkatle izlenmesi gereken bir antite olduğunu vurgulamaktaydılar (93).

2.4. Yaşam kalitesi kavramı, HIV ve yaşam kalitesi

2.4.1 Yaşam kalitesi kavramı

Her ne kadar farklı yazarlar tarafından onlarca farklı şekilde tanımlanmış olsa da yaşam kalitesi kavramı ile ilgili en fazla kabul gören tanımlardan birini Dünya Sağlık Örgütü yapmıştır: Bireylerin sürdürdüğü hayatın temel değerleri içinde amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından yaşamdaki konumlarını algılaması (94). Daha fazla sadeleştirme ihtiyacı içinde olan araştırmacılar ise Emerson’un tarifini daha uygun bulabilmektedirler: Bireyin değerleri, hedefleri ve ihtiyaçları doğrultusunda kendisini ya da yeteneklerini gerçekleştirmesinden duyduğu memnuniyet yaşam kalitesini belirler (95).

Yaşam kalitesi ilk olarak Aristoteles’in eserlerinde belirmiş bir kavramdır (96). “İyi Yaşam” ve “İyi Yaşamak” kavramlarından bahsetmiş ve toplumsal kontratın bunu

beslemekle yükümlü olduğunu belirtmiştir. Kavramın güncel bilimsel literatüre bu haliyle girişi ise 1966 yılında olmuştur, Elkington o yıl yayınladığı makalesinde kavramdan bahsetmiştir (97). Özellikle kronik hastalıklarda sağkalım süreleri arttıkça yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar da artmaya başlamış ve hatta 1992'den itibaren "International Society of Quality of Life" adıyla bir dernek kurulmuş ve aynı isimli dergi sadece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı araştırmaları yayınlamaya başlamıştır (98).

Özellikle doksanlı yılların ortalarından itibaren yaşam kalitesi ölçütleri sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesine ayna tutmak amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Bunun yanında klinik çalışmalar için de sonuç kriterlerinden birisi olarak belirlenmiş ve tedavi girişimlerine sadece hayatta tutucu manevralar olarak bakmaktan ziyade "iyi hayat"ta tutucu bir tıbbın önünü açmıştır (99).

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı olma halini sadece hastalığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal iyilik halinin olması olarak tanımladıktan sonra yaşam kalitesi kavramı sadece hastalıkta değil sağlıkta da olması gereken bir konsept olarak biçimlenmiştir ve sağlıkta yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (100).

Yaşam kalitesi kişilerin beklentilerinden önemli ölçüde etkilenir ve kişinin yaşamıyla bağlantılı olduğu için objektif olarak ölçülmesi çok zordur; bireylerin öznel yaşam değerlendirmelerini dış dünyalarından çok iç dünyalarını ele alarak yaptıkları gözlemlenmiştir (101). Sonuçta yaşam kalitesi kavramı sağlıkta yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi olarak ayrımlanabilir hale gelmiştir.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalığın, tedavisinin ve olası yan etkilerinin hasta ve yaşantısı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir; üç temel alanda incelenir (102, 103).

1-Biyolojik sağlık durumu: Kişinin hastalığına yönelik yapılması gereken tetkikler, laboratuvar testleri, tanı ve tedavi sürecini kapsar.

2-Genel sağlık durumu: Hastaların yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durumlarına uygun olarak sağlık durumunu değerlendirmektedir. Hastalıktan bağımsız olarak çeşitli alanlarda incelenir:

(i) Fiziksel işlevsellik: Hastalık ya da hastalığın sekonder götürülerinin meydana getirmiş olduğu fiziksel sınırlılık, fiziksel kabiliyetleri, yatakta geçirilen gün sayısı, ağrıları ve fiziksel iyi olma hali sorulmaktadır.

(ii) Ruhsal durum: Kişinin psikolojik olarak iyi olma hali ile yaşamdan tatmin olma kavramlarını nasıl algıladığını ve bilişsel işlevsellik seviyesini açıklığa kavuşturmakla birlikte kişide meydana gelmiş olabilecek psikolojik bozuklukların (anksiyete ve depresyon gibi) sıklığını ve şiddetini araştırmaktadır.

(iii) Sosyal işlevsellik ve rol işlevselliği: Sosyal işlevsellik, bireylerin toplumda geliştirmiş olduğu sosyal ilişkilerin varlığı ve bunu devam ettirilebilme becerisiyle değerlendirilir. Rol işlevselliği ise kişinin kendi yaşamında üstlendiği rollerini (iş durumu, okul durumu ve ev durumu gibi) yerine getirip getiremediğini inceler.

3-Genel sağlık algısı: Mevcut durumdan bağımsız olarak kişinin kendi sağlığı ile ilgili inanç, zihinsel temsil ve değerlendirmeleridir. Bu alanla kişinin bireysel sağlık değerleri, beklentileri, ihtiyaçları ve tutumları sorgulanmaktadır (102, 104).

2.4.2. HIV ve yaşam kalitesi

Kronik hastalıkların yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Özellikle fiziksel sağlıklarının ve ruh sağlıklarının bozulması ve fiziksel engellilik ihtimalinin ortaya çıkması ya da engelliliğin gelişmesi bireylerin yaşam kalitesinde azalmaya sebep olmaktadır. Bunun yanında düzenli ilaç kullanımı ve doktor kontrollerinin olma zorunluluğu, yaşam tarzı değişiklikleri, ağrılar, beden imajında bozulmalar da çeşitli alanlarda kaliteyi bozmaktadır; literatürde çeşitli kronik hastalıklardaki yaşam kalitesi verilerine yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır (105, 106, 107, 108).

Kronik seyirli bir enfeksiyon olarak HIV'in de yaşam kalitesini etkilediği düşünülebilir. Basavaraj ve arkadaşlarının 2010'da yayınladığı makalede antiretroviral tedaviler, sosyal destek, başatme mekanizmaları, spiritüellik, iş durumu, önceki ve güncel suisidalite, önceki ve güncel depresif semptomatoloji yaşam kalitesi üzerinde etkili faktörler olarak görülmüş ve genel olarak HIV ile yaşayan bireylerde yaşam kalitesi düşük olsa da bireyden bireye ciddi değişiklikler olduğu ve yaşam kalitesinin subjektif yönünün unutulmaması gerektiği vurgulanmıştır (109). Sowell ve arkadaşları

gündelik işlerdeki işlevsellik, genel anksiyete ve HIV'e bağlı semptomların yaşam kalitesinin işlevsel, psikolojik ve fiziksel altalanlarını yansıttığını kabul ederek yaptıkları çalışmada yaşam kalitesinin düşük olmakla birlikte sosyal desteğe, tam gün çalışmaya bağlı olduğunu saptadılar; yine burada içselleştirilmiş stigmatizasyon, kadercilik, intruzif düşünceler gibi bireye ait özellikler de yaşam kalitesi üzerinde etkiliydi (110). 2000 yılında yayınlanan bir makale ise HIV'le yaşayan bireylerde psikiyatrik komorbiditelerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemekteydi ve özellikle duygudurum bozukluklarının eşlik ettiği tablolarda alkol-madde kullanım bozukluğundan bağımsız olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin anlamlı şekilde düştüğünü öne sürmekteydi; psikiyatrik konsültasyonun ya da psikolojik danışmanlığın yaşam kalitesini arttırarak hastalığın morbidite ve mortalitesini azaltabileceğine vurgu yapıyordu (111).

2.4. Psikososyal işlevsellik kavramı, HIV ve psikososyal işlevsellik

Psikososyal kavramı ilk kez Erik Erikson tarafından kullanılmıştır. Erikson bu konsepti kişinin içsel dünyası ve psikolojisiyle içinde bulunduğu toplumsal çevrenin etkileşim alanı olarak tariflemiştir. Temel gelişim kuramlarından birisi olan “İnsanın Sekiz Evresi” de psikososyal gelişim esas alınarak kurgulanmıştır (112, 113)

Psikososyal işlevsellik ise psikolojik faktörlerin ve sosyal çevrenin belli bir uyum içinde bulunması ve her iki alanın da diğerini bozacak şekilde girişkenlik göstermemesi olarak tariflenebilir (114). Altalanları arasında sosyal merak, işle/ev işleriyle ilgililik, dış dünya ile ilişkisellik, hobilere meraklı olmak, boş zaman kalitesi, sosyal/duygusal ilişki arama davranışı, psikolojik rahatlık, emosyonel distrese dayanıklılık gibi parametreler bulunmaktadır (115, 116).

Literatüre bakıldığında psikososyal işlevselliğin “anormal” ya da “patolojik” olanla ilişkilendirildiği görülebilir. Sağlıklı insanlarda derecelendirmeye dayalı çalışmalara sık rastlanamamaktadır. Hali hazırdaki değerlendirme ölçekleri ve çalışmalar incelendiğinde belirli bir standarda ulaşamadığı, psikolojik ve sosyal faktörlerin ayrı ayrı incelendiği, psikolojik işlevsellikte patoloji temelli incelemenin daha baskın olduğu izlenebilir. Bu izlenimlerin edinilebildiği çalışmalar daha ziyade kronik hastalıklar için kurgulanmıştır (117, 118, 119, 120, 121, 122).

HIV için bakıldığında psikososyal işlevselliği inceleyen çalışmaların belirlenmiş kitle odaklı olduğu görülebilir: HIV ile yaşayan yeni anneler, HIV ile yaşayan çocuk ve ergenler gibi. HIV'le yaşayan genel topluluğa yönelik fazla çalışmaya rastlanmamaktadır.

Mevcut çalışmalar incelenen kitleden bağımsız olarak HIV ile yaşamının getirdiği psikolojik ve sosyal yüke vurgu yapmakta ve psikososyal işlevselliğin karşılaştırmanın yapıldığı gruba göre değişebildiğini göstermektedir (123, 124, 125). Yeni anne olmuş afro-amerikan kökenli kadınların incelendiği çalışmada HIV'le yaşayanlar ve yaşamayanlar arasında psikososyal işlevsellik açısından kısıtlı ölçüde fark bulunduğu bildirildi, en temel farklılıkların cinsel davranışlar ve başatma mekanizmaları arasındaki değişikliklerden ileri geldiği saptandı (123). Hindistan'da yapılmış ve kistik fibrosis hastası olan çocuklar ile HIV'le yaşayan çocukların karşılaştırıldığı bir diğer çalışma ise HIV'in kistik fibrozise göre psikososyal işlevselliği daha az etkilediğini göstermektedir (124). Steele ve arkadaşları ise yayınladıkları gözden geçirmede özellikle çocuklarda HIV'le yaşıyor olmanın ebeveyn hastalıkları ya da ölümüyle daha sık karşılaşma, sosyal etiketlenme, komplikasyon ve yan etkilere sebep olabilecek sıkı bir medikal tedaviye bağlı olmak zorunda kalma gibi zorlayıcı faktörlerin psikososyal işlevselliği azaltabileceğine vurgu yapmışlardır. Bunların yanında ailenin de hastalıkla ilgili hem çocuğa hem uzak aile üyelerine ve aile dışı sosyal çevreye açılmak gibi sorunlarla baş etmekte zorlandığı ve bunun çocuğa sağlanacak psikososyal desteği azaltabileceği vurgulanmıştır (125).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Çalışma evreni, dahil edilme ve dışlanma ölçütleri

3.1.1. Çalışma evreni

Araştırmaya yönelik Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Eylül 2017- Mart 2018 tarihleri arasında rutin kontrolleri için başvuran HIV ile yaşayan bireyler hasta grubu olarak alınmıştır. Kontrol grubu olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Diyabet ve Metabolizma Bilim Dalı diyabet polikliniğine başvuran Tip-I Diabetes Mellitus (Tip-I DM) hastaları ve genel toplumdan sağlıklı bireyler alınmıştır. HIV grubuna alınmak üzere 124 hasta ile görüşme gerçekleştirildi; aşağıda sıralanacak dahil edilme ölçütlerine uymayan veya çalışmayı kabul etmeyen 14 hasta ve kendini değerlendirme ölçeklerini önemli ölçüde eksik doldurmuş 38 hasta çalışmaya alınmadı. 48 erkek ve 24 kadın hasta olmak üzere toplam 72 hasta dahil edildi. Kontrol amacıyla alınan Tip-I DM grubunda ise 41 erkek ve 23 kadın hasta olmak üzere 64 hasta vardı, eksiksiz doldurulan formlar ve dahil edilme/dışlanma kriterlerine takılan hasta olmaması sebebiyle çalışmaya alınmayan hasta olmadı. Sağlıklı kontrol grubu için ise görüşülen 127 bireyden 30'u formları önemli ölçüde eksik doldurduğu için çalışmaya alınmazken 5 birey ise dışlanma kriterlerine takıldığı için alınmadı; toplamda 63 erkek ve 29 kadın olmak üzere 92 denekle grup oluşturuldu.

3.1.2. Dahil edilme ve dışlanma ölçütleri

HIV grubu için dahil edilme kriterleri:

- En az 3 aydır HIV ile yaşıyor olmak.
- 18-60 yaş arasında olmak.
- Okur-yazar olmak.
- Aydınlatılmış onam okunduktan ve sözel bilgilendirmeler yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

HIV grubu için dışlama kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek.
- Formları tek başına doldurmaya muktedir olamayacak ölçüde fiziksel engel sahibi olmak.
- Mental retardasyon.
- Yaşam boyu şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, demans tanısı almış olmak.
- Çalışmaya alınacağı sırada hastanede yatıyor olmak.
- HIV'e bağlı ya da HIV'den bağımsız olarak gelişmiş, bilinen kronik böbrek yetmezliği, hepatik yetmezlik gibi kronik gidişli komplikasyon sahibi olmak.

Tip I DM kontrol grubu için dahil edilme kriterleri:

- En az 3 aydır tip-I DM tanısı almış olmak.
- 18-60 yaş arasında olmak.
- Okur-yazar olmak.
- Aydınlatılmış onam okunduktan ve sözel bilgilendirmeler yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

Tip-I DM kontrol grubu için dışlama kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek.
- Formları tek başına doldurmaya muktedir olamayacak ölçüde fiziksel engel sahibi olmak.
- Mental retardasyon.
- Yaşam boyu şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, demans tanısı almış olmak.
- Çalışmaya alınacağı sırada hastanede yatıyor olmak.

- Diyabete bağılı ya da diyabetten bağımsız olarak gelişmiş, bilinen diyaliz gerektiren kronik böbrek yetmezliği, hepatosteatoz dışında hepatik yetmezlik gibi kronik gidişli komplikasyon sahibi olmak.

Sağlıklı kontrol grubu için dahil edilme kriterleri:

- 18-60 yaş arasında olmak.
- Okur-yazar olmak.
- Aydınlatılmış onam okunduktan ve sözel bilgilendirmeler yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

Sağlıklı kontrol grubu için dışlama kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek.
- Formları tek başına doldurmaya muktedir olamayacak ölçüde fiziksel engel sahibi olmak.
- Mental retardasyon.
- Yaşam boyu şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, demans tanısı almış olmak.
- Çalışmaya alınacağı sırada hastanede yatıyor olmak.
- Kronik ilaç kullanımını ya da düzenli klinik takibi gerektirecek bir hastalığa sahip olmak.

3.2. Değerlendirmede kullanılan gereçler

3.2.1. Aydınlatılmış onam formu

Çalışmanın basamaklarının detaylıca anlatıldığı, verilerin ne şekilde korunacağını bildirildiği ve çalışmaya katılanların kabul ettiklerini bildirmeleri için okuduktan ve sözel olarak istedikleri ek bilgilerden sonra imzaladıkları onam formu EK-1'de verilmiştir.

3.2.2. Sosyodemografik veri formu

Bu form hastaların yaş, cinsiyet, HbA1c, CD4+ T lenfosit sayısı, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan, hastaların ve kontrol grubundaki bireylerin kendilerinin doldurduğu formdur. HIV'le ilgili form hazırlanırken hastalığın etiketleyici doğası göz önünde bulundurularak çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 20 HIV'le yaşayan bireyden fikir alındı ve bu bireyler çalışmaya katılmak yerine sosyodemografik veri formunu değerlendirdi. 20 bireyin tamamı çeşitli gerekçelerle cinsel yönelim ve gelir durumu sorularını reddetti. Bu sebeple hasta katılımını arttırmak amacıyla bu sorular formdan çıkarıldı. 3 ayrı grup için 3 ayrı form olarak tasarlanmıştır. Bunlara ek olarak görüşmenin ve formların devamına geçmeden evvel görüşmeyi yapan görevlinin sorarak not ettiği komorbid hastalıklar, geçirilmiş psikotik dönem varlığı gibi soruları içermektedir. EK-2'de 3 form da görülebilir.

3.2.3. Genel Sağlık Anketi

Genel Sağlık Anketi (GSA) 1979'da Goldberg ve Hillier tarafından psikiyatri dışı toplumda anksiyete ve depresyon belirtilerini taramak amacıyla geliştirildi (126). İlk geliştirilen form olan 28 soruluk form kullanılmıştır. Form sorulara dörtlü Likert tipte yanıtlar içermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Kılıç tarafından yapılarak 1996'da yayınlanmıştır (127). Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.84 olarak saptanmış, test-tekrar test güvenilirliğinde ise $r=0.70$ bulunmuştur. Aynı çalışmada geçerlilik için ROC analizi uygulanmış ve bu analiz sonucunda kesme puanı 28 soruluk form için 4/5 olarak hesaplanmıştır. Ankete dair özellikle depresyon ve anksiyete spektrumunu iyi tanıdığına yönelik verilerin olmasının yanında sağlıklı toplumu tararken özellikle kesme puanlarının üzerindeki vakaların hastalık kriterlerini dolduran vakalar olduğuna yönelik güçlü verilerin olduğu vurgulanmaktadır (128, 129). Bu bağlamda psikososyal işlevselliğin değerlendirilmesinde psikolojik/psikiyatrik faktörlerin varlığının saptanmasında faydalı olabileceği düşünüldü. GSA, EK-3'te verilmiştir.

3.2.4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa versiyon

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği özellikle psikiyatrik ve bedensel hastalığı olan bireylerde sağlık anksiyetesini bilişsel ve duygusal açıdan değerlendirmek üzere

geliştirilmiştir. Klinikte olduğu kadar klinik dışı gruplarda da kullanılabilir. Dörtlü Likert tipte tasarlanmıştır. 18 sorunun 14'ü güncel durumu sorgularken son 4 soruya daha ciddi bir hastalığa sahip oldukları varsayımıyla hareket ederek yanıt vermeleri istenmektedir. Ölçek Salkovskis ve arkadaşları tarafından 2002'de yine kendisi tarafından geliştirilen uzun formundan kısaltılarak geliştirilmiştir (130). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Karaer ve arkadaşları ve de Aydemir ve arkadaşları tarafından iki ayrı çalışma halinde yapılmıştır (131, 132). Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.918 olarak bulunmuştur. Test-retest arasındaki bağıntı çalışmasında ise $r=0.572$ ($p<0.0001$) olarak elde edilmiştir. Geçerlilik çalışmasında ise birlikte geçerlilik modeli uygulanmış ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Sürekli Kaygı Envanteri ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği kullanılarak geçerliliği ispatlanmıştır. Çalışmalarda da orijinal formda da bildirilen bir kesme puanı yoktur. Ölçek her bir maddeye verilen cevabın aritmetik toplamıyla değerlendirilir. Karşılaştırmalı gruplarda kullanımı önerilmektedir ve yüksek puan yüksek kaygı düzeyini göstermektedir. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği EK-4'te sunulmuştur.

3.2.5. Kısa Form-36 (SF-36)

Kısa Form-36, sağlıklı grupta, somatik hastalıklar ve kronik hastalıklar ile sağlık kuruluşuna başvuranlarda kullanılabilen, yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. 1992'de Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiştir (133). Ölçekte 8 boyut vardır: fiziksel işlevler, işlevlerde fiziksel ya da emosyonel sebeplere bağlı rol kısıtlılıkları, sosyal işlevler, enerji düzeyi, ruhsal/mental sağlık, vücuttaki ağrılar ve genel sağlık algısına yönelik değişkenler 8 boyutta 36 soru ile değerlendirilir. Katılımcılar formu kendileri doldururlar. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Altölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü yaşam kalitesine işaret ederken, 100 iyi yaşam kalitesini göstermektedir.

Türkçe geçerlilik-güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999'da yapılmıştır (134). Her bir altölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak güvenilirlik çalışılmıştır. 0,7324-0,7612 arasında hesaplanmıştır. Geçerlilik çalışması ise birlikte değerlendirme yöntemiyle Nottingham Sağlık Profili kullanılarak yapılmıştır. Ölçeğin

değerlendirilmesi karmaşık görünmektedir. Belli bir yönergeye göre puanlanarak hesaplanmaktadır. EK-5'te SF-36 görülebilir.

Tablo 6. SF-36 Türk toplumu standartları

ALTBOYUTLAR	ORTALAMA
Fiziksel işlevler	86.6±25.2
Fiziksel sebeplere bağlı kısıtlılıklar/rol güçlüğü	89.5±29.6
Ağrı	86.1±20.6
Genel sağlık algısı	73.9±17.5
Canlılık/enerji düzeyi	67.0±13.8
Sosyal işlevsellik	94.8±14.2
Mental/ruhsal sağlık	73.5±11.6
Emosyonel sebeplere bağlı kısıtlılıklar/rol güçlüğü	94.7±20.9

3.2.6. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)

Gerek depresyon dönemi gerekse de depresyon dönemi dışında/depresyon döneminden sonra iyilik zamanında sosyal işlevsellik düzeyini ölçmek niyetiyle geliştirilmiştir. Ölçeği dolduran bireyler davranışlarının, motivasyon durumlarının, kendilik algılarının, günlük yaşantı içindeki rollerine adaptasyonlarının ve günlük yaşantı içinde hissettikleri tatmin duygularının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. 21 maddeden oluşan 4'lü Likert tipte kurgulanmıştır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. İşe ilgi, boş vakti kullanabilme yeteneği, kişilerarası ilişkileri yönetebilme yeteneği, çevreyi düzenleyebilme yeteneği ölçülmektedir. 17, 18 ve 20 numaralı sorular ters puanlanır. Kesme puanı saptanmamıştır ve karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Skor yükseldikçe daha iyi uyum ve işlevselliğe işaret etmektedir. Ölçek 1997'de Bosc ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (135). Akkaya ve arkadaşları 2008'de geçerlilik-güvenilirlik çalışmasını sunmuşlardır (136). Güvenilirlik

çalışmasında iç tutarlılık Cronbach alfa değeri 0.90 bulunmuştur. Test-retest çalışmasında korelasyon katsayısı $r=0.770$ ($p<0.0001$) olarak elde edilmiştir. Birlikte geçerlilik çalışmasında Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği kullanılmış ve $r=-0.597$ ($p<0.0001$) olarak saptanmıştır. EK-6'da SUKDÖ görülebilir.

3.2.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Uygulama grubunda depresyon yönünden riski belirlemek, depresif semptomların ağırlığını belirlemek için kullanılmaktadır. Sağlıklı grupta ve psikiyatrik hasta grubunda kullanılabilir. Kendini değerlendirme ölçeğidir, dörtlü Likert tipte ölçümle 21 soru cevaplanmaktadır. En fazla 63 puan alınabilir, Türkçe form için kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Beck tarafından 1961'de geliştirilmiştir ve Hisli tarafından 1989'da geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır (137, 138). Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.80 olarak belirlenmiştir. Birlikte geçerlilik çalışmasında ise MMPI depresyon altölçeği ile arasında $r=0.50$ korelasyon katsayısı bulunmuştur. EK-7'de BDÖ görülebilir.

3.2.8 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Uygulama grubunda anksiyete yönünden riski belirlemek, anksiyete semptomlarının ağırlığını belirlemek için kullanılmaktadır. Sağlıklı grupta ve psikiyatrik hasta grubunda kullanılabilir. Kendini değerlendirme ölçeğidir, dörtlü Likert tipte ölçümle 21 soru cevaplanmaktadır. En fazla 63 puan alınabilir, Türkçe form için kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Beck ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilmiştir ve Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998'de geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır (139, 140). Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.93 olarak belirlenmiştir. Birlikte geçerlilik çalışmasında ise Sürekli Anksiyete envanteri ve Durumsal Anksiyete Envanteri kullanılmıştır; korelasyon katsayıları sırayla $r=0.45$ ve $r=0.53$ ($p<0.001$) olarak saptanmıştır. EK-8'de BAÖ görülebilir.

3.2.9. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV)

DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), DSM-5 tanılarını koymak için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme kılavuzudur. Tanı ölçütlerini bilen klinisyenler tarafından uygulanabilmektedir. First ve arkadaşları tarafından

2015'te geliştirilmiştir (141). 2018 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

3.3. Çalışmanın aşamaları

Çalışma kapsamına alınan hastalara ve kontrol gruplarıyla görüşme gerçekleştirildi. Planlanan ölçekler uygulandı. Öncesinde psikiyatrik destek aldığını belirten deneklerle DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ile bildirdikleri tanılar doğrulandı. Görüşme sonlandıktan ve formlar doldurulduktan sonra dışlama ve dahil etme kriterlerine göre hastaların verileri değerlendirilmek üzere alındı; kriterlere takılanlar dışlandı. Denek toplama çalışması sonlandıktan sonra istatistiki çalışmaya geçildi. Sağlık anksiyetesi için Sağlık Anksiyetesi Ölçeği kullanıldı. Yaşam kalitesi için SF-36 kullanıldı. Psikososyal işlevselliği değerlendirmek amacıyla genel psikolojik/psikiyatrik iyilik halini değerlendirmek üzere GSA, psikolojik/psikiyatrik işlevselliği bozması muhtemel semptomatoloji ağırlığı için BAÖ ve BDÖ, sosyal işlevselliği değerlendirmek için de SUKDÖ kullanıldı. Ölçekler için kesme puanları alınmadı.

3.4. İstatistiksel incelemeler

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Simirnov testi ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde Mann-Whitney U testi kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare testi, ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer testi kullanıldı. Korelasyon analizi için normal dağılıma uymayan veriler sebebiyle Spearman korelasyon testi tercih edildi. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Genel sosyodemografik veriler ve HIV grubunun sosyodemografik verileri

Çalışmaya toplamda 228 birey alındı. Yüzde 33.3'ü kadındı (n=76). Yüzde 38.2'sinin devam eden bir evliliği mevcuttu (n=87). Yüzde 75.9'u çalışan bireylerdi (n=173). Grubun yüzde 39.9'u sigara kullanırken (n=91) yüzde 5.3'ü kronik alkol ve madde kullanmaktaydı (her iki grup için de n=12). Tüm grubun sosyodemografik verileri Tablo 7'de görülebilir.

Tablo 7. Tüm grubun genel özellikleri

		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
Yaş		18.0 - 57.0	31.0	32.8 ± 9.5
Cinsiyet	Kadın			76 33.3%
	Erkek			152 66.7%
Medeni Durum	Evli			87 38.2%
	Bekar			117 51.3%
	Dul			24 10.5%
Evlilik Süresi (yıl)		1.0 - 32.0	9.0	11.2 ± 8.4
Çocuk Sayısı		1.0 - 6.0	2.0	1.8 ± 1.0
Eğitim Süresi (yıl)		3.0 - 22.0	12.0	12.8 ± 4.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor			173 75.9%
	Çalışmıyor			55 24.1%
Sigara	Kullanmıyor			137 60.1%
	Kullanıyor			91 39.9%
Sigara Kullanımı pkt/yıl		1.0 - 60.0	10.0	11.7 ± 9.8
Kronik Alkol	Kullanmıyor			216 94.7%
	Kullanıyor			12 5.3%
Madde Kullanımı	Kullanmıyor			216 94.7%
	Kullanıyor			12 5.3%
Hangi Madde	<i>Esrar</i>			7 3.1%
	<i>Ekstazi</i>			1 0.4%
	<i>Kazırma</i>			4 1.8%

HIV grubunun sosyodemografik özellikleri incelendiğinde grubun yaş ortalaması 35.3±10.0 olarak bulundu; yüzde 33.3'ü kadındı (n=24). Evli olanların oranı yüzde 20.8'di (n=15). 10 hasta ise boşanmıştı. Evli olanlar için ortalama evlilik süresi 14.2±10.3 olarak saptandı. Ortalama çocuk sayısı 2.1±1.2 idi. Ortalama eğitim süresi 12.8±4.4 olarak bulundu. Grubun yüzde 72.2'si aktif çalışma hayatını sürdürüyordu (n=

52). Sigara kullananların oranı yüzde 43.1 (n=31), kronik alkol kullanımı olanların oranı yüzde 12.5 (n=9), madde kullanımını ise yüzde 9.7 olarak saptandı (n=7). Bu özellikleri ilişkin bilgiler Tablo 8’de görülebilir.

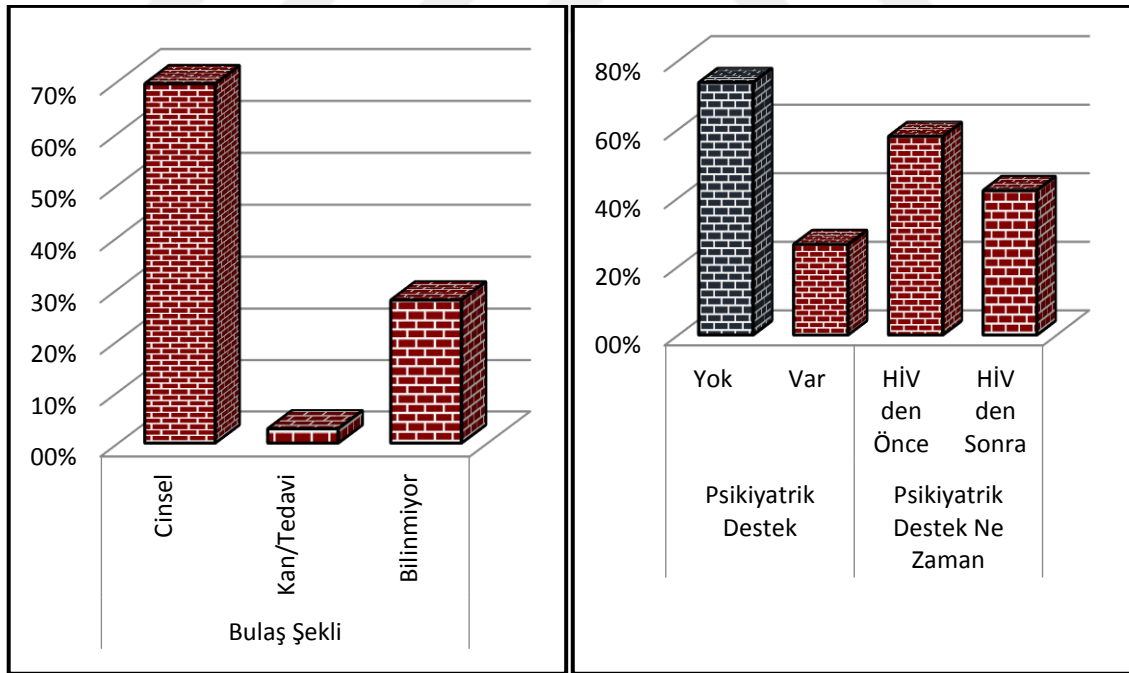
Tablo 8. HIV grubunun sosyodemografik özellikleri

		HIV Grubu	
		Ort.±s.s./n-%	Medyan
Yaş		35.3 ± 10.0	33.0
Cinsiyet	Kadın	24	33.3%
	Erkek	48	66.7%
Medeni Durum	Evli	15	20.8%
	Bekar	47	65.3%
	Dul	10	13.9%
Evlilik Süresi (yıl)		14.2 ± 10.3	14.0
Çocuk Sayısı		2.1 ± 1.2	2.0
Eğitim Süresi (yıl)		12.8 ± 4.4	13.5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	52	72.2%
	Çalışmıyor	20	27.8%
Sigara	Kullanmıyor	41	56.9%
	Kullanıyor	31	43.1%
Sigara Kullanımı pkt/yıl		11.3 ± 7.6	10.0
Kronik Alkol	Kullanmıyor	63	87.5%
	Kullanıyor	9	12.5%
Madde Kullanımı	Kullanmıyor	65	90.3%
	Kullanıyor	7	9.7%
Hangi Madde	<i>Esrar</i>	3	4.2%
	<i>Ekstazi</i>	1	1.4%
	<i>Kazırma</i>	3	4.2%

HIV’in bulaş şekline yönelik tahminleri sorulduğunda grubun yüzde 69.4’ü (n=50) cinsel yolla bulaşın gerçekleşmiş olduğundan şüphelendiklerini bildirirken yüzde 27.8’i bulaş yolunu bilmediğini belirtti (n=20). Sadece 2 hasta bulaş biçimine dair bir bilgileri veya şüpheleri olmadığını belirtti. Gruptaki bireylerin yüzde 93.1’i antiretroviral tedavi altındaydı (n=67). Yüzde 77.8’i herhangi bir yakınına açıldığını belirtti (n=56). Aktif psikiyatrik takibi olanların oranı ise yüzde 26.4’tü (n=19). Bu hastaların 11’i HIV’den evvel destek almaya başlamış insanlardı. Yaygın anksiyete bozukluğu ile izlenenlerin oranı yüzde 6.9 (n=5) idi. Oran majör depresyon için yüzde 9.7 (n=7), panik bozukluk için yüzde 6.9 (n=5), sosyal fobi için yüzde 2.8 (n=2) idi. Bildirilen tanılar SCID-5-CV rehberliğinde yapılan görüşme ile doğrulandı. İlgili bilgiler Tablo 9’da görülebilir.

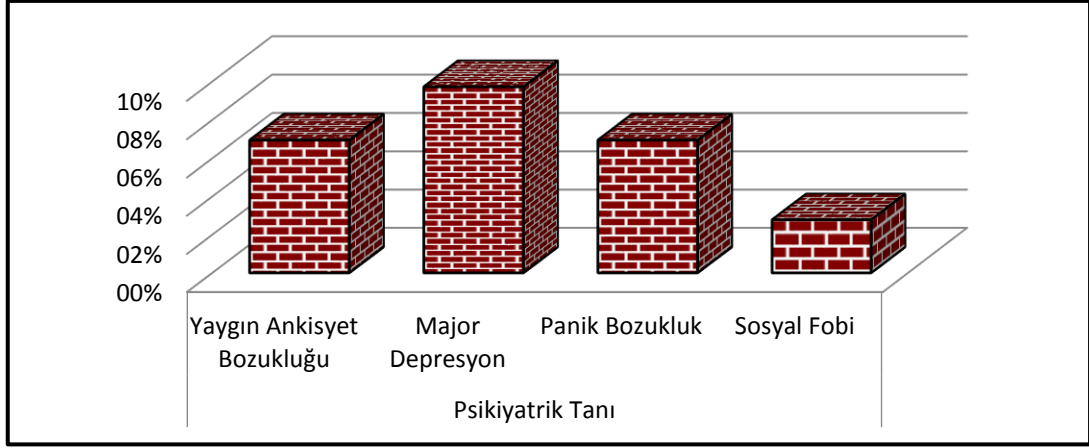
Tablo 9. HIV grubunun bazı klinik özellikleri

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
HIV Başlangıç yaşı	17.0 - 54.0	30.0	32.1 ± 9.3
Bulaş Şekli	Cinsel		50 69.4%
	Kan/Tedavi		2 2.8%
	Bilinmiyor		20 27.8%
Tedavi Başlandı mı	Hayır		5 6.9%
	Evet		67 93.1%
Yakınlara Bahis	Hayır		16 22.2%
	Evet		56 77.8%
Psikiyatrik Destek	Yok		53 73.6%
	Var		19 26.4%
Psikiyatrik Destek Ne Zaman	HIV den Önce		11 57.9%
	HIV den Sonra		8 42.1%
Psikiyatrik Tanı	Yaygın Anksiyet		5 6.9%
	Major		7 9.7%
	Panik Bozukluk		5 6.9%
	Sosyal Fobi		2 2.8%
Tedavi Süresi (ay)	1.0 - 120.0	29.0	35.1 ± 29.2



Şekil 8. HIV grubunun bildirdiği bulaş şekli

Şekil 9. Psikiyatrik destek varlığı ve ne zaman başladığına yönelik grafik



Şekil 10. HIV grubunda aktif psikiyatrik tedavi alanlarda tanılar

4.2. HIV grubu ile Tip-I DM grubunun karşılaştırılması

HIV grubu ve DM grubunda hastaların yaşları, cinsiyet dağılımı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. HIV grubu ve DM grubunda medeni durum dağılımı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. HIV grubunda evlilik süresi DM grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. HIV grubu ve DM grubunda çocuk sayısı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. HIV grubu ve DM grubunda eğitim süresi anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. HIV grubu ve DM grubunda çalışma durumu dağılımı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Bilgiler ve veriler detaylı olarak Tablo 10'da görülebilir.

Tablo 10. HIV ve Tip-I DM grubunun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

	HIV Grubu		DM Grubu		P
	Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Yaş	35.3 ± 10.0	33.0	28.3 ± 6.3	28.0	0.264 ^m
Cinsiyet	Kadın	24 33.3%	23 35.9%		0.750 ^{x²}
	Erkek	48 66.7%	41 64.1%		
Medeni Durum	Evli	15 20.8%	23 35.9%		0.146 ^{x²}
	Bekar	47 65.3%	34 53.1%		
	Dul	10 13.9%	7 10.9%		
Evlilik Süresi (yıl)	14.2 ± 10.3	14.0	7.3 ± 4.6	6.0	0.000 ^m
Çocuk Sayısı	2.1 ± 1.2	2.0	1.7 ± 0.9	1.0	0.209 ^m
Eğitim Süresi (yıl)	12.8 ± 4.4	13.5	12.5 ± 3.8	12.0	0.052 ^m
Çalışma Durumu	Çalışıyor	52 72.2%	43 67.2%		0.523 ^{x²}
	Çalışmıyor	20 27.8%	21 32.8%		

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

HIV grubu ve DM grubunda sigara kullanım oranı, sigara kullanım süresi anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. HIV grubunda kronik alkol ve madde kullanım oranı DM grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Bu veriler Tablo 11’de detaylı olarak görülebilir.

Tablo 11. HIV ve Tip-I DM grubunun klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		HIV Grubu		DM Grubu		P
		Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Sigara	Kullanmıyor	41	56.9%	40	62.5%	0.510 ^{x²}
	Kullanıyor	31	43.1%	24	37.5%	
Sigara Kullanımı pkt/yıl		11.3 ± 7.6	10.0	9.3 ± 6.2	10.0	0.441 ^m
Kronik Alkol	Kullanmıyor	63	87.5%	62	96.9%	0.045 ^{x²}
	Kullanıyor	9	12.5%	2	3.1%	
Madde Kullanımı	Kullanmıyor	65	90.3%	63	98.4%	0.044 ^{x²}
	Kullanıyor	7	9.7%	1	1.6%	
Hangi Madde	<i>Esrar</i>	3	4.2%	0	0.0%	
	<i>Ekstazi</i>	1	1.4%	0	0.0%	
	<i>Kazırma</i>	3	4.2%	1	1.6%	

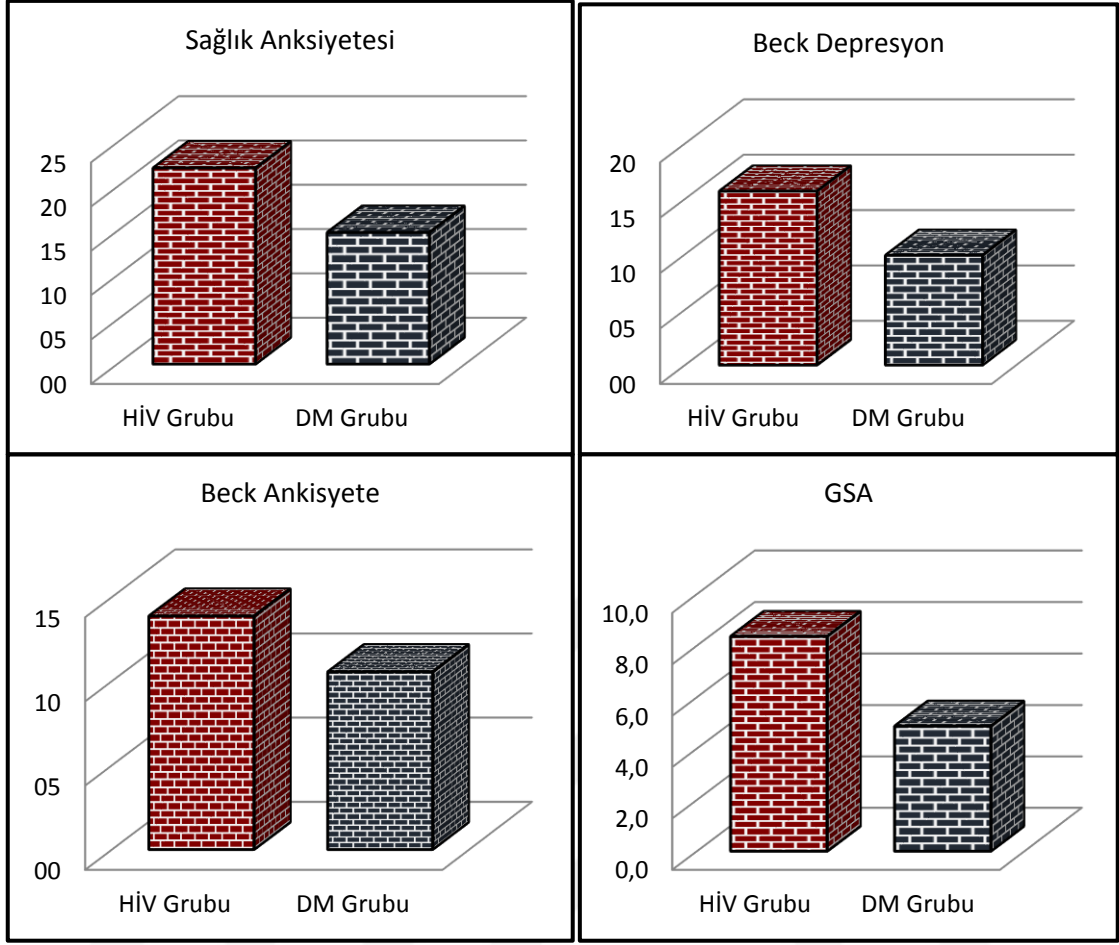
^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

HIV grubunda sağlık anksiyetesi skoru, GSA skoru, BDÖ ve BAÖ skorları DM grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek bulundu. HIV grubu ve DM grubunda psikiyatrik destek oranı ve SUKDÖ skorları anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Veriler Tablo 12’de detaylı olarak görülebilir.

Tablo 12. HIV ve DM gruplarının çeşitli klinik ölçek skorlarının karşılaştırılması

		HIV Grubu		DM Grubu		P
		Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Sağlık Anksiyetesi		22.1 ± 9.5	20.0	14.8 ± 7.8	13.5	0.000 ^m
GSA		8.4 ± 7.8	7.0	4.9 ± 4.6	3.0	0.042 ^m
Beck Depresyon		15.7 ± 12.3	16.0	9.9 ± 7.3	8.5	0.009 ^m
Beck Anksiyete		13.9 ± 10.9	13.0	10.5 ± 8.7	9.0	0.049 ^m
Psikiyatrik Destek	Yok	53	73.6%	53	82.8%	0.196 ^{x²}
	Var	19	26.4%	11	17.2%	
SUKDÖ		40.4 ± 9.3	41.5	43.1 ± 6.2	43.0	0.124 ^m

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test



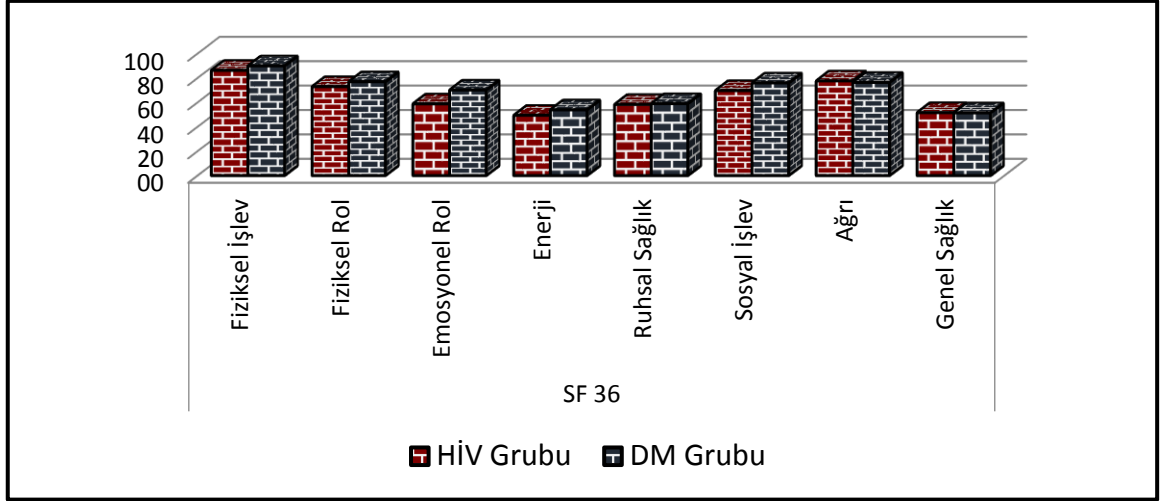
Şekil 11. HIV ve DM gruplarının anlamlı fark gösteren ölçek skorlarının grafikleri

HIV grubu ve DM grubunda SF-36 Yaşam Kalitesi altölçek skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Tablo 13'te veriler detaylı gösterilmiştir.

Tablo 13. HIV ve DM gruplarının yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

	HIV Grubu		DM Grubu		P
	Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
SF 36					
Fiziksel İşlev	86.3 ± 16.0	90.0	89.9 ± 13.0	95.0	0.129 ^m
Fiziksel Rol	72.9 ± 37.2	100.0	77.0 ± 33.1	100.0	0.678 ^m
Emosyonel Rol	58.8 ± 44.6	66.7	70.1 ± 39.1	100.0	0.137 ^m
Enerji	49.4 ± 22.2	45.0	53.9 ± 19.9	52.5	0.173 ^m
Ruhsal Sağlık	58.3 ± 18.2	60.0	59.0 ± 16.0	60.0	0.844 ^m
Sosyal İşlev	69.7 ± 25.2	75.0	75.9 ± 18.6	75.0	0.228 ^m
Ağrı	77.6 ± 23.1	80.0	76.4 ± 16.0	77.5	0.242 ^m
Genel Sağlık	51.6 ± 22.3	55.0	51.4 ± 17.9	50.0	0.896 ^m

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test



Şekil 12. HIV ve DM gruplarının SF-36 altölçek skorlarının grafikleri

4.3. HIV grubu ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırılması

Sosyodemografik veriler açısından bakıldığında HIV grubu ve sağlıklı kontrol grubunda hastaların yaşları, cinsiyet dağılımı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. HIV grubunda bekar ve boşanmış hasta oranı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. HIV grubu ve kontrol grubunda evlilik süresi, çocuk sayısı, eğitim süresi anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. HIV grubunda çalışma oranı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü. Detaylı veriler Tablo 14'te görülebilir.

Tablo 14. Sosyodemografik verilere göre HIV ve sağlıklı kontrol gruplarının karşılaştırılması

	HIV Grubu		Sağlıklı Kontrol Grubu		p
	Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Yaş	35.3 ± 10.0	33.0	34.0 ± 10.0	32.0	0.414 ^m
Cinsiyet	Kadın	24 33.3%	29 31.5%		0.806 ^{x²}
	Erkek	48 66.7%	63 68.5%		
Medeni Durum	Evli	15 20.8%	49 53.3%		0.000 ^{x²}
	Bekar	47 65.3%	36 39.1%		
	Dul	10 13.9%	7 7.6%		
Evlilik Süresi (yıl)	14.2 ± 10.3	14.0	11.5 ± 8.1	11.0	0.282 ^m
Çocuk Sayısı	2.1 ± 1.2	2.0	1.8 ± 1.0	2.0	0.777 ^m
Eğitim Süresi (yıl)	12.8 ± 4.4	13.5	13.1 ± 3.8	13.5	0.233 ^m
Çalışma Durumu	Çalışıyor	52 72.2%	78 84.8%		0.049 ^{x²}
	Çalışmıyor	20 27.8%	14 15.2%		

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

HIV grubu ve kontrol grubunda hastaların sigara kullanım oranı, sigara kullanım süresi anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. HIV grubunda kronik alkol kullanım oranı kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. HIV grubu ve kontrol grubunda madde kullanım oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Detaylı veriler Tablo 15'te görülebilir.

Tablo 15. HIV grubu ve sağlıklı kontrol grubunun bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması

		HİV Grubu		Sağlıklı Kontrol Grubu		p
		Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Sigara	Kullanmıyor	41	56.9%	56	60.9%	0.612 ^{x²}
	Kullanıyor	31	43.1%	36	39.1%	
Sigara Kullanımı pkt/yıl		11.3 ± 7.6	10.0	13.7 ± 12.8	10.0	0.875 ^m
Kronik Alkol	Kullanmıyor	63	87.5%	91	98.9%	0.002 ^{x²}
	Kullanıyor	9	12.5%	1	1.1%	
Madde Kullanımı	Kullanmıyor	65	90.3%	88	95.7%	0.172 ^{x²}
	Kullanıyor	7	9.7%	4	4.3%	
Hangi Madde	<i>Esrar</i>	3	4.2%	4	4.3%	
	<i>Ekstazi</i>	1	1.4%	0	0.0%	
	<i>Kazırma</i>	3	4.2%	0	0.0%	

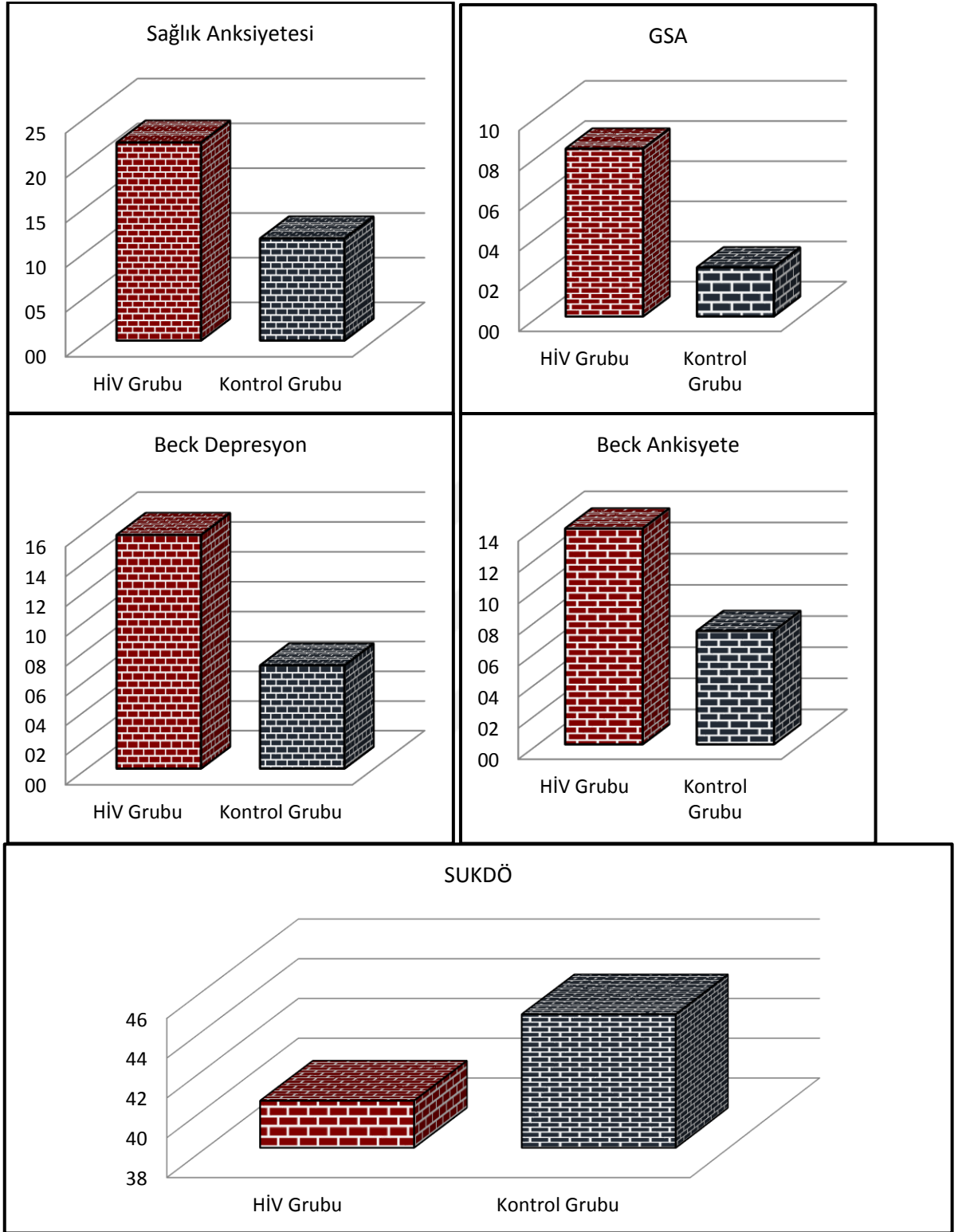
^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

HIV grubunda sağlık anksiyetesi skoru GSA skoru, BDÖ skoru, BAÖ skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti; SUKDÖ skoru ise anlamlı olarak düşüktü ($p < 0.05$). HIV grubu ve kontrol grubunda psikiyatrik destek alma oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Detaylı veriler Tablo 16'da görülebilir.

Tablo 16. HIV grubuyla sağlıklı kontrol gruplarının ölçek skorlarının karşılaştırılması

		HİV Grubu		Sağlıklı Kontrol Grubu		p
		Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Sağlık Anksiyetesi		22.1 ± 9.5	20.0	11.4 ± 4.7	10.0	0.000 ^m
GSA		8.4 ± 7.8	7.0	2.4 ± 3.2	1.0	0.000 ^m
Beck Depresyon		15.7 ± 12.3	16.0	7.0 ± 5.4	6.0	0.000 ^m
Beck Anksiyete		13.9 ± 10.9	13.0	7.3 ± 6.0	6.0	0.000 ^m
Psikiyatrik Destek	Yok	53	73.6%	74	80.4%	0.196 ^{x²}
	Var	19	26.4%	18	19.6%	
SUKDÖ		40.4 ± 9.3	41.5	44.7 ± 4.9	44.0	0.004 ^m

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test



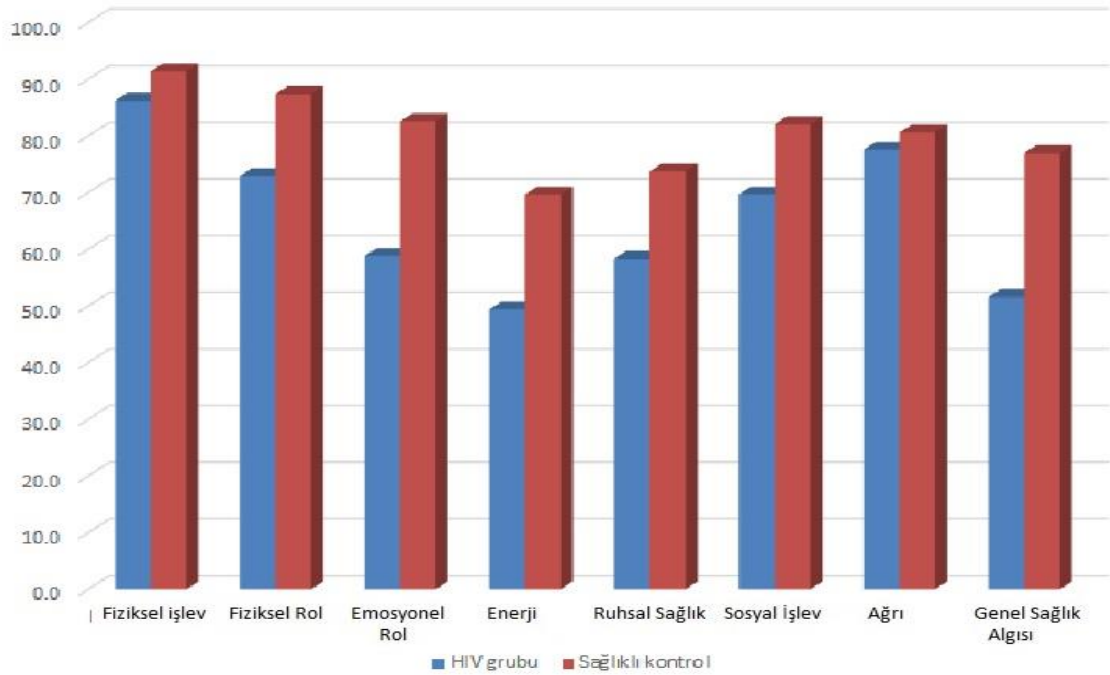
Şekil 13. HIV ve sağlıklı kontrol gruplarının ölçek skorlarının grafikleri

HIV grubunda SF-36 altölçek skorları ağırı dışında kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha düşüktü. HIV grubu ve kontrol grubunda SF-36 ağrı skoru anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Detaylı veriler Tablo 17’de görülebilir.

Tablo 17. HIV grubu ve sağlıklı kontrol gruplarının SF-36 altölçek skorlarının karşılaştırılması

	HIV Grubu		Sağlıklı Kontrol Grubu		p
	Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
SF 36					
Fiziksel İşlev	86.3 ± 16.0	90.0	91.4 ± 9.6	95.0	0.048 ^m
Fiziksel Rol	72.9 ± 37.2	100.0	87.4 ± 17.9	100.0	0.049 ^m
Emosyonel Rol	58.8 ± 44.6	66.7	82.6 ± 22.4	100.0	0.003 ^m
Enerji	49.4 ± 22.2	45.0	69.7 ± 15.6	75.0	0.000 ^m
Ruhsal Sağlık	58.3 ± 18.2	60.0	73.7 ± 13.6	76.0	0.000 ^m
Sosyal İşlev	69.7 ± 25.2	75.0	82.1 ± 18.0	87.5	0.002 ^m
Ağrı	77.6 ± 23.1	80.0	80.6 ± 15.7	83.8	0.987 ^m
Genel Sağlık	51.6 ± 22.3	55.0	77.0 ± 13.9	80.0	0.000 ^m

^m Mann-whitney u test / ^{x2} Ki-kare test



Şekil 14. HIV grubu ve sağlıklı kontrol gruplarının SF-36 altölçek skorlarının grafikleri

4.4 HIV grubunda saptanan verilerin birbirleri ile ilişkisi

HIV grubunun grup içi incelemelerine geldiğimizde CD4+ T lenfosit sayısı grup içinde ortalama 649.99 ± 282 idi.

Gruplar cinsiyete göre incelendiğinde kadın ve erkekler arasında sağlık anksiyetesi, yaşam kalitesi ya da psikososyal işlevselliği belirleyen ölçek puanları arasında herhangi bir anlamlı fark bulunamadı (Tablo 18)

Tablo 18. Cinsiyete göre HIV grubunda karşılaştırmalar (Mann-Whitney U testi uygulanmıştır)

	HIV ile yaşayan kadınlar					HIV ile yaşayan erkekler					p
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	
Yaş	24	22	54	35.92	9.269	48	20	57	34.94	10.381	0.966
Sağlık Anksiyetesi	24	6	43	24.08	9.573	48	7	49	21.15	9.437	0.153
GSA	24	0	24	9.54	8.304	48	0	26	7.77	7.616	0.313
Beck Depresyon Ö.	24	0	41	15.88	12.841	48	0	52	15.60	12.200	0.986
Beck Anksiyete Ö.	24	0	40	14.71	10.748	48	0	43	13.44	11.039	0.645
SUKDÖ	24	19	55	41.21	9.718	48	17	56	39.94	9.150	0.488
SF-36 fiziksel işlev	24	35	100	84.79	16.184	48	15	100	86.98	16.037	0.555
SF-36 fiziksel rol	24	0	100	73.96	37.212	48	0	100	72.40	37.629	0.858
SF-36 Emosyonel rol	24	0	100	58.34	43.130	48	0	100	59.03	45.737	0.822
SF-36 enerji	24	10	95	48.33	22.921	48	5	95	49.92	22.071	0.675
SF-36 ruhsal sağlık	24	28	80	54.83	16.021	48	20	92	60.06	19.081	0.184
SF-36 sosyal işlev	24	38	100	67.71	18.400	48	0	100	70.68	28.090	0.368
SF-36 ağrı	24	0.0	100.0	78.750	22.3971	48	30.0	100.0	77.031	23.7208	0.722
SF-36 Genel sağlık	24	5	85	45.42	22.980	48	5	100	54.69	21.473	0.184

Mevcut medeni duruma göre HIV ile yaşayan bireyler evli ve bekar olarak ayrıştırıldığında ise evli grubun Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete skorlarının ve Genel Sağlık Anketi skorlarının bekar gruba göre anlamlı olarak daha az olduğunu görüyoruz (sırasıyla $p=0.03$ ve $p=0.01$). SF-36 emosyonel rol alt ölçeğinde de anlamlıya yakın bir farklılık görmekteyiz ($p=0.062$) (Tablo 19).

Tablo 19. Medeni duruma göre HIV grubunda karşılaştırmalar (Mann-Whitney U uygulanmıştır)

	HIV ile yaşayan evli bireyler					HIV ile yaşayan bekar bireyler					
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	p
Sağlık Anksiyetesi	15	7	30	20.27	8.111	57	6	49	22.61	9.861	0.409
GSA	15	0	15	3.87	4.897	57	0	26	9.54	8.067	0.011
Beck Depresyon Ö	15	0	27	12.13	10.986	57	0	52	16.63	12.578	0.393
Beck Anksiyete Ö.	15	0	20	8.20	6.826	57	0	43	15.35	11.300	0.03
SUKDÖ	15	27	54	41.13	9.187	57	17	56	40.16	9.392	0.703
SF-36 fiziksel işlev	15	75	100	88.33	10.118	57	15	100	85.70	17.254	0.915
SF-36 fiziksel rol	15	25	100	86.67	24.761	57	0	100	69.30	39.250	0.114
SF-36 Emosyonel rol	15	0	100	75.55	42.665	57	0	100	54.39	44.382	0.062
SF-36 enerji	15	20	95	58.00	20.857	57	5	95	47.12	22.170	0.077
SF-36 ruhsal sağlık	15	32	84	63.47	15.629	57	20	92	56.96	18.676	0.206
SF-36 sosyal işlev	15	38	100	74.17	24.761	57	0	100	68.51	25.372	0.467
SF-36 ağrı	15	42.5	100.0	81.000	19.5439	57	0.0	100.0	76.711	24.0774	0.765
SF-36 Genel sağlık	15	20	90	54.33	18.212	57	5	100	50.88	23.302	0.641

Grup çalışan ve çalışmayan bireyler olarak ayrıştırıldığında ise sağlık anksiyetesi ve depresyonun çalışan grupta daha az olduğunu gösteren skorlar elde edildi ve gruplar arasında arasında anlamlıya yakın bir fark yakalandı (sırasıyla $p=0.065$ ve $p=0.058$) (Tablo 20).

Tablo 20. Çalışma durumuna göre bireyler arasındaki farklar (Mann-Whitney U uygulanmıştır)

	HIV ile yaşayan çalışan bireyler					HIV ile yaşayan çalışmayan bireyler					p
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	
Sağlık Anksiyetesi	52	6	49	20.77	9.166	20	9	43	25.65	9.740	0.065
GSA	52	0	26	8.06	7.843	20	0	24	9.15	7.975	0.527
Beck Depresyon Ö	52	0	41	13.79	11.187	20	0	52	20.65	14.005	0.058
Beck Anksiyete Ö.	52	0	43	13.44	11.037	20	0	35	14.95	10.674	0.517
SUKDÖ	52	19	56	40.98	9.065	20	17	54	38.75	9.920	0.375
SF-36 fiziksel işlev	52	35	100	87.40	13.879	20	15	100	83.25	20.665	0.577
SF-36 fiziksel rol	52	0	100	74.04	38.336	20	0	100	70.00	34.981	0.402
SF-36 Emosyonel rol	52	0	100	61.54	44.959	20	0	100	51.67	43.900	0.332
SF-36 enerji	52	10	95	51.94	21.884	20	5	85	42.75	22.212	0.109
SF-36 ruhsal sağlık	52	20	92	60.52	18.259	20	20	80	52.60	17.083	0.1
SF-36 sosyal işlev	52	25	100	70.77	24.761	20	0	100	66.88	26.679	0.604
SF-36 ağrı	52	0.0	100.0	78.269	24.6770	20	32.5	100.0	75.875	19.0442	0.35
SF-36 Genel sağlık	52	5	100	51.83	23.201	20	15	85	51.00	20.170	0.93

Bulaş şekline göre grubu cinsel yollar bulaştığını bildirenler ve cinsel yol dışında bir yolla bulaştığını bildirenler olarak ikiye ayırdığımızda ise hiçbir alanda anlamlı fark izlenmedi (Tablo 21).

Tablo 21. Bildirilen bulaş yoluna göre karşılaştırmalar (Mann-Whitney U kullanılmıştır)

	Cinsel yolla bulaş bildiren bireyler					Cinsel yol dışı bulaş bildiren bireyler					p
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	
Sağlık Anksiyetesi	50	7	49	22.44	9.761	22	6	42	21.41	9.122	0.62
GSA	50	0	26	8.76	8.178	22	0	24	7.45	7.103	0.606
Beck Depresyon Ö	50	0	47	16.64	12.061	22	0	52	13.55	12.938	0.252
Beck Anksiyete Ö.	50	0	43	14.18	11.485	22	0	35	13.14	9.588	0.807
SUKDÖ	50	19	56	40.68	9.412	22	17	55	39.64	9.194	0.612
SF-36 fiziksel işlev	50	35	100	86.30	14.207	22	15	100	86.14	19.877	0.505
SF-36 fiziksel rol	50	0	100	69.50	40.181	22	0	100	80.68	28.797	0.443
SF-36 Emosyonel rol	50	0	100	54.67	45.057	22	0	100	68.18	43.008	0.199
SF-36 enerji	50	10	90	49.22	20.747	22	5	95	49.77	25.750	0.941
SF-36 ruhsal sağlık	50	20	92	58.30	18.020	22	20	84	58.36	18.950	0.83
SF-36 sosyal işlev	50	25	100	73.10	22.793	22	0	100	61.93	28.990	0.11
SF-36 ağrı	50	0.0	100.0	78.750	23.9166	22	32.5	100.0	75.000	21.5887	0.304
SF-36 Genel sağlık	50	5	100	49.90	23.851	22	20	90	55.45	18.055	0.323

Yakınlarına HIV enfeksiyonu ile ilgili açılan bireylerle açılmayan bireyler karşılaştırıldığında yine herhangi bir alanda anlamlı sonuca ulaşamadı (Tablo 22).

Tablo 22. Yakınlarına açılma durumuna göre farklar (Mann-Whitney U testi uygulanmıştır)

	Yakınlarına açılan bireyler					Yakınlarına açılmayan bireyler					p
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	
Sağlık Anksiyetesi	56	6	49	22.13	9.588	16	7	37	22.13	9.577	0.839
GSA	56	0	26	8.36	8.021	16	0	24	8.38	7.411	0.919
Beck Depresyon Ö	56	0	52	15.05	11.814	16	0	47	17.94	14.163	0.537
Beck Anksiyete Ö.	56	0	43	13.66	11.141	16	0	32	14.56	10.243	0.654
SUKDÖ	56	17	56	41.00	9.113	16	21	56	38.13	9.872	0.278
SF-36 fiziksel işlev	56	15	100	86.61	16.490	16	55	100	85.00	14.606	0.534
SF-36 fiziksel rol	56	0	100	73.21	36.883	16	0	100	71.88	39.660	0.91
SF-36 Emosyonel rol	56	0	100	57.74	44.720	16	0	100	62.51	45.339	0.765
SF-36 enerji	56	5	95	49.21	23.262	16	30	90	50.00	18.708	0.908
SF-36 ruhsal sağlık	56	20	88	56.91	18.669	16	36	92	63.25	15.881	0.259
SF-36 sosyal işlev	56	0	100	70.18	25.548	16	25	100	67.97	24.567	0.644
SF-36 ağrı	56	0.0	100.0	77.902	24.0633	16	45.0	100.0	76.563	20.2665	0.637
SF-36 Genel sağlık	56	5	90	52.14	21.718	16	5	100	49.69	24.730	0.451

Grubu psikiyatrik destek alıp almadığına göre ayırdığımızda grubun %26.4'ünün (n=19) psikiyatrik destek aldığını gördük. 11 hasta HIV enfeksiyonu tanısından evvel 8 hasta ise tanıdan sonra destek almaya başlamıştı. 19 hastanın 5'i yaygın anksiyete bozukluğu, 7'si majör depresyon, 5'i panik bozukluk ve 2'si ise sosyal fobi tanılarıyla izlenmekteydi. Psikiyatrik destek alan grupta almayan gruba göre GSA (p=0.008), Beck Anksiyete Ölçeği (p=0.002), SUKDÖ (p=0.05), SF-36 fiziksel rol (p=0.021), SF-36 emosyonel rol (p=0.032), SF-36 enerji (p=0.048), SF-36 sosyal işlev (p=0.006), SF-36 ağrı (p=0.009) skorları anlamlı şekilde daha kötü bulundu. Beck Depresyon Ölçeği ve SF-36 ruhsal sağlık skorları ise anlamlıya yakın ölçüde daha kötüydü (sırasıyla p=0.063 ve p=0.053) (Tablo 23).

Tablo 23. Psikiyatrik destek alan ve almayan grubun karşılaştırılması

	Psikiyatrik destek almayan bireyler					Psikiyatrik destek alan bireyler					
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	p
Sağlık Anksiyetesi	53	6	43	21.70	9.279	19	10	49	23.32	10.323	0.735
GSA	53	0	24	7.02	7.642	19	0	26	12.11	7.317	0.008
Beck Depresyon Ö	53	0	41	13.87	11.548	19	0	52	20.79	13.302	0.063
Beck Anksiyete Ö.	53	0	43	11.47	10.024	19	1	40	20.53	10.643	0.002
SUKDÖ	53	19	56	41.51	9.514	19	17	48	37.16	8.030	0.05
SF-36 fiziksel işlev	53	55	100	87.74	11.912	19	15	100	82.11	23.997	0.922
SF-36 fiziksel rol	53	0	100	77.83	35.915	19	0	100	59.21	38.379	0.021
SF-36 Emosyonel rol	53	0	100	65.41	43.346	19	0	100	40.35	43.860	0.032
SF-36 enerji	53	10	95	52.57	23.079	19	5	75	40.53	17.151	0.048
SF-36 ruhsal sağlık	53	20	92	60.74	18.636	19	20	76	51.58	15.313	0.053
SF-36 sosyal işlev	53	25	100	74.86	22.000	19	0	100	55.26	28.357	0.006
SF-36 ağrı	53	30.0	100.0	82.311	19.6963	19	0.0	100.0	64.474	27.2919	0.009
SF-36 Genel sağlık	53	5	100	51.32	22.705	19	5	85	52.37	21.562	0.715

Psikiyatrik destek alan bireylerin HIV tanısından önce mi yoksa sonra mı destek almaya başladıklarına bakıldı, 11 hasta daha önce destek almaya başlamışken 9 hasta tanıdan sonra destek almaya başlamıştı. Yapılan karşılaştırmalarda iki grup arasında herhangi bir anlamlı fark gözlenmedi (Tablo 24).

Tablo 24. HIV'den önce başlayan ve sonra başlayan psikiyatrik desteğe göre grupların incelenmesi

	HIV'den önce psikiyatrik destek almaya başlayan hastalar					HIV'den sonra psikiyatrik destek almaya başlayan hastalar					
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	p
CD4+ T lenfosit sayısı	11	360	900	630.27	204.6	8	320	900	642.62	217.81	0.84
Sağlık Anksiyetesi	11	15	49	24.45	9.169	8	10	42	21.75	12.209	0.186
GSA	11	6	26	12.73	6.436	8	0	24	11.25	8.779	0.772
Beck Depresyon Ö	11	4	47	22.82	11.566	8	0	52	18.00	15.766	0.214
Beck Anksiyete Ö.	11	8	40	22.91	9.586	8	1	35	17.25	11.781	0.321
SUKDÖ	11	26	48	35.45	6.219	8	17	47	39.50	9.986	0.107
SF-36 fiziksel işlev	11	35	100	79.55	20.305	8	15	100	85.63	29.452	0.168
SF-36 fiziksel rol	11	0	100	56.82	40.452	8	0	100	62.50	37.796	0.766
SF-36 Emosyonel rol	11	0	100	30.30	40.703	8	0	100	54.18	46.932	0.289
SF-36 enerji	11	20	60	40.45	12.136	8	5	75	40.63	23.366	0.74
SF-36 ruhsal sağlık	11	32	68	48.73	12.752	8	20	76	55.50	18.447	0.262
SF-36 sosyal işlev	11	25	100	53.41	23.110	8	0	100	57.81	35.942	0.763
SF-36 ağrı	11	0.0	100.0	61.818	29.3490	8	32.5	100.0	68.125	25.6609	0.771
SF-36 Genel sağlık	11	5	80	51.36	23.355	8	20	85	53.75	20.310	0.961

4.4. Korelasyon çalışmaları

Grup içi korelasyonlar incelendiğinde bilinen CD4+ T lenfosit sayısı ile sağlık anksiyetesi, GSA, BDÖ, BAÖ arasında negatif yönde; yine CD4+ T lenfosit sayısı ile SUKDÖ, SF-36 fiziksel rol, SF-36 emosyonel rol skorları arasında pozitif yönde

korelasyon gözlemlendi. Sağlık anksiyetesi ile GSA, BDÖ, BAÖ skorları arasında pozitif yönde bir korelasyon izlenirken yine sağlık anksiyetesi ile SUKDÖ ve tüm SF-36 altskorları arasında negatif yönde bir korelasyon gözlemlendi (Tablo 25 ve 26).

Tablo 25. HIV grubunda CD4+ T lenfosit sayısı ve sağlık anksiyetesi skorlarının GSA, BDÖ, BAÖ, SUKDÖ ile korelasyonu (Spearman korelasyon testi uygulandı. *p<0.05 altında, **p<0.01 altında)

		CD4+T lenfosit	Tedavi süresi ay	Sağlık Anksiyetesi	GSA	Beck Depresyon Ölç.	Beck Anksiyete Ölç.	SUKDÖ
CD4+T lenfosit	Korelasyon katsayısı (rs)	1.000	.236	-.284*	-.268*	-.447**	-.324**	.384**
	p		.054	.016	.023	.000	.005	.001
	N	72	67	72	72	72	72	72
Sağlık Anksiyetesi	Korelasyon katsayısı (rs)	-.284*	.125	1.000	.652**	.703**	.651**	-.578**
	p	.016	.315		.000	.000	.000	.000
	N	72	67	72	72	72	72	72

Tablo 26. HIV grubunda CD4+ T lenfosit sayısı ve sağlık anksiyetesi skorlarının yaşam kalitesi altölçekleri ile korelasyonu (Spearman korelasyon testi uygulandı. *p<0.05 altında, **p<0.01 altında)

		SF-36 fiziksel işlev	SF-36 fiziksel rol	SF-36 Emosyonel rol	SF-36 enerji	SF-36 ruhsal sağlık	SF-36 sosyal işlev	SF-36 ağrı	SF-36 Genel sağlık
CD4+T lenfosit	Korelasyon katsayısı (rs)	.219	.262*	.265*	.200	.204	.182	.227	.173
	p	.065	.026	.025	.092	.085	.127	.055	.146
	N	72	72	72	72	72	72	72	72
Sağlık Anksiyetesi	Korelasyon katsayısı (rs)	-.368**	-.222	-.434**	-.542**	-.496**	-.454**	-.483**	-.654**
	p	.001	.061	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	72	72	72	72	72	72	72	72

Benzer korelasyon çalışması Tip-I DM grubu için uygulandığında HbA1c değerlerinin SUKDÖ, SF-36 fiziksel rol, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlev ve genel sağlık ile ters yönde korele olduğu, GSA ile pozitif korelasyon gösterdiği izlendi. Sağlık anksiyetesi ise aynı grupta GSA, BDÖ, BAÖ aynı yönde koreleyken SUKDÖ, SF-36 fiziksel işlev, fiziksel rol, emosyonel rol, sosyal işlev ve ağrı ile zıt yönde korele bulundu (Tablo 27 ve 28).

Tablo 27. Tip-I DM grubunda HbA1c ve sağlık anksiyetesinin GSA, BDÖ, BAÖ ve SUKDÖ ile korelasyonu (Spearman korelasyon testi uygulandı. *p<0.05 altında, **p<0.01 altında)

		HbA1c	Sağlık Anksiyetesi	GSA	Beck Depresyon Ölç.	Beck Anksiyete Ölç.	SUKDÖ
HbA1c	Korelasyon katsayısı (rs)	1.000	-.059	.286*	.210	.045	-.403**
	p		.643	.022	.095	.721	.001
	N	64	64	64	64	64	64
Sağlık Anksiyetesi	Korelasyon katsayısı (rs)	-.059	1.000	.299*	.352**	.270*	-.354**
	p	.643		.016	.004	.031	.004
	N	64	64	64	64	64	64

Tablo 28. Tip-I DM grubunda HbA1c ve sağlık anksiyetesinin SF-36 yaşam kalitesi altölçekleri ile korelasyonu (Spearman korelasyon testi uygulandı. *p<0.05 altında, **p<0.01 altında)

		SF-36 fiziksel işlev	SF-36 fiziksel rol	SF-36 Emosyonel rol	SF-36 enerji	SF-36 ruhsal sağlık	SF-36 sosyal işlev	SF-36 ağrı	SF-36 Genel sağlık
HbA1c	Korelasyon katsayısı (rs)	-.101	-.298*	-.214	-.485**	-.423**	-.411**	-.230	-.358**
	p	.429	.017	.090	.000	.001	.001	.067	.004
	N	64	64	64	64	64	64	64	64
Sağlık Anks	Korelasyon katsayısı (rs)	-.346**	-.265*	-.251*	-.162	-.213	-.367**	-.337**	-.173
	p	.005	.035	.045	.201	.091	.003	.006	.173
	N	64	64	64	64	64	64	64	64

Sağlıklı grupta sağlık anksiyetesinin diğer ölçek puanlarıyla korelasyonu incelendiğinde GSA, BDÖ, BAÖ ile pozitif yönde güçlü korele; SUKDÖ ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm altölçek skorlarıyla negatif yönde güçlü korele olduğu izlendi (Tablo 29 ve 30).

Tablo 29. Sağlıklı grupta sağlık anksiyetesi ile GSA, BDÖ, BAÖ ve SUKDÖ arasındaki korelasyon (Spearman korelasyon testi uygulandı. *p<0.05 altında, **p<0.01 altında)

		GSA	Beck Depresyon Ölç.	Beck Anksiyete Ölç.	SUKDÖ
Sağlık Anksiyetesi	Korelasyon katsayısı (rs)	.509**	.363**	.510**	-.465**
	p	.000	.000	.000	.000
	N	92	92	92	92

Tablo 30. Sağlıklı grupta sağlık anksiyetesi ile SF-36 yaşam kalitesi altölçek skorları arasındaki korelasyon (Spearman korelasyon testi uygulandı. *p<0.05 altında, **p<0.01 altında)

		SF-36 fiziksel işlev	SF-36 fiziksel rol	SF-36 Emosyonel rol	SF-36 enerji	SF-36 ruhsal sağlık	SF-36 sosyal işlev	SF-36 ağrı	SF-36 Genel sağlık
Sağlık Anksiyetesi	Korelasyon katsayısı (rs)	-.419**	-.339**	-.511**	-.466**	-.484**	-.484**	-.408**	-.478**
	p	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	92	92	92	92	92	92	92	92

5. TARTIŞMA

5.1. Bulguların yorumlanması ve tartışılması

Çalışmamızda sosyodemografik verilere bakıldığında erkek/kadın oranının 2 olarak bulunduğunu görmekteyiz. Ancak Tablo 3'te de görülebileceği gibi 2016 verilerine göre Türkiye'de HIV ile yaşayan bireylere bakıldığında bu oran 3.58 olarak görülmekte. Bununla birlikte CTF Enfeksiyon Hastalıkları HIV polikliniğindeki orana yakın bir oran hedeflenerek bu oran tutturuldu.

HIV grubu ile Tip-I DM ve sağlıklı kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet ve eğitim süresi gibi değişkenler açısından anlamlı fark bulunmaması temel özellikler açısından benzer gruplarla çalıştığımızı göstermektedir. Medeni durum incelendiğinde Tip-I DM ile benzer özellikler sergilese de HIV grubunda sağlıklı kontrollere göre evli olmayan birey sayısı anlamlı şekilde daha yüksek izlenmiştir. Düzenli danışmanlık altında dahi HIV'le yaşayan bireyler için boşanma ihtimalini yükselmiş gören yayınlar mevcuttur (142). Bunun yanında evliliğin ve düzenli bir çift yaşantısının HIV yayılımının engellenmesi açısından faydalı olabileceğini iddia eden yayınlar da mevcuttur (143).

Klinik değişkenler açısından alkol, madde ve tütün ürünleri kullanım bozuklukları dikkat çekmektedir. Her ne kadar herhangi bir tanı kriteri aranmamış ve bireylerin bildirimleri göz önünde bulundurularak istatistiki çalışma yapılmış olsa da HIV grubu ile kontroller arasında farklılıklar gözlemlendi. Tip-I DM grubuna göre kronik alkol ve madde kullanım oranı anlamlı şekilde daha yüksekti. Sağlıklı kontrollere göre sadece kronik alkol kullanımı daha yüksek görünmekteydi. Enfeksiyonun yayılmaya başladığı ilk yıllardan beri HIV'le alkol-madde kullanım bozuklukları arasında genelde tek yönlü bir ilişki olduğu varsayılagelmiştir (144, 145, 146, 147). Ancak psikolojik stresin de alkol kullanımını arttırdığına, bırakmayı engellediğine yönelik yayınlar mevcuttur (148). HIV grubunda Tip-I DM grubundan daha yüksek olmasını stresin daha yüksek oluşuna bağlamak mümkün görünmektedir zira BDÖ, BAÖ, GSA ve Sağlık Anksiyetesi ölçek skorları arasındaki anlamlı farklılıklar HIV'le yaşayan bireylerin psikolojik/psikiyatrik açıdan daha fazla zorlandıklarını düşündürmektedir. Sağlıklı kontrollere göre madde kullanımı daha yüksek olmasa da sağlıklı gruba göre daha farklı çeşitte ve daha sıklıkla karma kullanım görülmekteydi.

HIV ile yaşıyan bireyler arasında çalışan oranının sağlıklı kontrollere göre daha az olduğu izlendi. Eğitim süresi açısından anlamlı fark izlenmezken çalışan oranının daha az olmasını sağlıklı gruba göre azalmış psikososyal işlevselliğe atfetmekteyiz. Nitekim uygulanan tüm psikometrik ölçümlerde HIV ile yaşıyan grup sağlıklı gruba göre belirgin şekilde kötü skorlara sahipti. Nedensellik açısından literatür incelendiğindeyse iş durumuyla ilgili göze çarpan faktörlerin başında stigmatizasyon ve işlevsellikte azalma gelmekteydi (148, 149, 150, 151).

Gruplar psikometrik ölçümler açısından karşılaştırıldığında Tip-I DM grubuna göre Sağlık Anksiyetesi Envanteri, GSA, BDÖ ve BAÖ skorlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü. Psikiyatrik destek alma oranları ve SUKDÖ skorları ise anlamlı bir farklılık göstermiyordu. Sağlıklı kontrollerle yapılan karşılaştırmalarda ise HIV grubunun daha kötü Sağlık Anksiyetesi Envanteri, GSA, BDÖ, BAÖ, SUKDÖ skorlarına sahip oldukları görülmekteydi. Psikiyatrik destek oranında 2 gruba da farklılık gözlenmemesine rağmen söz konusu ölçümler açısından HIV ile yaşıyan bireylerin daha kötü bir profil çizmesi olasılıkla HIV'in "kapılan", "edinilen" bir hastalık olarak etiketlenmesinden kaynaklanmaktadır. Nitekim daha önce yaptığımız çalışmada özellikle negatif kendilik imajı ve kişiselleştirilmiş stigma ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki belirgin bağıntı dikkat çekmekteydi (59). Ayrıca girişte de bahsedildiği gibi enfeksiyonun keşfinin ilk yıllarından beri hastalığın olasılıkla kendisinden daha fazla imajının ve hakkında söylenilegelenlerin hastalıktan daha yıkıcı olabileceğine yönelik bir algı mevcuttur (46). Olasılıkla sağlık anksiyetesinin HIV grubunda daha baskın olmasının sebebi de budur. Dolayısıyla yönetilebilir kronik hastalıklar olmalarına rağmen hastalığın algılanışı HIV'i psikiyatrik açıdan Tip-I DM'ye göre daha habis kılıyor olabilir. Tüm bunların yanında özellikle konsültasyon- liyezon psikiyatrisi polikliniklerindeki klinisyenlerin HIV ve HIV'e yaklaşımla ilgili bilgilerini güncellemeleri gerekiyor olabilir. Zira psikiyatrik destek altındaki HIV'le yaşıyan bireylerin destek almayanlara göre daha kötü ölçümlere sahip olduklarını görmekteyiz. Özellikle GSA, BAÖ, SUKDÖ skorlarında ve SF-36 altölçeklerinden fiziksel rol, emosyonel rol, enerji, sosyal işlev ve ağrı skorlarında psikiyatrik destek alanların daha kötü sonuçlara sahip oldukları izlendi. BDÖ ve SF-36 ruhsal sağlık altölçeği ise anlamlıya yakın düzeyde psikiyatrik destek almayanlar aleyhine kötü bulundu. Price ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada psikiyatristlerin özellikle HIV'in

biyolojik temeli, barındırdığı riskler gibi yapısal özelliklerine dair yeterli bilgiye sahip olamayabilecekleri ve bunun HIV’le yaşayan bireylere psikiyatrik destek hizmeti verirken önlerindeki en önemli engel olarak görülebileceğini öne sürmektedir (152). Ayrıca sadece psikiyatristlerin hastalığın biyolojik temeliyle ilgili bilgileri değil, aynı zamanda enfeksiyonun tanısını koyan ve takibini gerçekleştiren klinisyenlerin de HIV’in yaratacağı psikiyatrik ve sosyal zorluklarla ilgili bilgileri önemli görünmekte. Zira pek çok HIV’le yaşayan birey için tanı anının belirleyici olduğuna işaret eden pek çok makale bulunabilir (153, 154, 155). Nitekim Psiko-onkoloji kitabında Özkan’ın bahsettiği üzere pek çok kronik hastalık bireyin bazı –baştan çarpık olup olmayacağı tartışmaya açık- temel inançlarını sarsar ve travmatik bir şekilde algılanabilir: Bireyler dünyanın zararsız ve iyi bir yer olduğuna dair, kendilerinin iyi ve sağlıklı olduklarına dair, kötülük görmeyeceklerine dair inançlarını yitirirler. HIV de bu şekilde travmatik algılanıyor olabilir (156, 157). Ancak destek alan 19 hastanın HIV’den önce mi sonra mı destek almaya başladıklarına göre gruplanarak incelendiklerinde aralarında anlamlı bir skor farklılığına ulaşılamamaktadır. Dolayısıyla bu bireylerin kronikleşmiş psikiyatrik problemlerinin olabileceği ve kötülük hallerinin sadece HIV’le açıklanamayacağı düşünülebilir. Literatür psikiyatrik problemlerle yaşayan ve savaştan insanların HIV ile enfekte olma riskinin daha yüksek olduğunu gösteren pek çok çalışma içermektedir (158, 159, 160, 161).

Yaşam kalitesi alt ölçekleri incelendiğinde HIV grubu ile tip-I DM grubu arasında hiçbir alanda anlamlı fark saptanamadı. Kronik ve düzenli tedavi gerektiren hastalıklar düşünüldüğünde her iki grubun yaşam kalitesi açısından benzer özellikler göstermesi şaşırtıcı görünmemektedir. Literatürde pek çok kronik hastalığın yaşam kalitesini bozduğuna yönelik veriler mevcuttur (162, 163, 164, 165, 166, 167, 168). Sağlıklı kontrollerle yapılan karşılaştırmada ise HIV’le yaşayan grupta yaşam kalitesi skorları ağrı dışında belirgin şekilde düşüktü. Alınması gereken düzenli bir tedavi, sık doktor kontrolleri, sık laboratuvar testleri, ilaç yan etkileri açısından düzenli araştırmalar ve tüm bunların yarattığı iş ve sosyal yaşantıdaki aksamalar bu farktan sorumlu olabilir. Nitekim yaşam kalitesi skorları dışında mesleki, ailevi ve sosyal yaşantıya uyumu sorgulayan SUKDO skorlarının Tip-I DM ile anlamlı farklılık göstermezken sağlıklı grupla anlamlı farklılık sergiliyor olması bu kalitenin azalmasında ailevi, sosyal ve mesleki yaşantıya uyumun bozulmasının önemli

olabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca hastalığın getirdiği sağlık anksiyetesinin de hastalığa dair ruminasyonları tetiklemesi içsel enerjinin doğru yönlendirilmesini engelleyebilir ve yine bu azalmadan sorumlu olabilir. Ağrı alanında belirgin farklılığın olmaması ise özellikle DSM-5'in hastalık kaygısı bozukluğu ve somatik belirti bozukluğunu ayırmasının isabetli bir karar olup olmadığından yeniden gözden geçirilmesi gerektiğine işaret ediyor olabilir. Pek çok çalışmada gerek klinik gerekse klinik dışı sağlıklı bireylerde ağrının en sık karşılaşılan somatik semptom olduğu görülmekte (169, 170, 171, 172). Bu çalışmalar bireylerin somatik belirti bozukluğu tanısı almasalar da somatik bir belirti olarak ağrıyı gösterebilecekleri şeklinde yorumlanabilir. Bu bağlamda dönemsel değişikliklerden etkilenebilecek, var-yok dikotomisinden ziyade doğrusal bir devamlılık gösteren sağlık anksiyetesi modeli ağrı açısından bir farklılık olmamasını açıklayabilir. Sağlıklı bireylerin psikiyatrik tanı olmaksızın da somatik semptomlar gösterebilmeleri ve ağır sağlık anksiyetesinin girişte de belirtildiği gibi hipokondriyazis olarak yorumlanabilmesi bu antitenin bedensel belirti gösterip göstermemeye göre bölümlenmesinden şiddet düzeyine göre adlandırılmasının daha makul olabileceğini düşündürmektedir.

HIV grubunun grup içi incelemelerine bakıldığında kadınlar ve erkekler arasında psikometrik ölçümler açısından anlamlı fark izlenmediği görülmüştü. Farklı yayınlarda bizim bulgularımızla örtüşmeyen bulgulara rastlamak mümkün ancak literatürde bu çalışmaların kendi içinde de tutarlı bir sonuç vermediğini görmekteyiz; bazı çalışmalar siyahi eşcinsel erkeklerin daha fazla psikolojik ve sosyal strese maruz kaldığını gösterirken bazı çalışmalar kadınlarda bunun daha fazla olduğunu, daha fazla depresif semptom gösterdiklerini öne sürmektedir (173, 174, 175). Çalışmamız özelinde bakıldığında HIV'in cinsiyetten bağımsız olarak bireyleri eş düzeyde etkilediğini söylemek mümkün görünmektedir ve SF-36 altskorları, SUKDÖ gibi rol yeterliliğine dair ipuçları veren verilerin de bu etki düzeyinin klasik kadın-erkek rollerinden etkilenmediğini söyleyebiliriz.

Medeni durum ise özellikle BAÖ ve GSA puanları açısından evli bireyler lehine anlamlı fark yaratmaktadır. Benzer şekilde SF-36 emosyonel rol alt ölçeği de evli bireyler lehine anlamlıya yakın fark göstermektedir. Evli olmanın belli alanlarda daha fazla sosyal ve emosyonel destekle eşdeğer tutulabileceğini söyleyebiliriz. Her ne kadar sağlık anksiyetesini azaltıyor gibi görünmese de genel anksiyete düzeyini azalttığını

görmekteyiz. Literatürde evli ve evli olmayan bireyleri karşılaştıran fazla sayıda çalışma bulunmamaktadır. Mevcut çalışmalarda da birbiriyle tutarlı sonuçlar yoktur (176, 177, 178).

Çalışan ve çalışmayan bireyler arasında da birtakım farklılıklar izlendi. Sağlık anksiyetesi ve BDÖ skoru çalışan grupta istatistiki anlamlılığa ulaşmasa da buna yakın düzeyde farklı olarak bulundu. İşlevselliği belirlemeyi hedefleyen ölçekler açısından ise bir farklılık yakalanamadı. Burada gözlemlenebilir belirgin bir nedensellik olmasa da sağlık anksiyetesinin obsesif kompulsif bozukluk spektrumuna yakın konumlandığına dair yayınların varlığı göz önüne alındığında bu farklılık anlaşılabilir (72, 85, 179). Literatür OKB’de çalışmanın semptomatolojide iyileşmeyle ilgili olabileceğini, bunun da ruminatif düşünce biçimini çalışma alanına yönlendirmekle mümkün olabileceğini gösteren çalışmalar içermektedir; ters bir nedensellik de kurulabilir: OKB ile yaşayan bireylerde “işkoliklik” belirgin bir klinik antite olarak izlenebilir (180, 181, 182). Dolayısıyla sağlık anksiyetesinin çalışan grupta düşük olması hem çalışmanın ruminasyonları azaltabileceğinden hem de ancak ve ancak nispeten düşük sağlık anksiyetesi düzeylerinin bireyin çalışmasına izin veriyor olabileceğinden kaynaklanıyor olabilir ki ikinci durumda yüksek sağlık anksiyetesinin işlevsellik üzerinde kötüleştirici bir etkisi olabileceği sonucuna varılabilir. Bizim çalışmamızda çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir bağıntı bulunamadı ancak Blalock ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada iş sahibi olmanın yaşam kalitesini arttırdığına yönelik veriler sunulmuştur ve bu çalışma aynı zamanda çalışan grupta CD4+ T lenfosit sayısının daha fazla, viral yükünse daha az olduğunu göstermektedir (183).

Bulaş yolu çoğu zaman kesin olarak bilinemesi de bireylerin kabaca bir tahmininin olabileceği düşünülmektedir. İlk bulunduğu yıllardaki “homoseksüel hastalığı” vurgusundan yola çıkarak cinsel yola bulaşın psikometrik ölçümler üzerinde etkili olabileceğini düşünmüştük. Ancak beklentilerimizin aksine herhangi bir anlamlı fark gözlenmedi. Bulaş şekline göre gruplar oluşturmanın güçlüğünden ötürü literatürde de doğrudan bunu irdeleyen bir çalışmaya rastlanamadı. Bilinen ya da düşünülen bulaş şeklinin sağlık anksiyetesi, yaşam kalitesi ya da psikososyal işlevsellik üzerinde belirgin etki sahibi olduğunu söyleyebilmek bu şartlar altında mümkün görünmemektedir.

Sağlık Bakanlığı’na bildirim zorunlu bir enfeksiyon olmakla birlikte diğer tıbbi bilgiler gibi bireyler HIV ile ilgili tanılarını çevreleriyle paylaşmama hakkına sahipler.

Bununla birlikte grubun yüzde 77.8'inin en az bir yakınlarına tanıdan bahsettiklerini görmekteyiz. Literatürde HIV'le yaşayan bireylerin yakınlarına açıldıktan sonra pek çok alanda çeşitli avantajlar elde ettiklerine dahil yayınlar görülmektedir; sosyal destekte artış, partnerle daha yakın ilişki, kendilik imajının daha yeterli ve iyi algılanması, depresif semptomlarda iyileşme, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin iyileşmesi tedaviye daha iyi uyum gösterme ve hatta CD4+ T lenfosit sayısında artış bunlardan bazılarıdır (184, 185, 186). Bizim çalışmamızın verileri ise bu konuda literatürle uyumsuz sonuçlara ulaştı. Yakınlara açılma herhangi bir alanda daha iyi skorların oluşmasını sağlamadı. Bunu çalışma sırasında edindiğimiz bir klinik gözlemlerle yorumlamak mümkün olabilir. Hastalarımızın çoğu gerek enfeksiyon hastalıkları poliklinik başvurularına gerekse çalışmamız için yönlendirildikleri psikiyatri kliniğimize yalnız geldiler. Olasılıkla yakınlarına açılmış olsalar da hastalık sürecini tek başlarına idare etmek arzusunda olduklarını düşündük ve çalışmamızdaki yakınlara açılmanın etkisizliğini buna bağladık. Bunun yalnızca çalışma sırasında oluşmuş ve herhangi bir objektif veriye dayandırılmayan bir gözlem olduğunu tekrar vurgulamakta fayda görüyoruz.

Korelasyon çalışmalarına bakıldığında sağlık anksiyetesi ve CD4+ T lenfosit sayısı iki temel değişken olarak kabul edildi. CD4+ T lenfosit sayısı HIV'le yaşayan bireylerin hastalıklarının temel takip ögesi olarak göze çarpmaktadır. Hastalık evresini, evrelemeye göre AIDS safhasını, fırsatçı enfeksiyonlara karşı profilaktik antibiyoterapi ihtiyacını belirleyen temel klinik gösterge CD4+ T lenfosit sayısıdır. Hipotezde de belirtildiği gibi sağlık anksiyetesi ise bu çalışma için psikometrik ölçümleri, yaşam kalitesini ve işlevselliği etkileyen değişken olarak kabul edilmiştir.

CD4+ T lenfosit sayısının Sağlık Anksiyetesi Envanteri, GSA, BDÖ ve BAÖ ile negatif yönde; SUKDÖ, SF-36 fiziksel rol ve emosyonel rol skorlarıyla pozitif yönde korele olduğu görülmektedir. CD4+ T lenfosit sayısı HIV'le yaşayan bireyler için temel sağlık göstergelerinden biri olduğu düşünüldüğünde sayısının düşük olmasının bireyler üzerinde psikiyatrik açıdan olumsuz etkileri olacağı öngörülebilir. Nitekim çalışmamızın verileri de buna işaret etmektedir. Literatürde CD4+ T lenfosit sayısının pek çok psikiyatrik semptom üzerinde etkisi olduğuna dair çalışmalar mevcuttur; bunun yanında aynı ilişki ters yönlü de kurulabilmekte ve örneğin depresyonun CD4+ T lenfosit sayıları üzerinde olumsuz etkiye sahip olabileceği görülebilmektedir (62, 187,

188). Gerek depresyon gerek anksiyete gerekse sosyal uyuma yönelik skorlarla lenfosit sayısının korele olması bu sayının psikososyal işlevsellikle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca yaşam kalitesi altölçeklerinden özellikle fiziksel ve emosyonel rol skorları ile arasında gözlenen korelasyon da dikkate şayandır. Zira fiziksel kısıtlılık, enerji düzeyi, ağrı gibi altölçekler etkilenmezken özellikle rol skorlarının CD4+ T lenfosit sayısından etkilenmesi, bedensel yakınmalardan ziyade kendilik imajı ve algılanan hastalık yükü ile ilişkili olabilir. Literatürdeki mevcut çalışmalar da CD4+ T lenfosit sayısı ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğuna işaret etmektedir (189, 190).

Sağlık Anksiyetesi Envanteri skorları ile GSA, BDÖ, BAÖ arasındaki pozitif ve SUKDÖ, fiziksel rol dışındaki SF-36 altskorları arasındaki negatif yönlü korelasyon hipoteze uygun olarak sağlık anksiyetesinin yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellik arasında belirgin bir bağıntı olabileceğine işaret etmektedir. Fiziksel rol skorlarının CD4+ T lenfosit sayısından etkilenirken sağlık anksiyetesi düzeyinden etkilenmemesi ilgi çekicidir. Özellikle günlük yaşantıda üstlenilmesi gereken fiziksel görevler ve bunların zihindeki temsilleriyle ilişkili olan bu altölçek temel sağlık göstergelerinden birisi olan CD4+ T lenfosit sayısından etkilenirken diğer tüm alanlarda işlevselliği ve yaşam kalitesini bozan sağlık anksiyetesi düzeylerinden etkilenmemesi bireyin gündelik yaşamdaki fiziksel rolüne uygun bir hareketlilik tarzını sağlık anksiyetesinden bağımsız yerine getirebileceğini düşündürmektedir. Bu da daha önce de değindiğimiz gibi sağlık anksiyetesinin var-yok dikotomisinden öte insanın temelinde yatan anksiyetenin bir uzantısı olduğunu ve her zaman somut göstergelerle günlük yaşantıya bir psikopatoloji olarak yansımayaabileceğine işaret ediyor olabilir. Hem sağlıklı grupta hem de kronik hastalıklarda sağlık anksiyetesinin yüksek olması sık doktor başvurularıyla ilişkili bulunmuştur (70, 191). Benzer şekilde vücutlarındaki olasılıkla normal değişiklikleri HIV'e atfeden sağlık anksiyetesi yüksek hastaların da yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerinin düşeceği öngörülebilir. Nitekim skorlar bu bağıntıya işaret etmektedir.

Benzer bir korelasyon çalışması Tip-I DM grubu için uygulandığında bu grup için temel sağlık göstergelerinden birisi olarak kabul edilen HbA1c düzeylerinin GSA, BDÖ ve BAÖ ile ilişkili olmadığı ve sadece SUKDÖ skorları ile negatif yönlü bir korelasyon gösterdiği izlendi. CD4+ T lenfosit sayısı kadar belirgin bir etkiye sahip olmaması olasılıkla HbA1c'nin diyet ve insülin dozlamına daha hızlı ve kesin yanıtlar

verebilmesiyle açıklanabilir. CD4+ T lenfosit sayısında düşme ise ilaç direncine, tedavinin etkisiz olması ihtimaline işaret edebilir. Bu yüzden CD4+ T lenfosit sayısının daha belirleyici bir etken olduğu düşünülebilir. Bununla beraber HbA1c düzeylerinin SF-36 fiziksel rol, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlev ve genel sağlık ile ters yönde korele olduğu izlendi ve yaşam kalitesini bozabileceği görüldü. Bu konuda CD4+ T lenfosit sayısına göre daha etkili bir faktör olabileceği düşünülebilir. CD4+ T lenfosit sayısı mikrolitrede 500'ün altına düşmeden HIV'le ilgili belirgin semptomatoloji izlenmeyebileceğinden ve alarm düzeyinin 200 olarak kabul edilebileceğinden giriş bölümünde bahsetmiştik. Dolayısıyla kritik düzeyleri görmeden bireylerin yaşam kalitesini bozmayabileceği düşünülebilir; ancak kavram olarak yaşantıda CD4+ T lenfosit varlığı sıklıkla HIV varlığını da bireylere hatırlatarak rol fonksiyonlarını bozabilir. HbA1c düzey değişikliklerinin ise bireylerin yaşam kaliteleri üzerinde daha etkili olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur; öyle ki bazı çalışmalar çok düşük HbA1c düzeylerinin fazla sıkı tedavi rejimi ve sık hipoglisemi ataklarıyla bağlantılı olabildiğinden ötürü çok yüksek HbA1c düzeyleri gibi yaşam kalitesini düşürdüğüne işaret etmektedir (192, 193, 194).

Sağlık anksiyetesinin Tip-I DM grubunda ve sağlıklı kontrol grubundaki korelasyonlarına bakıldığında HIV'le yaşayan hasta grubuyla benzer şekilde GSA, BDÖ, BAÖ skorları ile pozitif ve SUKDÖ skorları ile negatif korelasyon gösterdiği izlendi. Sağlıklı grupta yaşam kalitesinin tüm altölçekleriyle negatif korelasyon gösterdiği görüldü. HIV grubunda fiziksel rol, tip-I DM grubunda ise enerji ve ruhsal sağlık düzeyleri dışında tüm altölçekleri etkileyebileceği tespit edildi. Buradan hareketle sağlık anksiyetesinin kronik hastalığa sahip olmaktan, hastalığın ciddiyetinden, etiketleyiciliğinden, olası tedavi rejimlerinin sertliğinden bağımsız olarak tüm bireylerde çeşitli düzeylerde bulunabildiğini, ruhsal ve zihinsel yapımızın olağan bir parçası olduğunu, yüksek seviyelere çıktığında yaşam kalitesini ve psikososyal işlevselliği bozduğunu, müdahale gerektirdiğini ve yüksek seviyelerinin tanı kriterleriyle kodlanabilecek bir patoloji olabileceğini söylemek mümkün olabilir. HIV ile yaşayan bireylerde sağlık anksiyetesinin düzeylerinin diğer iki gruba göre daha yüksek gözlendiğini tekrarlamakta fayda görmekteyiz. Bu da sağlık anksiyetesinin, özellikle yüksek seviyelerde tespit edildiğinde HIV'le yaşayan bireyler için psikososyal

işlevsellik ve yaşam kalitesini bozması açısından önemli bir risk faktörü olabileceğine ve psikiyatrik konsültasyon gerektirebileceğine işaret ediyor olabilir.

5.2. Çalışmanın kısıtlılıkları ve üstünlükleri

Çalışmamızla ilgili ilk kısıtlılık örneklemele ilgilidir. Türkiye’de HIV’le yaşayan bireylerde erkek/kadın oranı 3.58 olarak verilmiştir. Ancak CTF Enfeksiyon Hastalıkları HIV polikliniğine başvuran hastalar için bu oran 2’ye yakındı ve hastalar alınırken bu oran tutturuldu. İkinci kısıtlılık HIV ve Tip-I DM hastalarının üniversite hastanesi polikliniğinden alınmış olmasıyla ilgili sayılabilir. Multidisipliner çalışan üniversite ortamının hastalara dış merkezlere göre daha konforlu bir izlem imkanı sunması çalışmada elde edilen verileri etkilemiş olabilir. Üçüncü kısıtlılık ise demografik verilerin alınması ile ilgili yaşandı. Sosyodemografik veri formu oluşturulurken çalışmaya dahil edilme kriterlerini dolduran ancak çalışmaya alınmayacak olan 20 HIV’le yaşayan bireyden fikir alındı. Etiketleyici doğası sebebiyle hastalığa ilişkin bazı soruların bu 20 bireyin tamamı tarafından reddedilmesi üzerine bu sorular formdan çıkarıldı. Bu sebeple veriler üzerinde etkili olabilecek cinsel yönelim ve gelir durumu sorgulanamadı. Dördüncü kısıtlılık ise stigmatizasyon faktörünün çalışmaya dahil edilemeyişi oldu. HIV’de stigmatizasyon ve self-stigmatizasyonla ilgili Türkçe geçerlilik-güvenilirliği yapılmış form bulunmamakta ve bu sebeple çalışmada stigmatizasyonun etkisi değerlendirilemedi. Beşinci kısıtlılık olarak veri toplama araçlarının öz bildirim formlarından seçilmiş olması sayılabilir. Tüm sonuçlar bireylerin kendi bildirdikleri ölçek skorlarıyla oluşturulmuştur. Son kısıtlılık ise psikososyal işlevselliğin değerlendirilmesi ile ilgiliydi. Buna yönelik olarak HIV’le yaşayan hastalarda kullanılacak, mental/ruhsal problemi olmayan bireyleri nesnel ölçütlere dayalı biçimde ölçmeyi amaçlayan standart tek bir form bulunamadı. Bu sebeple psikososyal işlevsellik kompozit bir model ile değerlendirilmeye çalışıldı.

Çalışmamızın temel üstünlüğü ise literatürde HIV grubunun sağlık anksiyetesinin düzeyini ve bunun yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellikle ilişkisini belirleyen ilk çalışma olmasıdır. Bunun yanında DSM-5’in yeni getirdiği somatik belirti bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğu tanılarına eleştirel bir bakışla yaklaşılması ve sağlık anksiyetesinin mevcut tanı rehberlerindeki farklı değerlendirilmesi bir diğer üstünlük olarak sayılabilir. Yine bu klinik antitelerin hem sağlıklı kontrol grubuyla hem

de bir diğer kronik hastalıkla karşılaştırılması daha net sonuçlar alınmasını sağlamıştır.
Bu da bir üstünlük olarak sayılabilir.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

1- Çalışmamızın en önemli sonuçlarından birisi HIV'le yaşayan bireylerde sağlık anksiyetesi düzeylerinin sağlıklı kontrollere ve tip-I DM grubuna göre daha yüksek düzeylerde bulunması oldu. Hipotezde de belirtildiği gibi immün sistemi etkileyen bu enfeksiyonun varlığı, HIV'le yaşayan bireylerin vücutlarındaki habis ya da selim her türlü değişiklik duyumunu HIV'e atfetmesiyle sonuçlanıyor olabilir. Bu açıdan hastalık hakkında standart bilgilendirmenin önemine dikkat çekmek isteriz. Ayrıca bu bilgilendirmenin etkinliği ya da hangi gruba nasıl yapılacağına ilişkin ek çalışmaların gerektiği kanısındayız.

2- Sağlık anksiyetesinin yüksek oluşu her 3 grupta da psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesi alanlarında bozulmayla ilişkili bulundu. Bu yanıyla gerek takibi yürüten enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının gerekse bu hastalarla muhtelif sebeplerle poliklinikte karşılaşan psikiyatri uzmanlarının sağlık anksiyetesi açısından dikkatli olması gerektiğini düşünmekteyiz.

3- Yakınlara açılmış olmak ya da bulaş şekli gibi anlamlı fark yaratmasını beklediğimiz bazı değişkenlerin etkisiz olduğunu gördük. Bu değişkenlerin sağlık anksiyetesi üzerindeki etkilerini yeniden değerlendirmenin önemli olabileceği ve bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu kanısındayız.

4- Hastalığın temel izlem göstergelerinden birisi olarak CD4+ T lenfosit sayısının düşüklüğü sağlık anksiyetesini arttırmakta, yaşam kalitesini ve psikososyal işlevselliği düşürmekte. Bu sebeple düşük CD4+ T lenfosit sayısı ile izlenen hastalarda psikiyatrik konsültasyonun oldukça önemli olduğunu düşünmekteyiz.

5- Çalışmanın ilgi çekici bulgularından birisi psikiyatrik tedavi altındaki HIV'le yaşayan bireylerin hemen her alanda psikiyatrik destek almayanlara göre daha kötü skorlara sahip olmasıydı. Bunu aldıkları psikiyatrik desteğin yetersizliği ile yorumlayabilmek mümkün. Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisinde çalışan hekimlerin ve enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının HIV ve ilişkili psikopatolojiler açısından ek eğitimlere tabi tutulmasının bu tabloyu değiştirebileceği kanısındayız.

6- Sağlık anksiyetesinin her 3 grupta da değişik düzeylerde mevcut olduğunu gözlemledik. Her 3 grup için de çeşitli psikometrik ölçümleri etkileyebildiğini gördük.

Bu yanıyla mevcut DSM-5 kriterleri ve literatürdeki şekliyle kullanılmasındansa ruhsal/zihinsel yapının bir parçası olarak görülmesi, üst düzeylere çıktığında müdahale edilmesi gerekliliği, bunun için mevcut kriterlerdeki bedensel yakınmaların ya da kaçınma davranışlarının aranmaması gerektiği kanaatindeyiz. Sınırların daha net hale getirilmesi için çok daha geniş ölçekli çalışmaların yapılması ve geniş tabanlı bir konsensüsün oluşması gerekli gibi görünmektedir.

7- Çalışmanın stigmatizasyon boyutu da ele alınarak daha geniş ve farklı merkezlerden alınan hasta grubuyla tekrarlanmasının, ileri çalışmaların yapılmasının tabloyu netleştirmek açısından faydalı ve gerekli olabileceği kanaatindeyiz.



KAYNAKÇA

1. Centers for Disease Control (CDC). (1981) Pneumocystis pneumonia--Los Angeles. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 30(21), 250.
2. Centers for Disease Control (CDC. (1981). Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men--New York City and California. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 30(25), 305.
3. Cohen, J. (2006). Making headway under hellacious circumstances. Retrieved from science.sciencemag.org
4. Gallo, R. C., Sarin, P. S., Gelmann, E. P., Robert-Guroff, M., Richardson, E., Kalyanaraman, V. S., ... & Leibowitch, J. (1983). Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science, 220(4599), 865-867.
5. Barré-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, J., ... & Rozenbaum, W. (1983). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science, 220(4599), 868-871.
6. Fell, M., Newman, S., Hems, M., Durrance, P., Manji, H., Connolly, S., ... & Harrison, M. (1993). Mood and psychiatric disturbance in HIV and AIDS: changes over time. The British Journal of Psychiatry, 162(5), 604-610.
7. Zinkernagel, C., Taffé, P., Rickenbach, M., Amiet, R., Ledergerber, B., Volkart, A. C., ... & Battegay, M. (2001). Importance of mental health assessment in HIV-infected outpatients. JAIDS-HAGERSTOWN MD-, 28(3), 240-249.
8. Rabkin, J. G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in HIV illness. International Review of Psychiatry, 8(2-3), 157-166.
9. Hedman, E., Ljótsson, B., Axelsson, E., Andersson, G., Rück, C., & Andersson, E. (2017). Health anxiety in obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive symptoms in severe health anxiety: an investigation of symptom profiles. Journal of anxiety disorders, 45, 80-86.

10. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
11. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
12. Hayter, A. L., Salkovskis, P. M., Silber, E., & Morris, R. G. (2016). The impact of health anxiety in patients with relapsing remitting multiple sclerosis: Misperception, misattribution and quality of life. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 371-386.
13. Lix, L. M., Graff, L. A., Walker, J. R., Clara, I., Rawsthorne, P., Rogala, L., ... & Bernstein, C. N. (2008). Longitudinal study of quality of life and psychological functioning for active, fluctuating, and inactive disease patterns in inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*, 14(11), 1575-1584.
14. Maunder, R. G., & Greenberg, G. R. (2004). Comparison of a disease activity index and patients' self-reported symptom severity in ulcerative colitis. *Inflammatory bowel diseases*, 10(5), 632-636.
15. Craig, L. C. (2016). *The experience of trauma and health anxiety in complex Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): A Cross Sectional Study* (Doctoral dissertation, Department of Neuroscience, Psychology and Behaviour).
16. Barré-Sinoussi, F., Ross, A. L., & Delfraissy, J. F. (2013). Past, present and future: 30 years of HIV research. *Nature Reviews Microbiology*, 11(12), 877.
17. Connors, W. J., Krentz, H. B., & Gill, M. J. (2017). Healthcare contacts among patients lost to follow-up in HIV care: review of a large regional cohort utilizing electronic health records. *International journal of STD & AIDS*, 28(13), 1275-1281.
18. Kuiken, C., Foley, B., Leitner, T., Apetrei, C., Hahn, B., Mizrachi, I., ... & Korber, B. (2010). *HIV sequence compendium 2010* (No. LA-UR--10-03684). Los Alamos National Laboratory (LANL), Los Alamos, NM (United States).
19. Douek, D. C., Roederer, M., & Koup, R. A. (2009). Emerging concepts in the immunopathogenesis of AIDS. *Annual review of medicine*, 60, 471-484.

20. Reeves, J. D., & Doms, R. W. (2002). Human immunodeficiency virus type 2. *Journal of general virology*, 83(6), 1253-1265.
21. How HIV causes AIDS? (2005, August). Retrieved from www.niaid.nih.gov/factsheets/howhiv.htm
22. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS., & World Health Organization. (2007). AIDS epidemic update, December 2006. World Health Organization.
23. Mabuka, J., Nduati, R., Odem-Davis, K., Peterson, D., & Overbaugh, J. (2012). HIV-specific antibodies capable of ADCC are common in breastmilk and are associated with reduced risk of transmission in women with high viral loads. *PLoS pathogens*, 8(6), e1002739.
24. Hahn, R. A., & Inhorn, M. C. (2009). *Anthropology and public health: bridging differences in culture and society*. Oxford University Press, USA.
25. Mead, M. N. (2008). Contaminants in human milk: weighing the risks against the benefits of breastfeeding. *Environmental Health Perspectives*, 116(10), A426.
26. Cunningham, A. L., Donaghy, H., Harman, A. N., Kim, M., & Turville, S. G. (2010). Manipulation of dendritic cell function by viruses. *Current opinion in microbiology*, 13(4), 524-529.
27. Garg, H., Mohl, J., & Joshi, A. (2012). HIV-1 induced bystander apoptosis. *Viruses*, 4(11), 3020-3043.
28. Mahon, C. R., & Mahon, R. (2015). *Textbook of diagnostic microbiology*. Content Technologies, Inc.
29. Vogel, M., Schwarze-Zander, C., Wasmuth, J. C., Spengler, U., Sauerbruch, T., & Rockstroh, J. K. (2010). The treatment of patients with HIV. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(28-29), 507.
30. Evian, C. (2007). *Primary HIV/AIDS Care: A Practical Guide for Primary Care Personnel in a Clinical and Supportive Setting*. Jacana Media.
31. Reeders, J. W. (2001). *Radiology of AIDS*. Springer Science & Business Media.

32. Munn, S. (2002). Burkitt's Lymphoma. *AIDS patient care and STDs*, 16(8), 395-399.
33. Chu, C., & Selwyn, P. A. (2011). Complications of HIV infection: a systems-based approach. *Am Fam Physician*, 83(4), 395-406.
34. World Health Organization. (2007). WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children.
35. Centers for Disease Control (CDC). (1982). Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)--United States. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 31(37), 507.
36. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2016). *Global AIDS update 2016*. Geneva: UNAIDS.
37. Türk Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı. 2016-HIV raporu. <https://www.thsk.gov.tr/dokumanlar/70-bula%C5%9F%C4%B1c%C4%B1-hastal%C4%B1klar-daire-ba%C5%9Fkanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-d%C3%B6k%C3%BCmanlar%C4%B1/87-bro%C5%9F%C3%BCrler.feed?type=rss>
38. Türk Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıkları Daire Başkanlığı. 2013. HIV/AIDS Tanı ve Tedavi Rehberi. http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/bulasici-hastaliklar-db/hiv_aids_tani_tedavi_rehberi_2013.pdf
39. Clumeck, N., Pozniak, A., Raffi, F., & EACS Executive Committee. (2008). European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV- infected adults. *HIV medicine*, 9(2), 65-71.
40. Baker, J. V., Peng, G., Rapkin, J., Abrams, D. I., Silverberg, M. J., MacArthur, R. D., ... & Neaton, J. D. (2008). CD4+ count and risk of non-AIDS diseases following initial treatment for HIV infection. *AIDS (London, England)*, 22(7), 841.

41. Grinsztejn, B., Hosseinipour, M. C., Ribaud, H. J., Swindells, S., Eron, J., Chen, Y. Q., ... & Gamble, T. (2014). Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *The Lancet infectious diseases*, 14(4), 281-290.
42. Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., ... & Godbole, S. V. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England journal of medicine*, 365(6), 493-505.
43. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. (2008). Major clinical outcomes in antiretroviral therapy (ART)-naive participants and in those not receiving ART at baseline in the SMART study. *The Journal of infectious diseases*, 197(8), 1133-1144.
44. Riddler, S. A., Haubrich, R., DiRienzo, A. G., Peeples, L., Powderly, W. G., Klingman, K. L., ... & Lalloo, U. G. (2008). Class-sparing regimens for initial treatment of HIV-1 infection. *New England Journal of Medicine*, 358(20), 2095-2106.
45. Whetten, K., Reif, S., Whetten, R., & Murphy-McMillan, L. K. (2008). Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: implications for effective care. *Psychosomatic medicine*, 70(5), 531-538.
46. Lewis, K. S. (1998). Emotional adjustment to a chronic illness. *Lippincott's primary care practice*, 2(1), 38-51.
47. Stevens, P. E., & Hildebrandt, E. (2006). Life changing words: Women's responses to being diagnosed with HIV infection. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 207-221.
48. Hult, J. R., Maurer, S. A., & Moskowitz, J. T. (2009). "I'm sorry, you're positive": a qualitative study of individual experiences of testing positive for HIV. *AIDS care*, 21(2), 185-188.
49. Meursing, K., & Sibindi, F. (2000). HIV counselling—a luxury or necessity?. *Health Policy and Planning*, 15(1), 17-23.

50. Galvan, F. H., Burnam, M. A., & Bing, E. G. (2003). Co-occurring psychiatric symptoms and drug dependence or heavy drinking among HIV-positive people. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(sup1), 153-160.
51. Lyketsos, C. G., Hutton, H., Fishman, M., Schwartz, J., & Treisman, G. J. (1996). Psychiatric morbidity on entry to an HIV primary care clinic. *Aids*.
52. Morrison, M. F., Petitto, J. M., Have, T. T., Gettes, D. R., Chiappini, M. S., Weber, A. L., ... & Evans, D. L. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 789-796.
53. Chandra, P. S., Ravi, V., Desai, A., & Subbakrishna, D. K. (1998). Anxiety and depression among HIV-infected heterosexuals—a report from India. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(5), 401-409.
54. Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 725-730.
55. Logie, C., & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS care*, 21(6), 742-753.
56. Smith, R., Rossetto, K., & Peterson, B. L. (2008). A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS care*, 20(10), 1266-1275.
57. Lee, R. S., Kochman, A., & Sikkema, K. J. (2002). Internalized stigma among people living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior*, 6(4), 309-319.
58. Rao, D., Kekwaletswe, T. C., Hosek, S., Martinez, J., & Rodriguez, F. (2007). Stigma and social barriers to medication adherence with urban youth living with HIV. *AIDS care*, 19(1), 28-33.
59. Demirel, O. F., Mayda, P. Y., Yıldız, N., Sağlam, H., Koçak, B. T., Habip, Z., ... & Kocazeybek, B. (2018). Self-stigma, depression, and anxiety levels of people living with HIV in Turkey. *The European Journal of Psychiatry*.
60. Gartner, S. (2000). HIV infection and dementia. *Science*, 287(5453), 602-604.

61. Alvarez, M. R., Garrido, J. M. F., & López, M. A. S. (2007). Neuropsychological impairment and the natural history of HIV-1 infection in Spanish subjects. *Functional neurology*, 22(3), 165.
62. Burack, J. H., Barrett, D. C., Stall, R. D., Chesney, M. A., Ekstrand, M. L., & Coates, T. J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Jama*, 270(21), 2568-2573.
63. Page-Shafer, K., Delorenze, G. N., Satariano, W. A., & Winkelstein, W. (1996). Comorbidity and survival in HIV-infected men in the San Francisco Men's Health Survey. *Annals of epidemiology*, 6(5), 420-430.
64. Mayne, T. J., & Chesney, M. A. (1996). Depressive Affect and Survival Among Gay. *Arch Intern Med*, 156, 2233-2238.
65. Lucock, M. P., & Morley, S. (1996). The health anxiety questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1(2), 137-150.
66. Conroy, R. M., Smyth, O., Siriwardena, R., & Fernandes, P. (1999). Health anxiety and characteristics of self-initiated general practitioner consultations. *Journal of psychosomatic research*, 46(1), 45-50.
67. Bailer, J., Kerstner, T., Withhöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 219-239.
68. Warwick, H. M. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(6), 705-711.
69. Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24(5), 597-602.
70. Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical psychology review*, 27(2), 127-139.

71. Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Valentiner, D. P. (2007). The short health anxiety inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 871-883.
72. Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86-94.
73. Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 847-855.
74. Hart, J., & Björgvinsson, T. (2010). Health anxiety and hypochondriasis: description and treatment issues highlighted through a case illustration. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(2), 122-140.
75. Asmundson, G. J., Taylor, S., Carleton, R. N., Weeks, J. W., & Hadjistavropoulos, H. D. (2012). Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 246-251.
76. Fink, P., Ørnboel, E., Toft, T., Sparle, K. C., Frostholm, L., & Olesen, F. (2004). A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1680-1691.
77. Wells, A., & Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: Content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 265-273.
78. Rachman, S. (1973). Some similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations. *Can Psychiar. Ass. J.* 18, 71-73.
79. Lipsitt, D. R. (1974). Psychodynamic considerations of hypochondriasis. *Psychotherapy and psychosomatics*, 23(1-6), 132-141.
80. Deutsch, F. (Ed.). (1959). *On the mysterious leap from the mind to the body: A workshop study on the theory of conversion*. International Universities Press.
81. Schur, M. (1955). Comments on the metapsychology of somatization. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 10(1), 119-164.

82. Rosenfeld, H. (1958). Some observations on the psychopathology of hypochondriacal states. *The International journal of psycho-analysis*, 39, 121.
83. Rosenfeld, D. (1984). Hypochondrias, somatic delusion and body scheme in psycho-analytic practice. *The International journal of psycho-analysis*, 65, 377.
84. Wahl, C. W. (1963). Unconscious factors in the psychodynamics of the hypochondriacal patient. *Psychosomatics*, 4(1), 9-14.
85. Taylor, S. (2004). Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 112-123.
86. Edo, S., Torrents-Rodas, D., Rovira, T., & Fernandez-Castro, J. (2012). Impact when receiving a diagnosis: Additive and multiplicative effects between illness severity and perception of control. *Journal of health psychology*, 17(8), 1152-1160.
87. Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., ... & Keeling, M. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of psychosomatic research*, 71(6), 392-394.
88. Tang, N. K., Salkovskis, P. M., Hodges, A., Soong, E., Hanna, M. H., & Hester, J. (2009). Chronic pain syndrome associated with health anxiety: A qualitative thematic comparison between pain patients with high and low health anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 1-20.
89. Rode, S., Salkovskis, P., Dowd, H., & Hanna, M. (2006). Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 155-161.
90. Kehler, M. D., & Hadjistavropoulos, H. D. (2009). Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis?. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(2), 150.
91. Miller, D. (1988). HIV and social psychiatry. *British Medical Bulletin*, 44(1), 130-148.

92. Grassi, L., Righi, R., Makoui, S., Sighinolfi, L., Ferri, S., & Ghinelli, F. (1999). Illness behavior, emotional stress and psychosocial factors among asymptomatic HIV-infected patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(1), 31-38.
93. Murphy, D. A., Durako, S. J., Moscicki, A. B., Vermund, S. H., Ma, Y., Schwarz, D. F., & Muenz, L. R. (2001). No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. *Journal of adolescent Health*, 29(3), 57-63.
94. Şahin, N. E., & Emiroğlu, O. N. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1).
95. Emerson, E. B. (1985). Evaluating the impact of deinstitutionalization on the lives of mentally retarded people. *American Journal of Mental Deficiency*, 90(3), 277-288.
96. Forward, S. (2003). State of the art report on life quality assessment in the field of transport and mobility. Swedish National Road and Transport Research Institute, Linoeping, Sweden.
97. Elkinton, J. R. (1966). Medicine and the quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 64(3), 711-714.
98. Top, M. Ş., Özden, S. Y., & Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1), 20.
99. Fitzpatrick, R., & Albrecht, G. (1994). The plausibility of quality-of-life measures in different domains of health care. In *Concepts and measurement of quality of life in health care* (pp. 201-227). Springer, Dordrecht.
100. Hendry, F., & McVittie, C. (2004). Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qualitative health research*, 14(7), 961-975.
101. Avcı, K., & Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.

102. Hennessy, C. H., Moriarty, D. G., Zack, M. M., Scherr, P. A., & Brackbill, R. (1994). Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Reports*, 109(5), 665–672.
103. Shumaker, S. A., Wyman, J. F., Uebersax, J. S., McClish, D., & Fantl, J. A. (1994). for the Continence Program in Women (CPW) Research Group. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res*, 3(5), 291-306.
104. Osoba, D. (1994). Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 12(3), 608-616.
105. Pearlman, R. A., & Uhlmann, R. F. (1988). Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *Journal of gerontology*, 43(2), M25-M30.
106. Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W., & Haass, M. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 87(3), 235-241.
107. Frank, L., Kleinman, L., Rentz, A., Ciesla, G., Kim, J. J., & Zacker, C. (2002). Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. *Clinical therapeutics*, 24(4), 675-689.
108. Younossi, Z. M., Boparai, N., Price, L. L., Kiwi, M. L., McCormick, M., & Guyatt, G. (2001). Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *The American journal of gastroenterology*, 96(7), 2199-2205.
109. Basavaraj, K. H., Navya, M. A., & Rashmi, R. (2010). Quality of life in HIV/AIDS. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 31(2), 75–80
110. Sowell, R. L., Seals, B. F., Moneyham, L., Demi, A., Cohen, L., & Brake, S. (1997). Quality of life in HIV-infected women in the south-eastern United States. *AIDS care*, 9(5), 501-512.

111. Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Fleishman, J. A., Vitiello, B., Magruder, K. M., Bing, E. G., ... & Bozzette, S. A. (2000). Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 248-254.
112. Erikson, E.H. (1959). *Identity and the life cycle: selected papers*. Oxford, England: International Universities Press.
113. Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(1), 56-121.
114. England, M. J., Butler, A. S., & Gonzalez, M. L. (2015). *Committee on Developing Evidence-Based Standards for Psychosocial Interventions for Mental Disorders*.
115. Bech, P., Lunde, M., & Uden, M. (2002). Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS): Psychometric analysis as outcome measure in the treatment of patients with major depression in the remission phase. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 6(3), 141-146.
116. Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child development*, 74(3), 769-782.
117. Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: care, health and development*, 32(1), 19-31.
118. Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social science & medicine*, 59(4), 721-733.
119. Syrjala, K. L., Chapko, M. K., Vitaliano, P. P., Cummings, C., & Sullivan, K. M. (1993). Recovery after allogeneic marrow transplantation: prospective study of predictors of long-term physical and psychosocial functioning. *Bone marrow transplantation*, 11(4), 319-327.

120. Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18(12), 3042-3055.
121. Patenaude, A. F., & Kupst, M. J. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of pediatric psychology*, 30(1), 9-27.
122. Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives.
123. Smith, L., Feaster, D. J., Prado, G., Kamin, M., Blaney, N., & Szapocznik, J. (2001). The psychosocial functioning of HIV+ and HIV- African American recent mothers. *AIDS and Behavior*, 5(3), 219-231.
124. Das, S., Mukherjee, A., Lodha, R., & Vatsa, M. (2010). Quality of life and psychosocial functioning of HIV infected children. *The Indian Journal of Pediatrics*, 77(6), 633-637.
125. Steele, R. G., Nelson, T. D., & Cole, B. P. (2007). Psychosocial functioning of children with AIDS and HIV infection: review of the literature from a socioecological framework. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(1), 58-69.
126. Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
127. Kilic, C. (1996). Genel Sağlık Anketi: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 3-9.
128. Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). A User's Guide to the General Health Questionnaire: GHQ. GL assessment.
129. Janca, A., Üstün, T. B., & Sartorius, N. (1994). New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(2), 73-83.

130. Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853.
131. Aydemir, Ö., Kirpinar, I., Tülay, S. A. T. I., Uykur, B., & Cengiziz, C. (2013). Reliability and validity of the Turkish version of the health anxiety inventory. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50(4), 325.
132. Karaer, E. Ö., Aktaş, S., & Aslan, S. (2012). Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Haftalık Kısa Form) Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15, 41-48.
133. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
134. Kocyigit, H. (1999). Reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (SF-36): a study in a group of patients with rheumatic diseases. *Turk J Drugs Ther*, 12, 102-106.
135. Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1), S57-S70.
136. Akkaya, C., Sarandöl, A., Danaci, A. E., Sivrioğlu, E. Y., Kaya, E., & Kirli, S. (2008). Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 19(3).
137. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
138. Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Turkish Journal of Psychology*, 6, 118-122.
139. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.

140. Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163.
141. First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
142. Kamenga, M., Ryder, R. W., Jingu, M., Mbuyi, N., Mbu, L., Behets, F., . . . Heyward, W. L. (1991). Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: Experience at an HIV counselling center in Zaire. *AIDS*, 5(1), 61-67.
143. Reniers, G. (2008). Marital strategies for regulating exposure to HIV. *Demography*, 45(2), 417-438.
144. Fortenberry, J. D. (1998). Alcohol, drugs, and STD/HIV risk among adolescents. *AIDS Patient Care and STDs*, 12(10), 783-786.
145. Strunin, L., & Hingson, R. (1992). Alcohol, drugs, and adolescent sexual behavior. *International journal of the Addictions*, 27(2), 129-146.
146. Robertson, J. A., & Plant, M. A. (1988). Alcohol, sex and risks of HIV infection. *Drug & Alcohol Dependence*, 22(1), 75-78.
147. Van Tieu, H., & Koblin, B. A. (2009). HIV, alcohol, and noninjection drug use. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 4(4), 314-318.
148. Simbayi, L. C., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social science & medicine*, 64(9), 1823-1831.
149. Brown, L., Macintyre, K., & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?. *AIDS education and prevention*, 15(1), 49-69.

150. Kordovski, V. M., Woods, S. P., Verduzco, M., & Beltran, J. (2017). The effects of aging and HIV disease on employment status and functioning. *Rehabilitation psychology, 62*(4), 591.
151. Van As, M., Myezwa, H., Stewart, A., Maleka, D., & Musenge, E. (2009). The International Classification of Function Disability and Health (ICF) in adults visiting the HIV outpatient clinic at a regional hospital in Johannesburg, South Africa. *Aids Care, 21*(1), 50-58.
152. Price, S., & Goyette, J. (2003). Role of the psychiatrist in the care of patients with hepatitis C and HIV/AIDS. *Psychiatric quarterly, 74*(3), 261-276.
153. Anderson, M., Elam, G., Gerver, S., Solarin, I., Fenton, K., & Easterbrook, P. (2010). "It took a piece of me": initial responses to a positive HIV diagnosis by Caribbean people in the UK. *AIDS care, 22*(12), 1493-1498.
154. Roth, N. L., & Nelson, M. S. (1997). HIV diagnosis rituals and identity narratives. *AIDS care, 9*(2), 161-180.
155. Flowers, P., Davis, M. M., Larkin, M., Church, S., & Marriott, C. (2011). Understanding the impact of HIV diagnosis amongst gay men in Scotland: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Health, 26*(10), 1378-1391.
156. Stevens, P. E., & Tighe Doerr, B. (1997). Trauma of discovery: Women's narratives of being informed they are HIV-infected. *AIDS care, 9*(5), 523-538.
157. Katz, S., & Nevid, J. S. (2005). Risk factors associated with posttraumatic stress disorder symptomatology in HIV-infected women. *AIDS Patient Care & STDs, 19*(2), 110-120.
158. Sacks, M., Dermatis, H., Looser-Ott, S., & Perry, S. (1992). Seroprevalence of HIV and risk factors for AIDS in psychiatric inpatients. *Hospital & community psychiatry.*
159. Susser, E., Valencia, E., & Conover, S. (1993). Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. *American Journal of Public Health, 83*(4), 568-570.

160. Cournos, F., & Empfield, M. (1991). HIV seroprevalence among patients admitted to two psychiatric hospitals. *The American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1225.
161. 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*.
162. Strauss, A. L. (1975). Chronic illness and the quality of life.
163. Guyatt, G. H., Berman, L. B., Townsend, M., Pugsley, S. O., & Chambers, L. W. (1987). A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*, 42(10), 773-778.
164. Eiser, C., & Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 5(4), 1-157.
165. Laffel, L. M., Connell, A., Vangsness, L., Goebel-Fabbri, A., Mansfield, A., & Anderson, B. J. (2003). General quality of life in youth with type 1 diabetes: relationship to patient management and diabetes-specific family conflict. *Diabetes care*, 26(11), 3067-3073.
166. Hays, R. D., Cunningham, W. E., Sherbourne, C. D., Wilson, I. B., Wu, A. W., Cleary, P. D., ... & Eggen, F. (2000). Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *The American journal of medicine*, 108(9), 714-722.
167. Ragsdale, D., & Morrow, J. R. (1990). Quality of life as a function of HIV classification. *Nursing Research*.
168. Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A., & Ziebarth, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Research in nursing & health*, 12(6), 347-354.
169. Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of general internal medicine*, 16(4), 266-275.

170. Kroenke, K., & Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *The American journal of medicine*, 86(3), 262-266.
171. Muñoz, R. A., McBride, M. E., Brnabic, A. J., López, C. J., Hetem, L. A. B., Secin, R., & Dueñas, H. J. (2005). Major depressive disorder in Latin America: the relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *Journal of affective disorders*, 86(1), 93-98.
172. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Linzer, M., Hahn, S. R., deGruy III, F. V., & Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of family medicine*, 3(9), 774.
173. Turner-Cobb, J. M., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israelski, D., & Spiegel, D. (2002). Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 337-353.
174. Cochran, S. D., & Mays, V. M. (1994). Depressive distress among homosexually active African American men and women. *The American Journal of Psychiatry*, 151(4), 524.
175. Myers, H. F., & Durvasula, R. S. (1999). Psychiatric disorders in African American men and women living with HIV/AIDS. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5(3), 249.
176. Marwick, K. F., & Kaaya, S. F. (2010). Prevalence of depression and anxiety disorders in HIV-positive outpatients in rural Tanzania. *AIDS care*, 22(4), 415-419.
177. Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 349-367.
178. Kagee, A., & Martin, L. (2010). Symptoms of depression and anxiety among a sample of South African patients living with HIV. *AIDS care*, 22(2), 159-165.

179. Olatunji, B. O., Etzel, E. N., Tomarken, A. J., Ciesielski, B. G., & Deacon, B. (2011). The effects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 719-728.
180. Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., ... & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 30(1), 78-88.
181. Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53.
182. Mudrack, P. E. (2004). Job involvement, obsessive-compulsive personality traits, and workaholic behavioral tendencies. *Journal of Organizational Change Management*, 17(5), 490-508.
183. Blalock, A. C., Mcdaniel, J. S., & Farber, E. W. (2002). Effect of employment on quality of life and psychological functioning in patients with HIV/AIDS. *Psychosomatics*, 43(5), 400-404.
184. Parsons, J. T., VanOra, J., Missildine, W., Purcell, D. W., & Gómez, C. A. (2004). Positive and negative consequences of HIV disclosure among seropositive injection drug users. *AIDS Education and Prevention*, 16(5), 459-475.
185. Strachan, E. D., Bennett, W. R. M., Russo, J., & Roy-Byrne, P. P. (2007). Disclosure of HIV status and sexual orientation independently predicts increased absolute CD4 cell counts over time for psychiatric patients. *Psychosomatic medicine*, 69(1), 74-80.
186. Vyavaharkar, M., Moneyham, L., Corwin, S., Tavakoli, A., Saunders, R., & Annang, L. (2011). HIV-disclosure, social support, and depression among HIV-infected African American women living in the rural southeastern United States. *AIDS Education and Prevention*, 23(1), 78-90.
187. Kaharuza, F. M., Bunnell, R., Moss, S., Purcell, D. W., Bikaako-Kajura, W., Wamai, N., ... & Mermin, J. (2006). Depression and CD4 cell count among persons with HIV infection in Uganda. *AIDS and Behavior*, 10(1), 105-111.

188. Murphy, D. A., Wilson, C. M., Durako, S. J., Muenz, L. R., & Belzer, M. (2001). Antiretroviral medication adherence among the REACH HIV-infected adolescent cohort in the USA. *AIDS care*, 13(1), 27-40.
189. Gill, C. J., Griffith, J. L., Jacobson, D., Skinner, S., Gorbach, S. L., & Wilson, I. B. (2002). Relationship of HIV viral loads, CD4 counts, and HAART use to health-related quality of life. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 30(5), 485-492.
190. Weinfurt, K. P., Willke, R. J., Glick, H. A., Freimuth, W. W., & Schulman, K. A. (2000). Relationship between CD4 count, viral burden, and quality of life over time in HIV-1-infected patients. *Medical Care*, 38(4), 404-410.
191. Eifert, G. H., Hodson, S. E., Tracey, D. R., Seville, L., & Gunawardane, K. (1996). Heart-focused anxiety, illness beliefs, and behavioral impairment: comparing healthy heart-anxious patients with cardiac and surgical inpatients. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(4), 385-399.
192. Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 15(3), 205-218.
193. Hoey, H., Aanstoot, H. J., Chiarelli, F., Daneman, D., Danne, T., Dorchy, H., ... & Hougaard, P. (2001). Good metabolic control is associated with better quality of life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 24(11), 1923-1928.
194. Hassan, K., Loar, R., Anderson, B. J., & Heptulla, R. A. (2006). The role of socioeconomic status, depression, quality of life, and glycemic control in type 1 diabetes mellitus. *The Journal of pediatrics*, 149(4), 526-531.

EKLER

EK-1

“HIV ile Yaşayan Bireylerde Sağlık Anksiyetesinin Yaşam Kalitesi ve Psikososyal İşlevsellikle İlişkisi” adlı çalışmaya katılım onayı için ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

1. Yukarıda başlığı belirtilen çalışmaya katılım için uygun bir adaysınız. Bu çalışma tez amacıyla yapılan bir araştırmadır.
2. Çalışmamızın amacı HIV ile enfekte bireylerin sağlık anksiyetesini araştırmak ve bunun yarattığı psikososyal işlevsellikte ve yaşam kalitesinde olası azalma açısından psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyup duymayacakları irdelemektir.
3. Araştırmada herhangi bir ek tedavi önerisinde bulunulmayacaktır.
4. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde kendi başınıza dolduracağımız 7 adet form size teslim edilecektir. Bu formları isimsiz doldurma hakkına sahipsiniz. Bundan sonra doldurduğunuz anketleri istatistiksel yöntemlerle inceleyeceğiz.
5. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden beklenen formları olabildiğince eksiksiz doldurmanızdır.
6. Anket çalışması olduğu için maruz kalabileceğiniz herhangi bir risk ya da rahatsızlık bulunmamaktadır.
7. Araştırma sonlandığında sizin adınıza doğrudan bir klinik fayda oluşmayabilir. Uzun vadede HIV'e yönelik psikososyal desteğin gerekliliğini anlayabilmek amacıyla yapılan bir araştırmadır.
8. Araştırma sizin tedavi akışınızı herhangi bir şekilde bozmayacaktır.
9. Bu çalışmada size herhangi bir maddi katkı sunulamayacaktır.
10. Bu araştırma tamamen isteğinize bağlıdır. Herhangi bir ceza ya da hak kaybı yaşamadan dilediğiniz aşamada çalışmadan çıkma hakkına, çalışmayı kabul etmeme hakkına sahipsiniz.

11. Bu araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmayı takip eden etik kurul, verilere erişme talebinde bulunabilir. Böyle bir durumda verileriniz isimsiz bir şekilde söz konusu etik kurulla paylaşılabilir ancak kimliğiniz her durumda gizli tutulacaktır. Etik kurul da verdiğiniz bilgilerin gizli tutulmasından tamamiyle sorumludur ve bunun farkında olan hekimlerce oluşturulmuştur.

12. Kimliğiniz veya bunu ortaya çıkarabilecek bilgileriniz tamamiyle gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlandırıldığında ve yayınlandığında da bu gizlilik katı şekilde sürdürülecektir.

13. Araştırma sürecinde katılım fikrinizi değiştirebilecek yeni değişiklik/gelişme olduğu takdirde hemen bilgilendirileceksiniz ve katılım isteğinizin devam edip etmediğine dair kararınızı yenileyebileceksiniz.

14. Araştırmayla ilgili herhangi bir yan etki gösterebilecek tedavi önerisinde bulunulmayacaktır. Bununla beraber her an araştırma ekibine ulaşabileceksiniz.

15. Araştırmadan çekilmeye karar vermeniz, araştırma süresince şizofreni, bipolar bozukluk gibi bir hastalığın ortaya çıkması durumlarında katılımınız hemen sonlandırılacaktır.

16. Araştırmaya anketleri doldurduğunuz andan itibaren aktif katılımınız sonlanmış bulunur. Ancak ilerleyen dönemlerde doldurduğunuz anketleri ve verdiğiniz bilgileri geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu araştırmanın Mayıs 2018 itibariyle sonlanması planlanmaktadır.

17. Araştırmaya 80 kişilik deney grubunun ve 160 kişilik kontrol grubunun dahil olması beklenmektedir.

18. Kan, salya ya da buna benzer herhangi bir materyal talebimiz olmayacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen çalışma ekibi üyesi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan, kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının,

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmayla ilgili bilgilendirme

yapan hekim

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Gerekli görülürse şahit olan kişinin

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK-2

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU (HIV grubu) Anket no: Bilinen son

CD4 sayısı:

(İSTEĞE BAĞLI) Adı-Soyadı:

Doğum yeri:

Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek

Yaşı:

Medeni durum: 1.Evli 2.Bekar 3.Dul/Boşanmış

Kaç yıldır evli:

Kaç çocuğu var:

Eğitim süresi (yıl olarak):

Çalışma durumu: 1.Halen çalışıyor 2. Çalışmıyor

Sigara kullanımı: 0. Yok 1. Var

Varsa tüketim miktarı:paket/yıl

Kronik alkol kullanımı: 0. Yok 1.Var

Alkole başlama yaşı:

Madde kullanımı: 0. Yok 1. Var

Varsa kullandığı madde: Esrar, kokain, amfetamin, ekstazy, eroin, biperiden, benzodiazepin, uçucu madde, Gi(GHB), Tina/Crack/Kristal/Taş (Metamfetamin), ketamin

Varsa maddeye başlama yaşı:

HIV Enfeksiyonu Tanı Alma yaşı:

HIV'i nasıl edinmiş olabilirsiniz? 1.Cinsel yolla 2. Kan yoluyla/tedaviyle 3. Bilmiyorum

HIV tedavisi başlanmış mı - Başlanmışsa süresi:.....

Enfeksiyondan kimseye bahsettiniz mi? Cevabınız evet ise yakınlık derecesi:

Psikiyatrik destek alıyor musunuz? 0. Yok 1. Var

-Alıyorsanız tanınızı biliyor musunuz?

-Alıyorsanız ne zaman başladınız? HIV enfeksiyonundan 1.Önce 2. Sonra

Komorbid Hastalıklar (görüşmeci dolduracak):

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU (Tip-I DM grubu)

Bilinen son HbA1c

yüzdesi:

(İSTEĞE BAĞLI) Adı-Soyadı:

Doğum yeri:

Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek

Yaşı:

Medeni durum: 1.Evli 2.Bekar 3.Dul/Boşanmış

Kaç yıldır evli:

Kaç çocuğu var:

Eğitim süresi (yıl olarak):

Çalışma durumu: 1.Halen çalışıyor 2. Çalışmıyor

Sigara kullanımı: 0. Yok 1. Var

Varsa tüketim miktarı:paket/yıl

Kronik alkol kullanımı: 0. Yok 1.Var

Alkole başlama yaşı:

Madde kullanımı: 0. Yok 1. Var

Varsa kullandığı madde: Esrar, kokain, amfetamin, ekstazy, eroin, biperiden, benzodiazepin, uçucu madde, Gi(GHB), Tina/Crack/Kristal/Taş (Metamfetamin), ketamin

Varsa maddeye başlama yaşı:

Tip-I DM Tanı Alma yaşı:

Psikiyatrik destek alıyor musunuz? 0. Yok 1. Var

-Alıyorsanız tanınızı biliyor musunuz?

Komorbid Hastalıklar (görüşmeci dolduracak):

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU (sağlıklı kontrol)

(İSTEĞE BAĞLI) Adı-Soyadı:

Doğum yeri:

Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek

Yaşı:

Medeni durum: 1.Evli 2.Bekar 3.Dul/Boşanmış

Kaç yıldır evli:

Kaç çocuğu var:

Eğitim süresi (yıl olarak):

Çalışma durumu: 1.Halen çalışıyor 2. Çalışmıyor

Sigara kullanımı: 0. Yok 1. Var

Varsa tüketim miktarı:paket/yıl

Kronik alkol kullanımı: 0. Yok 1.Var

Alkole başlama yaşı:

Madde kullanımı: 0. Yok 1. Var

Varsa kullandığı madde: Esrar, kokain, amfetamin, ekstazy, eroin, biperiden, benzodiazepin, uçucu madde, Gi(GHB), Tina/Crack/Kristal/Taş (Metamfetamin), ketamin

Varsa maddeye başlama yaşı:

Psikiyatrik destek alıyor musunuz? 0. Yok 1. Var

-Alıyorsanız tanınızı biliyor musunuz?

Komorbid Hastalıklar (görüşmeci dolduracak):

EK-3

GENEL SAĞLIK ANKETİ - 28

Kılıç 1996

İsim:.....

Tarih:.....

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz :

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.

SON ZAMANLARDA

A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok daha kötü
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	hayır, hiç duymuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A6. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B2. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
B4. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	hayır, hiç olmuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B5. Nedensiz korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	hayır, hiç kapılmıyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B6. Her şeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok fazla
B7. Kendinizi sürekli sınırlı ve gergin hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla

SON ZAMANLARDA				
C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	evet,her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	hayır, hiç almıyor	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok uzun
C3. Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	evet,her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	evet,her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	hayır, hiç düşünmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	kesinlikle hayır	her zamanki kadar	aklımdan geçtiği oldu	çok sık
D5. Sınırlarınız bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D6. Kendi kendinize "ölsün de kurtulsam" dedüğünüz oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	kesinlikle hayır	düşünmedim	aklımdan geçtiği oldu	çok sık

EK-4

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığımıla ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığımıla ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığımıla ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığımıla ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığımıla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığımıla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığımıla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımıla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız/bir başka hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK-5

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümdede yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürütmek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığımız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığımız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığımız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelere (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-6

SOSYAL UYUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ad, Soyad:

Tarih: / /

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıdaki soruları şu anki fikrinize göre cevaplamamız istenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

- | Bir işiniz var mı?
<i>Cevabınız Evet ise:</i> | Evet | Hayır | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|
| 1. İşinize ilginiz nasıl?
<i>Cevabınız Evet ise:</i> | () Çok | () Orta | () Az () Hiç yok |
| 2. Ev işlerine ilginiz nasıl?
<i>Cevabınız Hayır ise:</i> | () Çok | () Orta | () Az () Hiç yok |
| 3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken: | () Çok zevk alıyorum | () Orta düzeyde zevk alıyorum | () Az zevk alıyorum () Hiç zevk almıyorum |
| 4. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı? | () Çok | () Orta | () Az () Hiç yok |
| 5. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl? | () Çok iyi | () İyi | () Fena değil () Tatmin edici değil |
| 6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız? | () Çok sık | () Sık | () Nadiren () Hiç |
| 7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl? | () Çok iyi | () İyi | () Fena değil () Tatmin edici değil |
| 8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı? | () Birçok insanla var | () Birkaç insanla var | () Pek az insanla var () Hiç kimseyle yok |

9. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?
() Çok gayret ederim () Gayret ederim
() Orta derecede gayret ederim () Gayret etmem
10. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
() Çok iyi () İyi
() Fena değil () Tatmin edici değil
11. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?
() Çok değer veririm () Değer veririm
() Çok az değer veririm () Hiç değer vermem
12. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?
() Çok sık () Sık
() Nadiren () Hiç
13. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?
() Her zaman () Sıklıkla
() Nadiren () Hiç
14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindesiniz?
() Tamamen () Orta derecede
() Az () Hiç
15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?
() Çok () Orta () Az () Hiç
16. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?
() Çok () Orta () Az () Hiç
17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman
18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman
19. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemzersiniz?
() Çok () Orta () Pek değil () Hiç
20. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?
() Her zaman () Sıklıkla () Bazen () Hiçbir zaman
21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hisseder misiniz?
() Fazlasıyla () Orta () Pek değil () Hiç

EK-7

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgırım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-8

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-9

Tarih ve Sayı: 08/11/2017-419500



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :83045809-604.01.02-
Konu :Uzm.Öğr.Nazım YILDIZ'ın etik
kurul kararı A-37

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 19.10.2017 tarih, 67665420--604.01.01-391312 sayılı yazı

Anabilim Dalınız öğretim üyesi **Prof.Dr.Neşe KOCABAŞOĞLU'nun** danışmanlığında **Uzm.Öğr.Nazım YILDIZ'ın** yürütücülüğünde **Doç.Dr.Bilgöl METE'nin** yardımcılığında "**HIV ile Yaşayan Bireylerde Sağlık Anksiyetesinin Yaşam Kalitesi ve Psikososyal İşlevsellikle İlişkisi**" başlıklı Uzmanlık Tezi (ANKET) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **07 Kasım 2017** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK
Başkan V.

e-İmzalı
Prof. Dr. Hüsniye YÜKSEL
Bölüm Başkanı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE6PA057Z>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A-37	Tarih: 07 Kasım 2017
	Prof.Dr.Neşe KOCABAŞOĞLU'nun danışmanlığında Uzm.Öğr.Nazım YILDIZ'ın yürütücülüğünde Doç.Dr.Bilgöl METE'nin yardımcılığında yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	----------------------------------

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Kongrede
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıkları Hematoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Mazeretli
Prof. Dr. Zeki ONGEN	Kardiyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Tıbbi Farmakoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nurten Uzun ADATEPE	Nöroloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hakkı Oktay SEYMEN	Fizyoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oktay DEMİRKIRAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gülten DİNÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıkları Medikal Onkoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mutlu NİAZOĞLU	İç Hastalıkları End./Metb./Diabet	İst. Eğitim ve Araştırma Hast.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Mazeretli
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile ilişki

** :Toplantıda Bulunma