

**T.C.**  
**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLER,  
DEPRESYON VE FİZİKSEL İŞLEVSELLİK  
ÇERÇEVESİNDE HIV/AIDS'E BAĞLI STRES**

**Yüksek Lisans Tezi**

**ALİ OSMAN BAŞER**

**İSTANBUL, 2018**



**T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
AİLE DANIŞMANLIĞI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLER,  
DEPRESYON VE FİZİKSEL İŞLEVSELLİK  
ÇERÇEVESİNDE HIV/AIDS'E BAĞLI STRES**

**Yüksek Lisans Tezi**

**ALİ OSMAN BAŞER**


**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem KARAIRMAK**

**İSTANBUL, 2018**

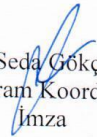
T.C.  
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
AİLE DANIŞMANLIĞI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Sosyodemografik Faktörler, Depresyon ve Fiziksel İşlevsellik Çerçevesinde  
HIV/AIDS'e Bağlı Stres  
Öğrencinin Adı Soyadı: Ali Osman Başer  
Tez Savunma Tarihi: 05.01.2018

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

  
Yrd. Doç. Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN  
Enstitü Müdürü  
İmza

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğunu onaylarım.

  
Öğr. Gör. Seda Gökçe TURAN  
Program Koordinatörü  
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.


\_\_\_\_\_  
Jüri Üyeleri

\_\_\_\_\_  
İmzalar

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Özlem KARAIRMAK



Üye  
Yrd. Doç. Dr. Hasan Kerem ALPTEKİN



Üye  
Yrd. Doç. Dr. Şerife Gonca ZEREN



## TEŞEKKÜR

Uzun ve zorlu tez sürecimde, tez konusunun seçilmesinden başlayarak tüm süreç boyunca değerli görüş ve önerileri ile yol gösteren, danışmanlık eden ve içtenliğini hissettiren değerli danışman hocam Doç. Dr. Özlem KARAIRMAK'a tüm emeği için teşekkürü bir borç bilirim. Yüksek lisans süresince bugüne ulaşmamda katkılarından dolayı değerli hocalarıma teşekkür ederim. Çalışma sürecinde ve verilerin toplanmasında yardımlarını, katkılarını esirgemeyen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde görev yapan başta Eğitim Sorumlusu Doç. Dr. Mustafa Taner YILDIRMAK'a, Doç. Dr. Funda ŞİMŞEK'e, Uz. Dr. Arzu KANTÜRK'e ve asistan doktorlara ve Pozitif Yaşam Derneği yetkililerine teşekkürlerimi sunarım. Bu çalışmanın gerçekleşmesinde en büyük katkıyı veren HIV/AIDS ile yaşayan bireylere çok teşekkür ederim.

Her zaman her koşulda maddi manevi yanımda olan çok sevdiğim ailem; annem Akide Nevin BAŞER'e, babam Rıza BAŞER'e, ablam Müge BOZOK ve eniştem Soner Sabri BOZOK'a ve hayatımda çok önemli bir yere sahip olan Betül ÇELİK'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ali Osman BAŞER

İstanbul, 2018

## ÖZET

### SOSYODEMOGRAFİK FAKTÖRLER, DEPRESYON VE FİZİKSEL İŞLEVSELLİK ÇERÇEVESİNDE HIV/AIDS'E BAĞLI STRES

Ali Osman Başer

Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Özlem Kararımak

Ocak, 2018, 77

Araştırmada HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri sosyodemografik değişkenler, depresyon ve fiziksel işlevsellik durumları dikkate alınarak incelenmiştir.

Çalışmanın araştırma grubunu HIV/AIDS tanısı almış (N=193) bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada "Sosyodemografik Bilgi Formu", Türkçe'ye uyarlaması gerçekleştirilen "HIV/AIDS Stres Ölçeği", "Beck Depresyon Envanteri" ve "SF-36 Yaşam Kalitesi Formu Fiziksel Fonksiyon 10 maddelik alt boyutu" veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Betimsel alan çalışması ve yordayıcı korelasyon araştırma modeli kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesi SPSS 20.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma amacı doğrultusunda belirlenen alt amaçlara yönelik analizlerde tek yönlü varyans analizi (ANOVA), t-testi ve çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

Çalışmada ilk olarak HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin sosyodemografik (cinsel yönelim, eğitim düzeyi, yaşamlarını kiminle sürdürdükleri, çalışma durumu, tanı alma süresi, cinsel yaşam aktivitesi) değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Sonuçlara göre, HIV/AIDS'e bağlı stresin cinsel yönelime göre farklılaşmadığı görülmüştür. HIV/AIDS'e bağlı stresin eğitim düzeyine göre farklılaştığı, üniversite mezunu bireylerin daha düşük stres yaşadıkları görülmüştür. HIV/AIDS'e bağlı stresin HIV/AIDS ile infekte olan bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdüklerine göre farklılaştığı, yalnız yaşayan bireylerin ailesiyle yaşayan bireylere göre daha düşük stres düzeyine sahip oldukları görülmüştür. HIV/AIDS'e bağlı stresin tanı sonrası çalışma durumuna göre farklılaştığı, çalışmayan bireylerin, çalışan bireylere göre daha yüksek stres düzeyine sahip oldukları görülmüştür. HIV/AIDS'e bağlı stresin tanı alma süresine göre farklılaştığı, tanı alalı 0-12 ay süre geçen bireylerin, 48 ay ve üstü süre geçen bireylere göre daha

yüksek stres düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Son olarak HIV/AIDS'e bağlı stresin cinsel yaşam aktivitelerine göre farklılaştığı, hiç cinsel yaşam aktivitesi olmayan bireylerin korunarak sadece eşiyile/partneriyle cinsel yaşam aktivitesi olanlar ve korunarak birden fazla kişiyle cinsel yaşam aktivitesi olan bireylere göre daha yüksek stres düzeyine sahip olduğu görülmüştür. İkinci olarak, depresyon ve fiziksel işlevselliğin HIV/AIDS'e bağlı stresi yordayıp yordadığı araştırılmıştır. Sonuçlara göre depresyonun HIV/AIDS'e bağlı stresi yordadığı, fiziksel işlevselliğin HIV/AIDS'e bağlı stresi yordadığı bulunmuştur.

Sonuç olarak araştırmanın ülkemizde HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik psikososyal sorunları ortaya koyması açısından örnek olacağı ve "*HIV/AIDS Stress Scale*" isimli ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması açısından ayrıca önem taşıdığı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV, AIDS, HIV/AIDS'e Bağlı Stres, Depresyon, Fiziksel İşlevsellik

## ABSTRACT

### HIV/AIDS RELATED STRESS IN THE FRAMEWORK OF SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS, DEPRESSION AND PHYSICAL FUNCTIONALITY

Ali Osman Başer

Bahçeşehir University Graduate School of Health Sciences  
Master's Programme on Family Counseling

Supervisor: Assoc. Prof. Özlem Kararırmak

January, 2018, 77

In this study, the HIV/AIDS-related stress levels of the individuals living with HIV/AIDS were observed considering the sociodemographic factors, depression and physical functionality status.

The research group of the study is comprised of the individuals diagnosed with HIV/AIDS (N=193). "Sociodemographic Information Form", "HIV/AIDS Stress Scale" adapted into Turkish, "Beck Depression Inventory" and "SF-36 Quality of Life Questionnaire Form Physical Function sub-dimension of 10 items" were used as data collection tools in the study. Descriptive field study and predictor correlation method were used. The data were analyzed through SPSS 20.0 package program. One-way analysis of variance (ANOVA), t-test and multiple regression analysis were implemented in the analyses of the research questions determined in parallel with the purpose of the study.

First of all, the HIV/AIDS-related stress levels of the individuals living with HIV/AIDS were examined to see whether or not they show a significant difference based on the sociodemographic (sexual orientation, educational level, people they live with, work status, time of diagnosis, sexual activity) factors. Based on the results, HIV/AIDS-related stress did not differentiate as per sexual orientation. HIV/AIDS-related stress differed based on educational level, and university graduates report lower stress level. It has been seen that the individuals who live alone have lower stress level compared to the individuals who live with their families. It has been seen that the HIV/AIDS-related stress differed based on the work status after diagnosis and individuals who do not work have higher stress level compared to the individuals who work. It has been seen that the HIV/AIDS-related stress differed based on the time of diagnosis, the individuals who were diagnosed 0-12 months ago had higher stress level compared to the individuals who were



diagnosed more than 48 months ago. Finally, it has been seen that the HIV/AIDS-related stress differed based on sexual activities, and the individuals without sexual activities had higher stress level compared to the individuals who are involved in protected sexual activities only with their spouses/partners or the individuals who are involved in protected sexual activities with more than one person. Secondly, it was investigated that how strong depression and physical functions predict HIV/AIDS-related stress. According to the results, it has been found that depression predict HIV/AIDS-related stress whereas physical functions did not predict HIV/AIDS-related stress.

In conclusion, this study is thought to be an example as it has revealed psychosocial problems of the individuals who live with HIV/AIDS in our country, and is considered important in terms of adapting “HIV/AIDS Stress Scale” into Turkish.

**Key Words:** HIV, AIDS, HIV/AIDS-related Stress, Depression, Physical Functionality

## İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	xi
ÇİZELGELER.....	xiii
KISALTMALAR.....	xiv
SEMBOLLER.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
1.1 PROBLEM.....	1
1.2 AMAÇ.....	4
1.3 ÖNEM.....	5
1.4 SINIRLILIKLAR.....	9
1.5 TANIMLAR.....	9
2. LİTERATÜR TARAMASI.....	10
2.1 HIV/AIDS.....	10
2.1.1 Dünya’da HIV/AIDS.....	12
2.1.2 Türkiye’de HIV/AIDS.....	14
2.1.3 HIV Enfeksiyonu Bulaş Yolları.....	16
2.1.3.1 Cinsel temas yoluyla bulaş.....	17
2.1.3.2 Kan ve kan ürünleri yoluyla bulaş.....	19
2.1.3.3 İnfekte anneden bebeğe geçiş yoluyla bulaş.....	19
2.1.3.4 Enjektör ve diğer aletler yoluyla bulaş.....	20
2.1.4 HIV Enfeksiyonu Tanısı ve Kullanılan Testler.....	21
2.1.4.1 Tanıda kullanılan yöntemler.....	21
2.1.4.1.1 Tarama testleri.....	22
2.1.4.1.2 Doğrulama testleri.....	22
2.1.5 HIV Enfeksiyonu Klinik Evreleri.....	22
2.1.5.1 Akut HIV enfeksiyonu.....	22
2.1.5.2 Serokonversiyon.....	23
2.1.5.3 Kronik HIV enfeksiyonu.....	23
2.1.5.4 AIDS.....	24

<b>2.2 HIV/AIDS'E BAĞLI PSİKOSOSYAL SORUNLAR.....</b>	<b>25</b>
2.2.1 Stres.....	28
2.2.1.1 HIV/AIDS'e bağlı stres.....	31
2.2.2 Depresyon.....	35
2.2.3 Fiziksel İşlevsellik.....	41
<b>3. VERİ VE YÖNTEM.....</b>	<b>44</b>
3.1 ARAŞTIRMA MODELİ.....	44
3.2 ARAŞTIRMA GRUBU.....	44
3.2.1 HIV/AIDS ile Yaşayan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri.....	48
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	49
3.3.1 Sosyodemografik Bilgi Formu.....	49
3.3.2 HIV/AIDS Stres Ölçeği.....	49
3.3.2.1 HIV/AIDS stres ölçeği açıklayıcı faktör analizi.....	50
3.3.2.2 HIV/AIDS stres ölçeği faktör analizi yapı geçerliği: benzer ölçek geçerliği.....	53
3.3.3 Beck Depresyon Envanteri.....	54
3.3.4 Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu.....	55
3.4 VERİLERİN TOPLANMASI.....	56
3.5 VERİLERİN ANALİZİ.....	56
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>57</b>
4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE HIV/AIDS'E BAĞLI STRES PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	57
4.2 HIV/AIDS İLE YAŞAYAN BİREYLERİN FİZİKSEL İŞLEVSELLİK VE DEPRESYON PUANLARININ HIV/AIDS'E BAĞLI STRESİ YORDAMA DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	65
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>68</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>76</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>78</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK A 1: Bahçeşehir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....</b>	<b>90</b>

<b>EK B 1: Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu.....</b>	<b>91</b>
<b>EK B 2: Sosyodemografik Bilgi Formu.....</b>	<b>92</b>
<b>EK B 3: SF-36 Yaşam Kalitesi leği Fiziksel Fonksiyon Alt Boyutu.....</b>	<b>94</b>
<b>EK B 4: HIV/AIDS Stres leği.....</b>	<b>95</b>
<b>EK B 5: Beck Depresyon Envanteri.....</b>	<b>96</b>
<b>ZGEMİş.....</b>	<b>99</b>



## TABLULAR

Tablo 2.1: 2016 Yılı UNAIDS Dünya HIV/AIDS Verileri .....	13
Tablo 2.2: HIV Bulaşı ile cinsel davranışlar arasındaki ilişki tablosu.....	18
Tablo 3.1: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sosyodemografik Özellikleri.....	46
Tablo 3.2: HIV/AIDS Stres Ölçeği açımlayıcı faktör analizi .....	52
Tablo 3.3: HIV/AIDS Stres Ölçeği güvenilirlik analizi değerleri.....	53
Tablo 4.1: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yönelimlerine göre betimsel istatistik değerleri .....	58
Tablo 4.2: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yönelimlerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi .....	58
Tablo 4.3: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerine göre betimsel istatistik değerleri .....	69
Tablo 4.4: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi .....	60
Tablo 4.5: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdüklerine göre betimselistatistik değerleri .....	61
Tablo 4.6: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdüklerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi .....	61
Tablo 4.7: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı sonrası çalışma durumlarına göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin t-test analizi.....	62
Tablo 4.8: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı alma sürelerine göre betimsel istatistik değerleri .....	63
Tablo 4.9: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı alma sürelerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi .....	63
Tablo 4.10: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yaşam aktivitelerine göre betimsel istatistik değerleri .....	64
Tablo 4.11: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yaşam aktivitelerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi .....	65

Tablo 4.12: HIV/AIDS'e bağlı stresin yordanmasına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi .....	66
Tablo 4.13: HIV/AIDS'e bağlı stresin yordanmasına ilişkin regresyon analizi katsayı sonuçları.....	66



## ÇİZELGELER

Çizelge 2.1: HIV/AIDS ile İlgili Yaşam Olayları ve Psikolojik Anlamı .....	26
--	----



## KISALTMALAR

HIV	:	Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
AIDS	:	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinimsel İmmün Yetmezliği Sendromu)
ANOVA	:	Tek Yönlü Varyans Analizi
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DSM IV	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik El Kitabı)
UNAIDS	:	United Nations AIDS (Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı)
TSSB	:	Travma sonrası stres bozukluğu
MMPI-D	:	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Depression (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri -Depresyon)
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)



## SEMBOLLER

Cronbach'ın iç tutatlık endeksi (Cronbach's alpha)	:	$\alpha$
Serbestlik derecesi (deviation of freedom)	:	sd (df)
Çoklu korelasyon	:	R
Çoklu korelasyon kare/determinasyon katsayısı	:	$R^2$
Fisher'in F oranı	:	$F$
Standartlaştırılmış çoklu regresyon katsayısı	:	$\beta$
Anlamlılık düzeyi	:	$p$
t testinin hesaplanmış değeri	:	$t$
Aritmetik ortalama	:	$\bar{x}$
Standart sapma	:	ss
Örneklemdaki toplam sayı	:	N

# 1. GİRİŞ

## 1.1 PROBLEM

21. yüzyıl ile birlikte küreselleşen dünyamızda, tüm alanlarda yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlık ve tıp alanında da birçok gelişme ve yenilik yaşanmaktadır. Yeni tedavi yöntemleri, yeni tıbbi cihazlar ve teknolojiler sayesinde birçok hastalığın tedavisi yapılmakta, koruyucu ve önleyici hizmetler sayesinde hastalıklardan korunmak mümkün olabilmektedir. Yaşanan tüm bu gelişmelerle birlikte ölüm riskleri azaltılan ve kontrol edilebilir hale gelen bazı kronik hastalıklar halen tüm dünyada ve ülkemizde insanların hayatlarını birçok açıdan olumsuz etkilemeye devam etmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve toplumsal yapılarına bakılmaksızın kronik hastalıklar ve hastalar her geçen gün artmaktadır. Tıbbi hastalıkların genellikle bireylerin kişisel ve sosyal hayatlarını etkilediği bilinen bir gerçektir. Diyare, kas ağrısı, grip gibi akut hastalıkların bireylerin hayatlarına olan etki süresinin kısa olması nedeniyle psikolojik etkileri de kısa süreli olmakta ve genellikle kendiliğinden ortadan kalkmaktadır. Bunun yanında kronik hastalıklar adını verdiğimiz kanser, diyabet, kalp hastalıkları, HIV/AIDS gibi hastalıklar bireyleri ve ailelerini özellikle bedensel ve psikolojik açıdan olmak üzere birçok yönden etkilemektedir (Rizwan & Irshad 2012).

HIV/AIDS bu hastalıklar içerisinde bulaştırıcı özelliği ile; sadece yetişkin bireyleri değil, çocuklar ve gençler olmak üzere toplumun tüm kesimlerini etkileyebilen bir hastalıktır. UNAIDS'in 2016 yılı global HIV/AIDS epidemisi verilerinde Dünyada 36.7 milyon bireyin HIV ile enfekte olduğu ve bunlardan 17.8 milyonunun kadın, 2.2 milyonunun 15 yaş altı çocukların oluşturduğu görülmektedir (<sup>1</sup>UNAIDS 2017). Bu veri bize yukarıda bahsedilen HIV/AIDS'in toplumun tüm kesimlerini etkileyebilen bir hastalık olduğu gerçeğini doğrulamaktadır. Türkiye'deki epidemiyeye baktığımızda

---

<sup>1</sup> UNAIDS (2017) *UNAIDS DATA 2017*.

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf), (Ziyaret Tarihi: 10 Kasım 2017).

dünya epidemisinden farklı bir dağılım olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2016 yılı verilerine göre 13.158 HIV ile infekte bireyin olduğu bunların 10222'sini erkekler, 2936'sını ise kadınlar oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2016). Türkiye'de HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsiyete göre dağılımında erkek oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Dünyadaki HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsiyete göre dağılımına göre ülkemizdeki dağılım farklılık göstermektedir.

Global düzeyde ve Türkiye'de ki HIV epidemisinin belirtilen rakamların çok üzerinde olduğu varsayılmaktadır (Tümer ve Ünal 2016). Bu duruma birçok faktörün sebep olduğu düşünülmekle birlikte en temelde kişilerin HIV ve diğer cinsel yollar ile bulaşan enfeksiyonlar hakkındaki bilgi yetersizlikleri, bu anlamdaki başvuruların yetersiz olması ve virüsün hiçbir belirti vermeden 8-10 yıl gibi bir süre vücutta yaşayabilmesi gibi durumlar etkilemektedir. Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı'nın 1985-2016 yılları arası verileri doğrultusunda Türkiye'de HIV/AIDS ile yaşayan birey sayısının genel nüfusa göre değerlendirildiğinde oranın düşük olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2016). Ancak aynı verilere yıllara göre artış oranı göz önünde bulundurularak bakıldığında ise çok hızlı bir şekilde arttığı dikkat çekmektedir. Bu yönüyle de HIV/AIDS toplumun tüm kesimlerini risk altında tutan önemli bir hastalık olduğu gerçeğini bir kez daha karşımıza çıkarmaktadır

Bütüncül bir bakış açısıyla HIV/AIDS, bireyin iyilik haline tüm boyutlarıyla etki etmesinin yanı sıra, aileleri ve toplumsal yapıyı da aynı unsurlar üzerinden etkilemektedir. HIV enfeksiyonu ve enfeksiyonun yol açtığı hastalıklar kişilerin sosyo-ekonomik ve psikolojik kayıplar yaşamasına sebep olabilmektedir. HIV/AIDS; tedavi giderlerinin yüksekliği, yaşam boyu ilaç kullanma gerekliliği, iş kaybı gibi unsurlar nedeniyle ekonomik açıdan sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Ölüm korkusu, toplumsal bakış açısı, hastalığa yüklenen değer, yaşam düzeninde değişiklik, aile ilişkilerinde problemler gibi unsurlar nedeniyle bireylerde psikolojik ve sosyal açıdan sorunlar ortaya çıkarabileceği düşünülebilir.

---

<sup>2</sup> Sağlık Bakanlığı. (2016). *Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatistik Verileri*. <http://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatiksel-veriler/bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-istatiksel-veriler.html>

HIV/AIDS ile yaşıyan bireylerin en sık yaşadığı psikososyal sorunlar olarak damgalanma ve ayrımcılık birçok çalışmanın ortak bulgusudur. Bing (2001) yaptığı çalışmada damgalanma ve ayrımcılığın, HIV/AIDS ile yaşıyan bireylerde diğer enfeksiyon ve kronik hastalıklara göre çok daha ağır sonuçlar ortaya çıkardığını ortaya koymuştur. Bir diğer çalışmada ise HIV/AIDS ile yaşıyan bireylerin yaşadığı damgalanma ve ayrımcılık neticesinde ortaya çıkan ve etkileri uzun süre devam eden stresin bireyin bedensel ve psikolojik sağlığını etkilediği ifade edilmektedir (Yıldız ve Başar 2016).

Diğer tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi HIV/AIDS'te de virüs ve virüsün sebep olduğu hastalıklarla mücadelede; öncelikli olarak koruyucu ve önleyici hizmetlerin oluşturulması, geliştirilmesi ve devamlılığını sağlamak olarak hedeflenmektedir. Ancak ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bakılmaksızın, HIV/AIDS yaygınlığının dünya genelinde özellikle 2000'li yıllardan itibaren ciddi artışlar yaşıyor olması, koruyucu ve önleyici hizmetlerin tek başına yeterli olmadığı göstermektedir. Bu noktada HIV/AIDS ile yaşıyan bireylere yönelik tedavi hizmetleri ve psikososyal destek hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır.

HIV/AIDS ile yaşıyan bireylerin hastalıklarına ve tedavilerine ilişkin bilgi düzeyi, tedaviye uyumu olumlu etkilemektedir. Bununla birlikte toplumlarda HIV/AIDS'e yönelik negatif düşünceler nedeniyle, ülkemizde yapılan HIV/AIDS'e yönelik bilimsel çalışmalar çoğunlukla psiko-eğitimsel vurgu taşımakta ve toplum kaynaklı yürütülmektedir. HIV ile infekte bireylerin psikososyal durumları ve sorunlarına yönelik çalışmaların sayısı dikkat çekiçi ölçüde düşüktür.

Bu araştırmanın özellikle ulusal literatürde azlığı dikkat çeken HIV/AIDS ile yaşıyan bireylere yönelik çalışmalara öncülük etmesi ve katkı sağlaması ön görülmektedir. Ayrıca HIV/AIDS ile yaşıyan bireylerin stres, depresyon ve fiziksel işlevsellik gibi psikososyal sorunlar açısından değerlendirilmesi, bu değişkenlerin aralarındaki ilişkilerin incelenmesi planlanmaktadır.

## 1.2 AMAÇ

Bu araştırmanın amacı iki aşamalı olarak planlanmıştır. İlk aşama, sosyodemografik değişkenler dikkate alınarak HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyini incelemektir. İkinci aşamada ise HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyi depresyon ve fiziksel işlevsellik değişkenleri ile birlikte araştırmaktır. Bu aşamalar dikkate alınarak aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yönelimlerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
2. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
3. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kimlerle sürdürdüklerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
4. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı sonrası çalışma durumlarına göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
5. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı alma sürelerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
6. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yaşam aktivitelerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
7. Depresyon ve fiziksel işlevsellik HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyini yordamakta mıdır?

### 1.3 ÖNEM

Ölüm riski olan her hastalıkta olduğu gibi HIV/AIDS sonucu ortaya çıkan ve özellikle sosyal yaşantıda kendini belli eden sınırlılıklar bu hastalığı yaşayan bireylerde psikolojik kırılganlığı arttırmaktadır (Duyan 2001a). Duyan'a (2001a) göre hastalığın psikolojik boyutu, hastalığın kendi süreci kadar önemli ve bireyler üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Yeryüzünde HIV/AIDS'e göre bulaş riski çok daha fazla olduğu bilinen hastalıklar bulunmaktadır. Ancak HIV/AIDS'e yönelik olumsuz tutumlar nedeniyle HIV/AIDS hastalığının psikolojik boyutu, diğer tüm bulaşıcı veya kronik hastalıklardan farklı bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu anlamda yapılan araştırmanın en temelde HIV/AIDS'in psikolojik boyutunda yer aldığı ön görülen psiko-sosyal sorunları ele alması nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada HIV/AIDS'e bağlı stresi etkilemesi olası düşünülen sosyo-demografik değişkenlerle (cinsel yönelim, eğitim düzeyi, HIV/AIDS tanısı almış kişilerin yaşamlarını kiminle sürdürdükleri, tanı sonrası çalışma durumları, tanı alma süreleri, cinsel yaşam aktiviteleri) birlikte incelenmesi HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin anlaşılması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca HIV/AIDS tanısı almış grup için depresyon, fiziksel işlevsellik ve stres düzeyinin belirlenmesinin literatüre katkı sağlayacağı ön görülmektedir.

HIV/AIDS ile yaşayan bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal sorunları ortaya çıkaran araştırmaların azlığı çalışmanın önemini arttırmaktadır. Bu bireyler yaşamlarını gizlilik ve mahremiyet içinde sürdürmeyi tercih etmeleri sebebiyle stres yaşayıp yaşamadıkları, yaşadıkları stresin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerini nasıl etkilediğinin araştırılması önem taşımaktadır. Uluslararası literatürde HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin stres yaşadıklarını ve yine bu bireylerde depresyonun en sık karşılaşılan psikolojik rahatsızlık olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Bu araştırmalar; Rizwan ve Irshad (2012) yaptıkları çalışmalarında HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) düzeylerini araştırmışlardır. Depresyon ve TSSB'nin HIV ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlar ve bu bulgunun geçmişteki benzer çalışmalarla uyumlu olduğunu

bildirmişlerdir. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde fiziksel işlevsellik değişimleri ve kayıplarının bireyleri bedensel ve psikososyal açıdan etkilediğini açıklayan çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Reis ve diğerleri tarafından 2011 yılında yapılan HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşam kaliteleri ve depresyon semptomlarını araştırdıkları çalışmalarında HIV/AIDS ile yaşayan bireylerdeki depresyon belirtilerinin, düşük yaşam kalitesi ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkisinin olduğu rapor edilmektedir. Fiziksel işlevsellikte yaşayan kayıpların HIV üzerindeki etkilerini araştıran bir diğer çalışmada fiziksel işlevselliklerinde kayıplar olan HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin fiziksel işlevselliklerinde kayıp olmayan HIV/AIDS ile yaşayan bireylere ve HIV ile infekte olmayan bireylere göre yaşam sürelerinin daha kısa olduğu sonucu bildirilmiştir (Erlandson ve diğ. 2016). Bu açıdan bakıldığında fiziksel işlevsellik ve stres arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olmasıyla da ülkemizdeki ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye’de HIV/AIDS vakalarının hızla artış gösterdiği 1990’lı yılların sonu ve 2000’li yılların başında HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik klinik çalışmalara, bilgi ve farkındalık düzeyini gösterir çalışmalara ve riskli davranışları ölçmeye ve önlemeye yönelik çalışmalara yoğunluk verildiği görülmüştür. Bu durumun, HIV/AIDS ile infekte olmayan bireylere yönelik koruyucu ve önleyici çalışmalar yürütmek, eğitim vermek, HIV/AIDS ile infekte bireylerin tedavilerine göre daha ekonomik ve kolay olmasıyla ilgili olduğu bilinmektedir (Zeren ve Ergene 2008). Türkiye’de yapılan çalışmalara kronolojik olarak baktığımızda; 1995 yılında Toker tarafından doktora tezi olarak yapılan çalışmada, 14-19 yaş grubundaki lise öğrencilerinin AIDS ile ilgili bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrasında ayrı ayrı değerlendirildiği görülmektedir. 1999 yılında Saydam ve diğerleri tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise Lise öğrencilerine HIV/AIDS konusunda klasik ve interaktif yöntemlerle uygulanan eğitim etkinliğinin karşılaştırıldığı görülmektedir. Gökengin tarafından 2002 yılında yapılan çalışmada ilk ve ortaöğretimde HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik eğitim çalışmaları ortaya konmuştur. Yine 2002 yılında Babadoğan tarafından gerçekleştirilen çalışmada da HIV/AIDS bulaş yollarına ilişkin bilgilerin ilköğretim öğrencileri üzerinde incelendiği görülmektedir. Duyan ve Çamur Duyan’ın 2004 yılında gerçekleştirdikleri çalışma da ise Gayler ve lezbiyenlerin HIV/AIDS hakkındaki bilgi

düzeyleri ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylere karşı davranışlarının ortaya koyulduğu görülmektedir. Zeren (2006) tarafından gerçekleştirilen HIV/AIDS'e yönelik psiko-eğitim programı ve uygulama örnekleri başlıklı çalışma ile HIV/AIDS'e yönelik önleyici çalışmalarda kullanılabilecek bir psiko-eğitim programı ve uygulama örnekleri hakkında bilgiler verildiği görülmüştür. Aynı çalışma ile psikolojik danışmanların, öğrencilere, ailelere, okul personeline ve topluma HIV/AIDS'e ilişkin olarak, yardım edebilmelerini sağlayacak bakış açısı kazandırılması hedeflenmektedir. Zeren (2006) tarafından geliştirilen, 8 oturumdan oluşan psiko-eğitim programı üniversiteye yeni başlayan öğrencilerle yürütülmüş ve bireylerin HIV/AIDS'e yönelik tutumlarını, istendik yönde değiştirmede etkili olduğu ortaya konmuştur.

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin stres durumları, stresi ortaya çıkaran veya etkileyen faktörlere yönelik bir çalışmaya literatür taraması sırasında rastlanmamıştır. Literatürde HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin psikososyal sorunlarına yönelik çalışmalara bakıldığında; Duyan tarafından HIV/AIDS ile yaşayan bireylere ve HIV/AIDS hastalığının psikolojik boyutuna yönelik birçok çalışmanın gerçekleştirildiği görülmektedir. Duyan'ın çalışmalarına baktığımızda; 1998 yılında HIV/AIDS ile yaşayan hastalarda psikolojik ve sosyal uyum ve HIV/AIDS'li olduğunu başkalarına söyleme konulu çalışmalarının olduğu görülmektedir. 2001 yılında gerçekleştirdiği çalışmada ise Duyan HIV/AIDS'in psikolojik boyutu tartışmış; yapılan çalışmada HIV/AIDS hastalığına verilen psikolojik ve duygusal tepkiler, bunların görülme sıklığı ve belirtilerinin ele alındığı görülmektedir. Duyan tarafından aynı yıl gerçekleştirilen bir diğer çalışma da ise HIV/AIDS'e ilişkin damgalanma ve sosyal destek konusu ele alınmıştır. Yine Duyan tarafından 2002 yılında gerçekleştirilen başka bir çalışmada; HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin hastalık süreci ve kimi özelliklerinin ortaya konduğu görülmektedir. 2003 yılında Akıncı ve Öz tarafından gerçekleştirilen HIV/AIDS'li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal sorunlar başlıklı çalışmada katılımcıların tedaviye uyum durumları değerlendirilmiş ve psikososyal açıdan da depresyon belirtisi gösteren bireylerin tedaviye uyumsuzluk gösterdiği sonucu bildirilmiştir. 2013 yılında yüksek lisans tez çalışması olarak Toksoy tarafından gerçekleştirilen HIV/AIDS pozitif kişilerin sosyopsikolojik ve hukuki sorunlarının tespiti başlıklı çalışmanın olduğu, bu çalışma sonucunda HIV/AIDS ile yaşayan



bireylerin psikososyal açıdan çeşitli korkularının (ölüm, dışlanma, bulaştırma) ve intihar düşüncelerinin olduğu sonuçları bildirilmiştir. HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyini ortaya koymayı amaçlayan araştırmanın bu anlamda özellikle ulusal literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra ülkemiz kültürel ve toplumsal yapısı içerisinde; HIV/AIDS ile yaşayan bireylere ilişkin olumsuz bakış açısını değiştirip, HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin toplumsal kabul durumunu arttırarak, ayrımcılık ve damgalanmanın önlenmesi açısından araştırmanın ortaya koyacağı sonuçlar önemli bulunmaktadır.

HIV/AIDS hastalığında psiko-sosyal boyutun önemli bir kısmı da sosyal destek mekanizmaları oluşturmaktır. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde aile üyeleri tarafından sağlanan sosyal desteğin daha ön planda olduğu belirtilmektedir (Zhang ve diğ. 2012). HIV/AIDS hastalığında bireyler hastalık süreci içerisinde bedensel, psikolojik ve ekonomik kayıplar yaşayabilmektedir. Yaşanan bu kayıplar karşısında aile üyelerinin desteği HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin özellikle psikolojik ve sosyal iyilik hallerinin sağlanmasında etkili olabilmektedir. Bunun yanında HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik dışlanma, ayrımcılık ve damgalanma sadece toplumun genelinde kaynaklanmamakta, bireyler aile üyeleri tarafından da bu tür davranışlara maruz kalabilmektedir (Root 2010). UNAIDS tarafından 2030 yılına kadar AIDS epidemisini sonlandırmak amacıyla dünya genelinde uygulanmak üzere belirlenen hedeflerden biri olan; yüzde 90 dışlanma ve ayrımcılıkta azalma hedefi de göz önünde bulundurulduğunda HIV/AIDS ile yaşayan bireyler ve ailelerine yönelik psikososyal müdahalelerin ve danışmanlık hizmetlerinin önemini göstermektedir. Bu durumda HIV/AIDS ile yaşayan bireyler kadar ailelerinde hastalığa ve tedaviye uyum sağlama gerekliliğini ve önemini ortaya koymaktadır. Bu anlamda aile danışmanlığı yapan profesyonellerin bu konu hakkında bilgi sahibi olması ve HIV/AIDS ile yaşayan bireyler ve ailelerine yönelik mesleki çalışmalar yapabilmesi önem teşkil etmektedir. Yapılan çalışmanın Aile Danışmanlığı Yüksek Lisans programı kapsamında gerçekleştiriliyor olması ve ortaya koyacağı sonuçların bu açıdan da önemli olacağı düşünülmüştür.

## 1.4 SINIRLILIKLAR

Araştırmada 2 farklı kurumdan veri toplanmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde takipli ve Pozitif Yaşam Derneği faaliyetlerine katılan HIV/AIDS tanısı bulunan bireylerden veriler toplanmıştır. Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniğinde takipli 160 ve Pozitif Yaşam Derneği faaliyetlerine katılan 33 toplamda 193 birey ile sınırlı kalmıştır. Gizlilik ve mahremiyet nedeniyle çalışmaya gönüllü katılım sağlamayan bireyler ve Sağlık Bakanlığı'na bildirilmiş HIV ile infekte 13.158 birey bu araştırmanın sınırlılıklarındandır.

## 1.5 TANIMLAR

- a) **İnsan İmmünyetmezlik Virüsü (HIV):** AIDS etkeni olan ve enfeksiyona neden olan retrovirüs ailesinden virüse verilen addır (Ergünay 2016).
- b) **Akkız İmmünyetmezlik Sendromu (AIDS):** Bağışıklık sisteminin kendine özgü zayıflığının ortaya çıkardığı hastalıkların kombinasyonunda kullanılan tanıdır (Başer 1997).
- c) **HIV/AIDS'e Bağlı Stres:** HIV/AIDS ile ilişkili tedavinin yan etkileri, sıkı tedavi yöntemleri, damgalanma, fiziksel semptomlar, izolasyon ve belirsizlik gibi stressörlerin HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde ortaya çıkardığı strestir (Leserman ve diğ. 1992; Pakenham ve diğ. 1996; Pierret 2000; Pakenham & Rinaldis 2002).
- d) **Depresyon:** Duygusal, bilişsel, davranışsal ve somatik belirtilerle ortaya çıkan; bunun sonucunda bireyde çökkün ruh haline, bireyin davranışsal etkinliklerinde azalmaya, zihinsel etkinliklerde birtakım değişikliklere ve zaman zaman bedensel yakınmalara neden olan; şiddeti bireyden bireye değişebilen bir duygu durum bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).
- e) **Fiziksel İşlevsellik:** Bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamak, hep gerçekleştirdiği rolünü, sağlık ve iyilik halini, sağlamak ve sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirme yeterliliğidir (Muldoon ve diğ. 1998).

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

Araştırma için belirlenen amaç doğrultusunda bu bölümde HIV/AIDS hastalığına, hastalığın bulaş yolları hakkında literatür bilgisi verilecektir. HIV/AIDS hakkındaki tanımlayıcı bilgilerin ardından HIV/AIDS'e bağlı psikososyal sorunlardan; stres, depresyon ve fiziksel işlevsellik hakkında literatür bilgisi verilecektir. Yine bu bölümde HIV/AIDS'e bağlı stres, depresyon ve fiziksel işlevsellikle ilgili daha önce yapılmış olan benzer araştırmalar hakkında bilgilere yer verilecektir.

### 2.1.HIV/AIDS

HIV/AIDS'in geçmişi çok uzun olmayan, genç bir hastalık olduğu, 1970'li yıllarda ilk kez Orta Afrika'da görüldüğü ancak tanımlanamadığı, daha sonraki süreçte 1970'li yılların sonu 1980'li yılların başında Sahra-altı Afrika ülkelerinden başlayarak Amerika Birleşik Devletleri, Latin Amerika Ülkeleri, Batı Avrupa, Avustralya yayılarak epidemi oluşturduğu günümüz bilim dünyasında kabul görmektedir (Tümer ve Ünal 2016). HIV/AIDS, ilk olarak 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde genç homoseksüel erkeklerde ve Haitili göçmenlerde Pnömo cystitis carcinlijiroveci pnömonisi (PCP) ve Kaposi sarkomu (KS) vakalarının tespit edilmesi sonucu adından söz ettirmeye başlamıştır. Daha önce hiç rastlanmayan bu hastalık üzerine çalışmalar yapan araştırmacılar yeni bir hastalık olduğu konusunda kanaat getirerek bu hastalığa "AIDS" (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) (Adler 2001), Türkçe karşılığı olarak Akkiz İmmün Yetmezliği Sendromu adını vermişlerdir. 1983 yılında Fransa'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda AIDS'ten sorumlu olduğu düşünülen bir virüs türü izole edilir. AIDS etkeni olduğu kararlaştırılan bu virüs Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi tarafından 1986 yılında İnsan İmmün Yetmezlik Virusunu (*Human Immunodeficiency Virus*, HIV) olarak tanımlanmıştır (Gallo 2002).

HIV retrovirüs olarak bilinen ve lentivirüs ailesinde yer alan bir virüstür. HIV’i diğer virüslerden ayıran özellikler; bireylerin bağışıklık sisteminde bulunan enfeksiyonlara ve hastalıklara engel olan T hücreleri ya da CD4 hücrelerini yok etmesi sonucu bağışıklık sistemini güçsüz kılması ve HIV’in kendini değiştirme ve yenileme özelliğinin bulunmasıdır. Bu özellik, virüse yönelik etkin bir tedavinin ve aşının bulunmasını güçleştirmektedir (<sup>3</sup>Sağlık Bakanlığı 2009).

HIV’in günümüzde bilinen, HIV-1 ve HIV- 2 diye ayrılan iki farklı serotipi mevcuttur. HIV-1 tip adı verilen virüs dünyadaki HIV/AIDS vakalarının genelinden sorumlu olduğu kabul edilmektedir. HIV-2 tip adı verilen virüsün Batı Afrika ülkelerinde diğer ülkelere göre daha fazla görülmekte ve bulaşma durumunun HIV-1’e göre daha yavaş olduğu bilinmektedir (<sup>3</sup>Sağlık Bakanlığı 2009).

HIV ile AIDS kavramlarının tam olarak ne ifade ettiği hastalığın sadece medikal boyutunu değil psikososyal boyutunu da yakından ilgilendiren bir durumdur. HIV doğrudan bireylerin bağışıklık sistemine zarar verip etkilerken AIDS ise; HIV’in tedavi ile baskılanmadığı durumlarda virüsün bağışıklık sistemini zayıflatması sonucu ortaya çıkardığı hastalıklara ve içinde bulunan evreye verilen addır (<sup>4</sup>Pozitif Yaşam Derneği 2016). Bu evrede kişi fırsatçı enfeksiyonlar olarak adlandırılan bazı enfeksiyonlara ve diğer hastalıklara karşı daha korunmasız hale gelmektedir. Bireyde; süregen ishal, yüksek ateş, kilo kaybı belirtilerin yanı sıra tüberküloz, pnömoni ve kanser gibi hastalıklar ortaya çıkabilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri doğrultusunda; hastalığın tanımlandığı 1981 yılından 2015 yılına kadar tüm dünyada 33 milyon bireyin HIV/AIDS sebebiyle hayatını kaybettiği anlaşılmaktadır (Tümer ve Ünal 2016). Sahra-altı Afrika başta olmak üzere tüm dünya genelinde genç bir hastalık olmasına karşılık 33 milyon bireyin ölümüne sebep olan HIV/AIDS’ten korunma, tedavi ve aşının bulunması amacıyla birçok çalışmanın yapıldığı ve yapılmaya devam ettiği bilinmektedir. Bunlara ek olarak

---

<sup>3</sup> Sağlık Bakanlığı. (2009). *Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Katılımcı Kitabı*. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/329>. (Ziyaret Tarihi 10 Şubat 2017)

<sup>4</sup> Pozitif Yaşam Derneği. (2016). *Yasa yapımcılar ve uygulayıcılar için HIV/AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar El Kitabı*. [www.pozitifyasam.org](http://www.pozitifyasam.org) (Ziyaret Tarihi: 15 Ocak 2017).

uluslararası sivil toplum örgütleri önderliğinde bireylere hastalık hakkında bilgilendirici, koruyucu ve önleyici bilgilerin yer aldığı faaliyetler başlatılarak, 1988 yılında 1 Aralık “Dünya AIDS Günü” olarak ilan edilmiştir. 1989 yılından beri DSÖ tarafından her yıl HIV/AIDS’e dikkat çekilmesi amacıyla 1 Aralık için yeni bir slogan belirlenerek tüm ülkelerde siyasi yönetimler ve sivil toplum kuruluşları tarafından ilan edilmektedir. 2017 yılı için belirlenen slogan ise “*Everybody counts*”, “herkes önemlidir” şeklinde belirlenmiştir. HIV bulaşını önlemeye yönelik yapılan çalışmaların tek sebebi HIV/AIDS ile bağlantılı yüksek ölüm oranlarının olması değildir, virüsün halen dünya genelinde tüm bireyleri risk altında tutan bir hastalık olarak toplumların sosyodemografik yapılarında çeşitli etkiler yaratmaktadır. Ayrıca kısa ve uzun vadeli olarak ekonomik ve sosyal sorunları beraberinde getirmesi nedeniyle de önem teşkil etmektedir (Barnett ve diğ. 2001).

### **2.1.1. Dünyada HIV/AIDS**

Birleşmiş Milletler HIV ve AIDS ortak programı olan UNAIDS’in 2016 yılını da dahil ederek yayınladığı raporda Dünya’da 36.7 milyon insanın HIV ile enfekte olduğu ve bunların 1.8 milyonunun 2016 yılında HIV ile yeni enfekte kişiler olduğu ve aynı yıl içerisinde 1 milyon kişinin AIDS nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir (<sup>1</sup>UNAIDS 2017). Aşağıda tablo 2.1’de HIV/AIDS global epidemisi ve 2016 yılına ait verilere yer verilmiştir.

---

<sup>1</sup> UNAIDS (2017) *UNAIDS DATA 2017*.  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf),(Ziyaret Tarihi: 10 Kasım 2017).

**Tablo 2.1: 2016 yılı global HIV/AIDS epidemisi**

<b>HIV/AIDS ile yaşayan bireyler</b>	Toplam	36.7 milyon (30.8 – 42.9 milyon)
	Yetişkin	34.5 milyon (28.8 - 40.2 milyon)
	Kadın (15 yaş üstü)	17.8 milyon (15.4 – 20.3 milyon)
	Erkek (15 yaş üstü)	16.7 milyon (15.1 – 19.8 milyon)
	Çocuk (15 yaş altı)	2.2 milyon (1.7 – 2.6 milyon)
<b>HIV ile yeni infekte olan bireyler</b>	Toplam	1.8 milyon (1.6 – 2.1 milyon)
	Yetişkin	1.7 milyon (1.4 – 1.9 milyon)
	Çocuk (15 yaş altı)	160.000 (100.000 – 220.000)
<b>2016 AIDS ile ilişkili ölüm oranları</b>	Toplam	1 milyon (830.000 – 1.2 milyon)
	Yetişkin	890.000 (740.000 – 1.1 milyon)
	Çocuk(15 yaş altı)	120.000 (79.000 – 160.000)

Kaynak: <sup>1</sup>UNAIDS, 2017.

Global HIV epidemisinde antiretroviral tedavinin yaygınlaşması ve yüksek oranda başarılı sonuçlar vermesi ile UNAIDS raporunda da belirtildiği gibi 2005 yılında 1.9 milyon olan AIDS'e bağlı ölüm oranının 2016 yılında 1 milyona düştüğü görülmektedir (<sup>1</sup>UNAIDS 2017). Tüm yaş gruplarında dünyadaki ölüm nedenlerine bakıldığında; HIV/AIDS'in 6. sırada yer alması, hastalığın halen dünyada bireyleri ve toplumları etkileyen bir hastalık olduğunu göstermektedir (Çilingiroğlu 2016).

Literatür incelendiğinde HIV'in ilk ortaya çıktığı dönemlerde homoseksüel erkekler aracılığıyla bulaştığı görüşünün ön planda olması nedeniyle cinsiyet açısından erkek oranının kadın oranına göre tutarlı bir şekilde yükselmiş olduğu karşımıza çıkmaktadır. Dünyanın farklı bölgelerinde heteroseksüel ilişkiler sonucunda virüsün yayılmaya başlaması ile bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte dünya genelinde HIV ile infekte kadın oranlarının HIV ile infekte popülasyon içinde yüzde 50'ye yaklaştığı görülmektedir. Bu durum da bize anneden bebeğe geçiş yoluyla yeni doğan bebeklerin de HIV ile infekte olarak doğma risklerini arttırdığını göstermektedir (Tümer ve Ünal 2016).

<sup>1</sup> UNAIDS (2017) *UNAIDS DATA 2017*.

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf), (Ziyaret Tarihi: 10 Kasım 2017).

HIV/AIDS'in küresel prevalansı yüzde 0.8 iken bölgesel olarak değerlendirildiğinde yüzde 4.8 ile en yüksek bölge Sahra-altı Afrika olurken, en düşük bölge ise yüzde 0.1 ile Orta Doğu ve Kuzey Afrika olarak karşımıza çıkmaktadır (Tümer ve Ünal 2016). Sahra-altı Afrika ülkeleri yüzde 66'lık oranla tüm HIV enfekte vakalarının en büyük popülasyonun bulunduğu bölgedir. Son yıllarda dünya genelinde etkin bir şekilde yürütülmeye çalışılan önleyici ve koruyucu faaliyetler ile birlikte 2014 yılında Sahra-altı Afrika ülkelerinde yeni HIV enfeksiyonu vakalarında yüzde 41 oranında azalmanın olduğu görülmüştür (Tümer ve Ünal 2016). UNAİDS raporlarına göre gerçekleştirilen koruyucu ve önleyici çalışmalar ile birlikte 2016 yılında yeni HIV enfekte kişi sayısı 1.8 milyon olup, 2000 yılından beri tüm vaka sayısında yüzde 35 oranında azalma, anneden bebeği geçiş yoluyla çocuklar arasında yeni HIV enfekte vakalarda yüzde 58 oranında azalma ve antiretroviral tedavi alan birey sayısında da yüzde 84 oranında artış olduğu belirtilmektedir (<sup>1</sup>UNAİDS 2017).

### **2.1.2. Türkiye'de HIV/AIDS**

Ortaya çıktığı 1980'li yılların başından beri tüm dünyada düzenli olarak artış gösteren HIV/AIDS ile yaşayan birey epidemisi Türkiye'yi de içine almaktadır. Ülkemiz coğrafi olarak HIV ile enfekte vakaların özellikle 2000'li yıllardan sonra artış gösterdiği Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkeleri arasında konumlanması nedeniyle de HIV açısından risk altında bulunmaktadır.

Türkiye eldeki verilere göre HIV enfeksiyonu açısından “genel nüfusa yayılımının sınırlı olduğu ülkeler” arasında yer almakla birlikte resmi rakamlar tüm dünya genelinde olduğu gibi kayıtlı bildirimler ile sınırlı kalmaktadır (Tümer ve Ünal 2016). Bununla birlikte ülkemizde cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi yetersizliği, HIV'in belirti vermeden uzun yıllar seyir edebilmesi ve kayıt sistemlerindeki yetersizlikler nedeniyle rakamların gerçeği yansıtmadığı sonucuna varmak zor değildir.

---

<sup>1</sup> UNAİDS (2017) *UNAİDS DATA 2017*.

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf), (Ziyaret Tarihi: 10 Kasım 2017).

Türkiye’de ilk HIV/AIDS vakasının kayıtlara 1985 yılında geçtiği, 1985 yılında sonra her yıl HIV ile infekte vaka sayısının arttığı bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı’nın yayınladığı raporunda 1985 yılından 2016 yılı da dahil olmak üzere kayıtlı 13.158 HIV ile infekte ve 1537 AIDS ile yaşayan vaka olduğu belirtilmiştir. Aynı verilere, cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında vakaların yüzde 78.2’sini erkekler oluştururken, yüzde 21.8’sini de kadınlar oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2016). Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de HIV/AIDS olgu sayısı en sık 20-49 yaş aralığında karşımıza çıkmaktadır (Açikel ve diğ. 2005).

Ülkemizdeki HIV ile infekte bireylerin bulaş yollarına bakıldığında olguların yüzde 46.7’nü bilinmeyenler, yüzde 49.8’ni cinsel temas yoluyla bulaş olduğu, cinsel temas yoluyla bulaşlarında 2/3’nün de heteroseksüel cinsel temas yoluyla olduğu, yüzde 1.1 anneden bebeğe geçiş, yüzde 1.5’nin damar içi madde bağımlılığı, yüzde 0.9’u kan transfüzyonu yapılanlar oluşturduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2016).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan raporda Türkiye epidemisindeki bulaş yolları bakıldığında; tüm vakaların yüzde 46.7’sini bulaş yolu bilinmeyenler oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2016). Bu durum da bize HIV/AIDS’in dağılımı, bulaş yolları konusundaki ortaya konan verilerini doğruluğunu sorgulamakta ve kayıtlı bildirim sayısının gerçeği yansıtmadığını görüşünü desteklemektedir.

2000-2014 yılların arasında HIV ile infekte bireylerin artış oranlarına göre ülkeler; vaka artış oranı yüzde 20’den az olan ülkeler, vaka artış oranı  $\pm$  yüzde 20 olan ülkeler ve vaka artış oranı yüzde 20’den fazla artan ülkeler olarak 3 gruba ayrılmıştır. Belirtilen yıllar arasında Türkiye’de HIV ile infekte olguların yüzde 467 oranında arttığı görülmektedir. İçinde bulunduğumuz Avrupa ülkelerinde aynı zaman diliminde bu oran yüzde 80, Orta Avrupa da ise bu oran yüzde 175’dir (Tümer ve Ünal 2016). Bu durumun bildirimlerin zorunlu hale gelmesi sonucu tutulan kayıtlar ile birlikte hızlı bir artış gerçekleştirdiği düşünülebilir. Ancak diğer ülkelere göre değerlendirildiğinde artış oranları arasındaki fark, HIV/AIDS’e yönelik ülkemizde acil bir şekilde koruyucu ve önleyici faaliyetlerin artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

---

<sup>2</sup> Sağlık Bakanlığı. (2016). *Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatistik Verileri*. <http://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatistiksel-veriler/bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-istatistiksel-veriler.html>



HIV/AIDS, ilk defa karşılaşıldığı yıl olan 1985 yılından itibaren bildirim zorunlu hastalıklar kategorisine alınmıştır. Buna ek olarak da ülkemizde koruyucu ve önleyici faaliyetlere kronolojik olarak bakıldığında;

- a. 1986 yılında kan ve kan ürünlerinin HIV yönünden taranması,
- b. 1987 yılında ameliyat öncesi serolojik testlerin uygulanması,
- c. 1994 yılında bildirim kodlu hale getirilmesi,
- d. 1996 yılında Ulusal AIDS Komisyon'unun kurulması,
- e. 2007-2011 yılları arasında Ulusal Eylem Planının yapılması,
- f. 2013 yılında HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi çıkarılması gibi uygulamalar gerçekleştirilmiştir (Tümer ve Ünal 2016).

Literatüre bakıldığında gerçekleştirilen tüm yasal düzenlemelere rağmen ülkemizde son yıllarda HIV ile infekte yeni vaka sayısının çok hızlı bir şekilde artmasının altında;

- a. Toplumun HIV/AIDS ile ilgili bilgi ve farkındalık azlığı,
- b. Milli Eğitim müfredatı içerisinde cinsel sağlık eğitiminin yer almayışı,
- c. Medyanın HIV/AIDS konusunda ilgisizliği,
- d. Nüfusun önemli bir kısmını HIV/AIDS'in en sık görüldüğü 20-49 yaş aralığında yer alması,
- e. Son yıllarda artış gösteren damar içi madde kullanımı gibi faktörlerin yattığı düşünülmektedir (Tümer ve Ünal 2016).

### **2.1.3 HIV Enfeksiyonu Bulaş Yolları**

HIV özellikle erkek ve kadın cinsel salgılarında ve kanda yoğun bir şekilde bulunurken, anne sütü gibi pek çok vücut sıvısında bulunmaktadır. Bu da HIV'in büyük bir çoğunlukla cinsel temas sırasında; cinsel sıvılar ve kan yoluyla bulaştığı sonucu göstermektedir. Bu noktada düşük oranlarda rapor edilmesine rağmen son yıllarda HIV/AIDS ile infekte kadın sayısında yaşanan artış anneden bebeğe geçiş riskini arttırmaktadır. Aşağıda HIV'in bulaş yolları ile ilgili ayrıntılı bilgilere yer verilecektir.

### 2.1.3.1 Cinsel temas yoluyla bulaş

Dünyada farklı bölgelerde ve kültürlerde HIV bulaşının hangi yolla daha sık gerçekleştiği değişmekle birlikte, korunmasız cinsel temas yoluyla bulaş tüm dünyada en sık görülen bulaş yolu olarak kabul edilmektedir (UNAIDS 2003; Şahin ve diğ. 2005). Korunmasız olarak gerçekleştirilen penetran, penil, vajinal, penil anal, oral genital temaslarda bulaşma gerçekleşebilmektedir (Ergör 2005). HIV/AIDS ile yaşayan birey ile tek bir cinsel temas bile bulaş için yeterli olabilmekte iken, cinsel temas sayısı arttıkça bulaş riski artmaktadır. HIV ile infekte olduğu bilinen, birden çok cinsel eşi olduğu bilinen, seks işçisi olarak kabul edilen, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü olan ve genital bölgede ülser lezyonu olan kişilerle korunmasız şekilde gerçekleştirilen cinsel temas davranışları en riskli davranışlardır (Şahin ve diğ 2005). Cinsel temas yoluyla HIV bulaşında en yüksek riskli grubun anal ilişki yaşayanlar olduğu ifade edilmektedir (Ekstrand 1999). İnfekte olan erkekte üreme hücresi olan semendeki virüs yükünün fazla olması ve anal yolla birliktelik sırasında travma sonucu yaşanan kanamalar bulaş riskini arttırmaktadır.

Vajinal temas yoluyla bulaş riski anal yolla temasa göre daha azdır. Bu durum vajen hücresel yapısını oluşturan mukozanın kalın olması, HIV virüs yükünün az olması ve anal temasa göre daha az travma yaşanması şeklinde açıklanmaktadır (Şahin ve diğ. 2005). Korunmasız vajinal cinsel ilişki sırasında HIV bulaş riskinin 10.000’de 5 ile 20 arasında olduğu kabul edilmektedir (Garcia 2005). Vajinal cinsel temasla bulaş da HIV’in erkekten kadına bulaşı, kadından erkeğe bulaşına göre daha fazla risk oluşturduğu ve araştırmalarda bu risk oranının 20 kat olduğu ortaya konmuştur (Laga ve diğ 1994).

Oral yolla gerçekleştirilen cinsel temasta HIV bulaş riski düşüktür (Schacker ve diğ. 1996). Oral yolla cinsel temasla bulaş riskinin daha az olması ağız bölgesinde HIV’li hücre sayısının az olmasıyla birlikte sadece oral alıcı cinsel temas ile bulaşın gerçekleştiği vakaların olduğu yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konmuştur (Şahin ve diğ. 2005). Cinsel yolla bulaşan ülseratif; sifilis, genital herpes gibi hastalıklar da HIV bu ülserler aracılığıyla da bulaşabilmekte ve taşıdıkları virüs yükünün fazla olması

nedeniyle de HIV hastalığının seyrini hızlandırması açısından bulaş riski yüksek grup içerisinde yer almaktadır (Royce 1997). Dünya genelinde tüm bulaşların büyük bir çoğunluğundan sorumlu olan cinsel temas yoluyla bulaşa güvenli ve riskli davranışlar bulunmaktadır. Aşağıda yer alan tabloda HIV bulaşı ve cinsel davranışlar arasında ilişki hakkında bilgilere yer verilmiştir.

**Tablo 2.2: HIV Bulaşı İle Cinsel Davranışlar Arasındaki İlişki Tablosu**

<b>Yüksek Riskli Cinsel Eş(ler)</b>	HIV pozitif eş	
	HIV açısından risk altında olan fakat test yaptırmamış olan bireyler	
	Çoklu cinsel eşi olanlar	
	Genital mukoza ülseri veya diğer CYBH olanlar	
<b>Cinsel Pratik</b>	<b>Yüksek Enfeksiyon Riski</b>	Korunmasız anal alıcı cinsel temas
		Korunmasız vajinal alıcı cinsel temas
	<b>Gösterilmiş Enfeksiyon Riski</b>	Korunmasız anal verici cinsel temas
		Korunmasız vajinal verici cinsel temas
		Korunmasız oral alıcı cinsel temas
		Nadiren oral verici cinsel temas
	<b>Düşük Enfeksiyon Riski</b>	Yukarıdaki uygulamaların kondom ile yapılması
		Kauçuk ve su geçirmez bariyerlerle yapılan vajinal oral seks
		Sünnetli erkeklerle yapılan cinsel temas
	<b>Daha Güvenli</b>	Derin öpüşme
		HIV testi negatif olan cinsel eşle korunmalı cinsel temas
		İki taraflı monogami
		Karşılıklı mastürbasyon
Kendi kendine mastürbasyon veya masaj		
<b>En Güvenli</b>	Cinsel Pehriz	

Kaynak Şahin ve diğ. 2005

İlk HIV/AIDS vakalarının homoseksüel erkeklerde görülmesi ve devam eden vakaların homoseksüel ilişki yoluyla virüsü aldıklarının tespit edilmesi, bu hastalığın uzun yıllar homoseksüel erkeklerle özdeşleşmesini sağlamıştır (Tümer ve Ünal 2016). Ancak günümüzde, bulaşın homoseksüel ya da heteroseksüel cinsel ilişki yoluyla gerçekleşme durumu ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, kültürel ve ahlaki yapılarına göre farklılıklar gösterebilmektedir. Heteroseksüel cinsel temas yoluyla bulaş gelişmemiş ülkelerde ön

plana çıkmakta iken, homoseksüel cinsel ilişki ile bulaşın gelişmiş ülkelerde daha fazla ortaya çıktığı belirtilmektedir (Şahin ve diğ. 2005).

### **2.1.3.2 Kan ve kan ürünleri yoluyla bulaş**

1980’li yılların başıyla birlikte ortaya çıkan HIV/AIDS vakaların hızlı bir şekilde artış göstermesi sonucunda kan ve kan ürünleri aracılığıyla bulaşın önüne geçilmesi amacıyla 1895 yılından itibaren kan ve kan ürünleri için HIV ELİSA testi yapılması yasal zorunluluğu getirilmiş ülkemizde de 1987 yılından itibaren kan ve kan ürünleri transferi öncesi test zorunluluğu yasal olarak uygulamaya koyulmuştur.

HIV ELİSA testi aracılığıyla kan ve kan ürünleriyle bulaş konusunda önemli bir adım atılmış olmakla birlikte HIV’in pencere dönemi olarak adlandırılan süreçte testlerde negatif çıkabilme olasılığı ve acil durumlarda test yapılmadan kan ve kan ürünlerinin kullanılması gibi durumlar nedeniyle risk faktörü tamamen ortadan kalkmamaktadır. Kan transfüzyonu aracılığıyla 500.000 üniteye 1 olan bulaş riski, bazı gelişmiş ülkelerde ELİSA testinin yanı sıra kullanılan p24 antijen testinin pencere dönemi olarak belirtilen süreyi 6 güne kadar indirebiliyor olması ile bulaş riskini 600.000-800.000 üniteye 1’e kadar düşürmektedir (Lacktriz 1995).

Kan ve kan ürünleriyle yoluyla bulaş da kadınların erkeklere göre daha fazla sayıda olduğu bilinmektedir. Kadınların doğurganlık durumları, anemi vb. hastalıklar nedeniyle daha sık kan transfüzyonunun yapılması bulaş oranlarını ve riski arttırmaktadır (Ergör 2005).

### **2.1.3.3 İnfekte anneden bebeğe geçiş yoluyla bulaş**

İnfekte anneden bebeğe geçiş gebelik sürecinde, doğum sırasında ve emzirme döneminde olabilmektedir. HIV/AIDS ile yaşayan bir anneden bebeğine bulaş oranı dünya genelinde yüzde 20 ile 30 arasında değişmekte, bu geçişi virüsün subtipleri ve annedeki viral yük etkilemektedir (Ergör 2005). HIV/AIDS ile infekte olduğu bilinen bir annenin gebelik sürecinde takip altında tutulup, tedavi alması, doğumun sezaryan ile

gerçekleştirilerek, bebeğin doğumdan sonra ilaç tedavisine alınıp, emzirilmediği takdirde yukarıda belirtilen oranlar yüzde 1-2'ye kadar düşmektedir (Tümer ve Ünal 2016).

Doğum sonrası bulaşın gelişmemiş ülkelerde daha fazla ortaya çıkmasının altında; yeni doğan bebeği emzirme anlayışının yaygın olması ve ekonomik nedenlerle emzirme dışındaki besleme yöntemlerini gerçekleştirilememesi yatmaktadır. Yapılan çalışmalar HIV ile infekte olup, emziren annelerin, emzirmeyen annelere göre sayılarının yüzde 10-14 arasında bir oranda daha fazla olduğunu göstermektedir (Ergör 2005).

#### **2.1.3.4 Enjektör ve diğer aletler yoluyla bulaş**

Damar içi madde kullanımı olan bireyler ortak enjektör kullanımı nedeniyle HIV bulaşın da risk sınıfında yer almaktadırlar. Madde bağımlılığı bulunan bireylerin dünya genelinde ekonomik nedenler ile maddeye ulaşmak için para karşılığında seks yapmaları ve kullandıkları maddelerin etkisiyle birden çok partnerle ilişkiye girmeleri de HIV bulaşı açısından yine yüksek risk altında olmalarını sağlamaktadır. Bu yolla bulaşta; enjektör paylaşma sıklığı, aynı enjektörü paylaşan kişi sayısı, yapılan injeksiyon sayısı ve kullanılan bölgedeki HIV enfeksiyon sıklığı gibi faktörlerin ilişkili olduğu bilinmektedir (Şahin ve diğ. 2005).

Damar içi madde kullananlar HIV enfeksiyonu açısından 3 ayrı grupta incelenmektedir. Yüksek risk grubunu; hijyenik olmayan iğneleri, enjektörleri ve diğer aletleri paylaşanlar, orta risk grubunu; temiz, iğne ve aletleri paylaşanlar, düşük risk grubunu ise; iğne, enjektör ve diğer malzemeleri tek bir kez kullananlar oluşturmaktadır (Koester ve diğ 1996).

Literatürde sağlık personeline bulaşı da ayrı bir bulaş yolu olarak kabul eden çalışmalar bulunmakla birlikte, sağlık personeline HIV'in geçişi kullanılmış iğne ve enjektör batması, kesici alet yaralanmaları, HIV ile infekte sıvıların mukozalara sıçraması ve bütünlüğü bozulmuş deri teması ile mümkün olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda iğne batmasıyla HIV bulaşma riskinin yüzde 0.2 - 0.5, mukozal temas ile HIV bulaşma

riskinin yüzde 0.1 olduğu ortaya konmuştur. Sağlık personeline enjektör batması, kesici alet yaralanmaları ve mukozal temas yoluyla bulaş da kişisel koruyucu ekipman kullanımını bulaş riskini azaltmaktadır.

#### **2.1.4 HIV Enfeksiyonu Tanısı ve Kullanılan Testler**

HIV enfeksiyonunun laboratuvar tanısı birçok açıdan önem teşkil etmektedir. Bunlardan ilki; enfeksiyon tanısının erken dönemde konmasıdır. Erken dönemden alınan laboratuvar tanısı ile HIV ile infekte olan bireye antiretroviral tedavinin zamanında başlanması, diğer bireylere bulaşın engellemesi ve kan/organ bağışının güvenli şekilde yapılması sağlanabilmektedir (Zarakolu Köşker 2016). Bir diğer önemi ise laboratuvar tanısı HIV epidemisinin kontrolünün temel noktalarından birini oluşturmaktadır. Halen dünyada ve ülkemizde epideminin gerçek boyutlarının görmemizi engelleyen tanı almamış vakaların varlığından bahsedilmekte, DSÖ verilerine göre HIV ile infekte bireylerin sadece yüzde 30 durumlarını bilmektedir. Yukarıda belirtildiği gibi HIV'in laboratuvar tanısı küresel düzeyde bir önem teşkil etmekle birlikte DSÖ'nün verilerine de bakıldığında HIV ile infekte bireylerin sadece yüzde 30'unun durumunun farkındadır (Zarakolu Köşker 2016). HIV, infekte olduğu bireylerde uzun yıllar hiçbir belirti ve klinik bulgu göstermeyebilir, kişinin HIV durumunu bilmesi, tedavi ve bakım konusunda bilinçli kararlar vermesi, yaşam kalitesini arttırıcı tedaviler ile danışmanlık ve destek hizmetleri almasını sağlaması açısından da önemlidir. HIV'in laboratuvar tanı oranlarının arttırılması için tanıda kullanılan testlerin geliştirilmesi ve bu testlere ulaşım kolaylığı, HIV bulaşını önleyici politika hedefleri arasında yer almaktadır.

##### **2.1.4.1 Tanıda kullanılan yöntemler**

Günümüzde HIV tanısı birçok farklı yöntemle konulabilmektedir. Bunlar genellikle; virüs-spesifik antijenlerin saptanması, HIV nükleik asitlerin belirlenmesi, virüsün kültür ile izolasyonu ve HIV antikorlarının saptanması şeklindedir. Erişkin bireylerde ve 15-18 ayın üzerindeki çocuklarda HIV enfeksiyonunun tanısında en sık kullanılan yöntem, HIV antikorlarının saptanması amacıyla yapılan testlerdir. Bulaşın gerçekleşmesinin

ardından HIV antikorları 2 haftalık süre sonunda serumda saptanabilmekte olup, bu süre 2-3 aya kadar uzayabilmektedir (Yılmaz 2007). HIV testleri iki genel kategoride değerlendirilmektedir.

#### **2.1.4.1.1 Tarama testleri**

HIV tanısının ilk aşamasını tarama testleri oluşturmaktadır. Tek ardışık enzim-bağımlı immünosorbent ölçümü (ELISA) en sık kullanılan tarama testidir. ELISA yaklaşık yüzde 99 spesifik ve yüzde 98.5 sentitif olmasına rağmen çeşitli nedenlere bağlı olarak yalancı pozitiflik ve negatifliklere yol açabilmektedir (Rothman ve diğ. 2011). ELISA testleri kendi içinde serum örneği, idrar ve ağızdan alınan kültür örnekleri kullanılarak yapılan çeşitleri olmakla birlikte ülkemizde genellikle serum örneğinde antikor ölçen testler kullanılmaktadır.

#### **2.1.4.1.2 Doğrulama testleri**

Doğrulama testleri arasında Western Blot (WB), Immunofloresan Assay (IFA), Radioimmünopresipitasyon (RIPA) gibi testler yer almaktadır. En sık kullanılan doğrulama testi Western Blottur (Ustaçelebi ve Engin 2000).

### **2.1.5 HIV Enfeksiyonun Klinik Evreleri**

HIV enfeksiyonu; insan immün yetmezlik virüsünün bulaşmasıyla başlamaktadır. Enfeksiyonun doğal seyri, virüs bulaşının ardından serokonversiyona kadar geçen zaman akut HIV enfeksiyon dönemi olarak adlandırılır. Serokonveriyon dönemin ardından kronik HIV enfeksiyonu ve AIDS evresi yer almaktadır.

#### **2.1.5.1 Akut HIV enfeksiyonu**

HIV enfeksiyonunda bulaşın gerçekleşmesinin ardından sonraki 6 aylık dönem akut HIV dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bu evrenin önemi; HIV enfeksiyonunun akut dönemde fark edilemeyebilirdir. Erken tanı ile akut dönemde HIV enfeksiyonunun

farkında olunması sonucunda başlanan antiretroviral tedavinin hastalığın seyri açısından önem teşkil etmektedir (Başaran 2016).

Yapılan prospektif çalışmalarda olguların yüzde 87'sinden fazlasında akut dönemde HIV enfeksiyonunun ortaya çıkardığı semptomların görüldüğü bildirilmiştir (Başaran 2016). Semptomların yüksek oranlarda görülmesine rağmen HIV enfeksiyonunun akut dönemde fark edilemeyişinin nedeni semptomların HIV enfeksiyonuna özgü olmayışı ve şüphe düzeyinin düşük olmasıdır (3Sağlık Bakanlığı 2009). Akut HIV enfeksiyonunda en sık görülen semptomlar; ateş (yüzde 96), lenfadenopatidir (yüzde 74), faranjit (yüzde 70), deri döküntüleri (yüzde 70), kas ve eklem ağrıları (yüzde 54), ishal (yüzde 32), baş ağrısı (yüzde 32), bulantı ve kusma (yüzde 27), karaciğer ve dalak büyümesidir (yüzde 14) (5HATAM 2017). Akut HIV enfeksiyonu semptomları genellikle bulaşın gerçekleşmesinin ardından 2-4 hafta sonrasında ortaya çıkar ve semptomlar 14 güne kadar etkisini sürdürebilmektedir (5HATAM 2017).

### **2.1.5.2 Serokonversiyon**

Serokonversiyon; kanda tespit edilebilen HIV antikorlarının gelişmesi olarak tanımlanmaktadır (Başaran 2016). Virüsün vücuda girişinden sonra, 6-12 ay içerisinde vakaların yüzde 95'inde HIV'e karşı antikorların oluşmaya ve gelişmeye başladığı kabul edilmektedir. Bu antikorların hastalığı durdurucu etkileri bulunmamakla birlikte, hastalığın teşhisi açısından önem teşkil etmektedirler (5HATAM 2017).

### **2.1.5.3 Kronik HIV enfeksiyonu**

Serokonversiyon dönemin ardından HIV ile infekte kişiler bulgusuz ya da asemptomatik olarak da adlandırılan kronik HIV enfeksiyonu dönemini yaşamaktadırlar. İnfekte bireylerde bu dönemde ortalama olarak 8-10 yıl arasında hiçbir

---

<sup>3</sup> Sağlık Bakanlığı. (2009). *Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Katılımcı Kitabı*. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/329>. (Ziyaret Tarihi 10 Şubat 2017)

<sup>5</sup> Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi. (2017) *HIV enfeksiyonu klinik özellikleri ve tedavisi*. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/klinik.shtml>. (Ziyaret Tarihi: 11 Şubat 2017)



bulgu ve belirti kendini göstermemektedir. Ancak yapılan çalışmalar vakaların yüzde 20-30'un da ortalama olarak 1,5-5 yıllık süre içerisinde bir sonraki döneme geçildiğini ortaya koymaktadır (<sup>5</sup>HATAM 2017). Bu geçişi; virüsün alınma yolu, bireyin yaşı ve virüsün virlansı gibi etmenler hızlandırmaktadır.

#### **2.1.5.4 AIDS**

HIV enfeksiyonunun son klinik evresi olarak tanımlanan AIDS enfeksiyona bağlı vücutta ortaya çıkan hastalıklara verilen isim olarak kabul edilmekte olup, bu sürece de AIDS evresi denilmektedir. HIV ile infekte bireylerde klinik evre geçişlerini temsil eden en önemli tıbbi kriter bireylerin CD4 değerleri olmaktadır. AIDS evresinde genellikle CD4 değerleri 200'n altına düşen hastalar; kanser, fırsatçı enfeksiyonlar, tüberküloz, kaposi sarkomu gibi hastalıklarla karşı karşıya kalabilmektedir (Balbin ve diğ. 1999). HIV ile infekte bireylerin yüzde 90'mı 15 yıllık süre içerisinde AIDS evresine geçmekte ve ortalama olarak 10 yıllık bir süreyi bu evrede geçirmektedirler (Stine 1996).

---

<sup>5</sup> Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi. (2017) *HIV enfeksiyonu klinik özellikleri ve tedavisi*. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/klinik.shtml>. (Ziyaret Tarihi: 11 Şubat 2017)

## 2.2 HIV/AIDS'E BAĞLI PSİKOSOSYAL SORUNLAR

Literatür incelendiğinde 1990'lı yıllardan itibaren yaygınlaşan antiretroviral tedavi yöntemleri ve bu tedavi yöntemlerinin olumlu sonuçlar vermesi ile ölüm oranlarında ciddi düşüşler yaşanması sonucunda HIV terminal hastalıklardan kronik hastalıklara geçmiştir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bu geçiş hastalığı yaşayan bireyleri çeşitli problemlerle yüz yüze getirmiştir (Rodkjaer ve diğ. 2011). Kronik hastalıkları akut hastalıklardan ayıran unsurlardan en önemlisi iyileşmemesi ve ilerleyişinin sadece kendisiyle sınırlı olmayışıdır. Dünya Sağlık Örgütü 2011 yılında yaptığı tanımda; kronik hastalıkları, tedavi edilemeyen, kendi kendine iyileşmenin gerçekleşmediği, bireylerin hayatlarında düzenli kontrol, medikal tedavi ve testler, terapiler hatta cerrahi işlemler gibi çeşitli zorluklarla mücadele etmesine sebep olan hastalıklar olarak tanımlamıştır (Özdemir ve Taşcı 2013).

Kronik hastalıklar; yukarıda belirtilen durumların sonucu olarak bireylerin başta bedensel olmak üzere ruhsal, sosyal ve ekonomik iyilik hallerini etkileyebilmektedir (Rizwan & Irshad 2012). Yazarlara göre; hayatının herhangi bir döneminde kronik bir hastalığı ortaya çıkan birey fiziksel işlevsellik kaybı, günlük öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamama, yaşam aktivitelerini ve sorumluluklarını yerine getirememe gibi bedensel sorunlar, stres, depresyon, anksiyete gibi duygusal ve psikolojik sorunlar, dışlanma, ayrımcılık, sosyal destek mekanizmalarından yoksun kalma gibi sosyal, iş kaybı, iş değişikliği, çalışamama, sağlık güvencesizlik gibi sebepler nedeniyle de ekonomik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Hastalığa bağlı ortaya çıkan bu sorunlar hastalık ile birlikte uzun yıllar devam edebilmektedir.

Kronik hastalıklar bireyleri yaşamlarına olan uyum durumunu değiştiren başlıca stres faktörlerinden biri olarak görülmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan 2010; Özdemir ve Taşcı 2013). Bu nedenle kronik hastalıkların yönetimi fizyolojik sorunlarla birlikte psikososyal sorunların da yönetimini içermesi gerekmektedir (Akdemir ve Birol 2005; Karadakovan ve Eti Aslan 2010). Duyan (2001a) bu durumu HIV/AIDS açısından ele almış ve psikolojik boyutun, hastalığın önemli bir parçası olduğunu çünkü HIV/AIDS ile yaşayan bireyleri yaşadığı psikolojik stres oldukça yoğun olduğunu ifade etmiştir.

Kalichman tarafından 1995 yılında HIV/AIDS'e bağılı olayları ve bunların olası psikolojik anlamını içeren çizelgeye aşağıda yer verilmiştir (Duyan 2001a).

**Çizelge 2.1 HIV/AIDS ile İlgili Yaşam Olayları ve Psikolojik Anlamı**

HIV/AIDS ile İlgili Olaylar	Psikolojik Anlamı
HIV testi sonucu	HIV enfeksiyonu kesinliği
İlk tedaviye karar verme	Bilgi arama, öğrenme
T yardımcı hücrelerinin azalması	HIV aktivitesinin ortaya çıkması
Erken HIV belirtilerinin gelişimi	HIV hastalığını anlama ve tanıma
Hastalığın ilerlemesi, AIDS teşhisi	Hastalığın son aşamasına geçiş
Hastaneye yatış	Fiziksel yıkım ve bağımlılığın artması

*Kaynak: Kalichman 1995; Duyan 2001a*

Yukarıdaki çizelgeden de anlaşılacağı gibi HIV/AIDS hastalığında HIV tanısının alınması süreci ile başlayıp AIDS evresi arasındaki süreçte hastalığın ilerleyişine bağılı olarak bireylerin farklı psikososyal sorunları ortaya çıkabilmektedir.

HIV/AIDS kendisine göre bulaş riski çok yüksek olan, yaşam kalitesini etkileyen, ölüm riski çok daha fazla olan birçok hastalığa göre daha olumsuz ve negatif bir bakış açısının olduğu bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bakış gelişmişlik düzeyi ve kültürel yapı farketmeksizin tüm toplumlarda farklı düzeylerde karşımıza çıkmaktadır. HIV/AIDS'e yönelik olan bu olumsuz bakış açısı, HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin hastalığa özgü yaşadıkları psikososyal sorunları daha büyük boyutlarda yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında da HIV/AIDS hastalığı ve bu hastalığı yaşayan bireyler ortaya çıktığı ilk zamanlardan bu yana çeşitli sebepler nedeniyle olumsuz tutumlara, ön yargılara, damgalanmaya maruz kalmışlardır. Sonuç olarak HIV/AIDS diğer tüm kronik hastalıklardan bu özellikleri ile ayrılarak, psikolojik boyutunun hastalığının medikal boyutu kadar önem taşıdığı bir hastalık olarak

karşımıza çıkmaktadır. Aşağıda HIV/AIDS'in psikososyal boyutunu ele alan araştırma örnekleri yer almaktadır.

### **İlgili Araştırmalar**

Literatürde HIV/AIDS'i psikososyal açıdan etkilediği düşünülen çeşitli psikososyal faktörler olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Balbin ve diğ. 1999). Türkiye'de bu konuda Duyan tarafından 2001 yılında gerçekleştirilen HIV/AIDS'in psikolojik boyutu konulu çalışmada; HIV/AIDS ile yaşayan hastaların psikososyal boyutları ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmiştir. Aynı çalışmada HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde ortaya çıkabilen depresyon, keder ve kayıp, intihar riski, suçluluk ve öfke, somatizasyon gibi kavramlar ayrıntılı olarak açıklandığı görülmektedir.

Literatürde HIV'in ilerleyişinde etkili olabileceği düşünülen durumların açıklanması için psikonöroimmunolojik yaklaşımın kullanılması altında çeşitli nedenlerin olduğu açıklanmaktadır. Bunlardan ilki HIV'in depresyon ve stresin üst üste gelerek etkilediği multifaktörel bir hastalık olmasıdır. Literatürde geniş bir alan depresyon ve stresin bağışıklık sistemi üzerinde acı verici etkileri olduğuna işaret etmekte ve bu etkilerin bağışıklık sistemini yakından ilgilendiren bir hastalık HIV'i de etkilediğinden bahsedilmektedir (Evans ve diğ. 1989; Stein ve diğ. 1991; Weisse 1992). HIV'in ilk ortaya çıktığı yıllarından itibaren araştırmacılar HIV hastalığının ilerleyişi ile ilgisi olabileceğini düşünülen stres ve depresyonun etkileri üzerine odaklanmaya başlamışlardır (Leserman 2003).

Yukarıda belirtilen durumlardan da anlaşılacağı gibi stres ve depresyon ayrı ayrı veya birlikte olarak bağışıklık sistemini etkilemektedir. Aşağıda literatürde stres, depresyon ve fiziksel işlevsellik hakkında genel tanıtıcı bilgiler, bu değişkenlerin HIV/AIDS hastalığı ile nasıl bir etkileşim içinde olduğu ve bu HIV/AIDS'e bağlı stres, depresyon ve fiziksel işlevsellik ilişkisine yönelik ilgili araştırmalara yer almaktadır.

### 2.2.1 Stres

Yöndem (1998) stres ile ilgili ilk araştırmaların yirminci yüzyılda başladığını belirtmekte olup, stres kavramını günlük yaşamımızda sürekli kullanmamız rağmen günümüzde halen stresin tanımı ve kapsamında konusunda ortak bir çerçeve bulunmamaktadır (Norfolk 1989; Fırat 2015). Monart ve Lazarus (1991) tarafından stresin fizyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç farklı türde olabileceği belirtilmiştir. Cannon ve Selye'nin öncülüğünü yaptığı fizyolojik stres, organizmada ortaya çıkan rahatsızlıklarla; Lazarus'un önderliğini yaptığı psikolojik stres, dışsal bir tehditin değerlendirilmesine sebep olan bilişsel faktörlerle; Smelser'in öncülüğünü yaptığı sosyal stres ise toplumsal sistemlerinin bozulmasıyla ilgilenebilmektedir (Yöndem 1998). Stres kavramına yönelik ortak bir tanımının yapılamamasının yukarıda belirtilen stres türlerinin birbirine yakın alanlardan olmasından kaynaklanabileceği de belirtilmektedir (Mason 1975; Yöndem 1998).

Stres kavramı üzerine farklı alanlar tarafından yapılan çalışmalar sonucu, tanımlamada ortaya çıkan belirsizlik üç farklı modele dayandırılarak ifade edildiği görölmektedir. Bunlar;

- i. Uyarana dayalı stres modeli; bu modele göre stres genellikle çevre tarafından hastalık ve felaket gibi durumların sonucunda ortaya çıkmakta ve tehlikeli-zararlı uyarıcı olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman 1984). Yine bu modelde belirgin yaşam olaylarının bireyler üzerindeki etkilerini araştıran araştırmacılar, savaş, tutukluluk, sel vb. doğal afetler, sakat bırakan kazalar, aciz bırakan hastalıklar ve kayınların kaybı gibi durumları evrensel stres kaynakları olarak belirlemişler ve bu durumlarda ortaya çıkan stresin kişisel farklılar gözetmediğini varsaymışlardır (Lazarus 1976).
- ii. Tepkiye dayalı stres modeli; bu modele göre stres çevreden gelen taleplerin insan vücudundaki etkisi sonucu organizmanın gösterdiği tepki olarak ifade edilmektedir (Lazarus & Folkman 1984). Cannon strese karşılık bedeninin gösterdiği tepkileri

araştırmış ve “savaş ya da kaç” tepkisini ilk kez ortaya koyan araştırmacı olmuştur (Palmer 1996).

- iii. Etkileşimsel (transaksiyonel) stres ve başa çıkma modeli; bu modele göre ise stresi bir uyaran veya tepki olarak ifade etmek yetersiz görülmekte, stresin birey ve çevresi arasındaki etkileşim sürecinde yer aldığı görüşü savunulmaktadır (Lazarus & Folkman 1984). Yine bu modelde diğer modellerin aksine herkes için geçerli olan bir stres durumundan bahsedilmemektedir. Bireylerin yaşadıkları stres olayları karşısında bilişsel değerlendirmelerine göre tepkiler verdikleri görüşü savunulmaktadır (Folkman & Lazarus 1985).

Canon gibi Selye de fizyolojik stres konusunda araştırmalara öncülük etmiştir. Hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda, Selye tarafından 1976 yılında Genel Uyum Sendromu (*General Adaptation Syndrome*) adı verilen bir süreç tanımlanmıştır. Bu bakış açısına göre ise; içten ve dıştan gelen uyarılar vücudun stres ile karşılaşmasını sağlar ve vücut bu duruma üç aşamaya girerek tepki gösterir.

- a) Alarm; vücut stres ile karşı karşıya geldiğinde tedbir olarak bu aşamaya girer ve strese bağlı çeşitli hormonlar salgılanırken, kan basıncında da farklılaşma meydana gelir ve beden kendini korumaya hazırlar.
- b) Direnç; Direnç aşamasında organizma tehdiye karşı kendini korumayı sürdürürken, stres ile olan uyum sağlandıkça direnç ortaya çıkar. Stres yaratan durum ortadan kalkmaz ve etkileri devam ederse bir sonraki aşamaya geçiş gerçekleşir.
- c) Tükenme; stresle başa çıkmakta sorun yaşanan durumlarda, stresin ortaya çıkardığı durumlar çoğalır, vücudun uyumu zorlaşır ve hatta hastalıklar ortaya çıkar (Selye 1976).

1970’li yıllar ve sonrasında stres ayırımında yapıcı ve yıkıcı stres kavramları ortaya atılmış ve tartışılmaya başlanmıştır. Stresin olumsuz etkilerini ortaya koyan çalışmalarının yanında, stresin insan yaşamında olumlu ve güdüleyici etkileri üzerinde

de duran Selye stresi dört farklı kategoriye ayırarak; fazla stres, yetersiz stres, iyi stres ve kötü stres olarak ifade etmiştir (Yöndem 1998). Bireylerin yaşamlarında kötü stresi düşük düzeyde, iyi stresi yüksek düzeyde tutmayı hedeflerken, yetersiz stres ile fazla stres arasındaki dengeyi sağlaması gerektiği ifade edilmektedir (Selye 1976; Aysal 2014).

Son yıllarda stres kavramının ruh sağlığı alanında da yoğun bir şekilde yer aldığı ve üzerinde çalışıldığı bilinmekle birlikte bu alanda geçmişi çok eskilere dayanmaktadır (Day 1992). Ruh sağlığı alanında çalışan bilim insanları tarafından yapılan stres tanımlarına bakıldığında en eski tanımın 1914 yılında Cannon tarafından yapıldığı görülmektedir. Cannon (1914); stresi istenmedik çevresel etkiler nedeniyle bozulan fizyolojik yapıyı tekrar yeniden toparlamak için gerekli fizyolojik uyarılar olarak tanımlamıştır (Akt. Özdevecioğlu 2004). Akademik araştırmalarda stresin psikolojik bir kavram olarak ele alınması iki sebebi vardır. Bunlardan ilki stresin toplayıcı bir özelliğinin olmasıdır. Stres; anksiyete, gerginlik, duygusal çöküntü, çatışma, benlik tehdidi ve uyarılma yerine kullanılmaktadır. İkinci sebebi ise stresin, psikolojik durumların fizyolojik belirtilerle ortaya çıkmasına imkân vermesidir (Baltaş ve Baltaş 1990). Stres ile ilgili yapılan diğer bazı tanımlarda şu şekildedir; Baltaş ve Baltaş'a (2008) göre stres, organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanmasıyla veya tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur. Başka bir tanımda ise stres; kişinin iyilik halini bozan, kapasitesini düşüren ve zorlayan, kişi ile çevresi arasındaki etkileşim olarak ifade edilmektedir (Folkman & Lazarus 1984).

Birçok araştırmacı uzun yıllardır stresin olumlu ve olumsuz etkileri üzerine çalışmalar yürütmüştür. Örneğin, Hawkley ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan bir çalışmada belirtildiği gibi en genel anlamda stresin insan organizması için kötü bir durum olduğu görüşü sosyal bilimler ve tıp bilimleri tarafında kabul görmüştür. Başka bir çalışmada ise belirli bir süreyi aşan stresin birey için zararlı hale gelmeye başladığı ifade edilmektedir (Weinstein & Li 2016). Sonuç olarak stres bilimsel literatürde, günlük yaşamda kullanılan anlamına benzer nitelikte olumsuz ve başedilmesi gerek bir durum olarak ele alınmaktadır (Yöndem 1998).

Stresle ile başa çıkabilmek için öncelikli olarak stresin belirtilerinin neler olduğunun ortaya koyulması gerekmektedir. Stres belirtileri 3 farklı şekilde ortaya çıkmaktadır.

Bunlar;

- a. Fiziksel Stres Belirtileri;** Yüksek tansiyon, sindirim bozuklukları, mide bulantısı, terleme, nefes darlığı, baş ağrısı, yorgunluk.
- b. Davranışsal Stres Belirtileri;** Uykusuzluk, uyuma isteği, iştahsızlık, yeme alışkanlığında artış, sigara ve alkol kullanımı veya artışı.
- c. Psikolojik Stres Belirtileri;** Gerginlik, geçimsizlik, iş birliğini kabul etmeme, yetersizlik duygusu, sürekli endişe ve yersiz telaş (Pehlivan 1995).

Stres kavramında üzerinde durulması gereken bir diğer nokta ise stres faktörleridir. Stres faktörleri bir diğer adıyla stresörler insan hayatının farklı dönemlerinde farklı şekillerde ve geniş kapsamlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Baltaş 1984). Stres faktörleri önceden tahmin edilebilen ve beklenmeyen stres faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Önceden tahmin edilebilen stres faktörleri genellikle iş hayatında yaşanan gerçekleşmesi mümkün olmayan hedef ve beklentilerle ilgilidir. Beklenmeyen stres faktörleri ise yakınların kaybı, kaza ve yaralanmalar, sağlığın aniden bozulması, doğal afetler şeklinde ifade edilmektedir (Rowshan 2000). Sağlığın bozulması veya bunun aniden gerçekleşmesi gibi durumlar stres faktörü olabilmektedir. Sağlığında bozulması sonucu ortaya çıkan ve uzun dönem stres olarak adlandırılan stres türü, kronik hastalıklarla birlikte fazlasıyla görülmektedir (Ben-Sira 1984).

### **2.2.1.1 HIV/AIDS'e bağlı stres**

HIV/AIDS hastalığında yaşanan psikolojik strese, öncelikle hastalığın bireye bulaşmasındaki sorumluluğu, başkalarına bulaştırma riski ve hastalığın ilerleyişine bağlı ortaya çıkan fiziksel işlevselik değişimleri gibi faktörler etkili olmaktadır (Duyan 2001a). Bunun yanında HIV testinin seropozitif olduğunun tespit edilmesi sonucu hastalıkla ilk kez yüzleşen HIV ile infekte bireyler, fiziksel ve psikolojik durumlarını etkileyen ve çeşitli stres durumları ortaya çıkaran deneyimler yaşamaktadırlar (Samara ve diğ. 2014).



HIV, bireylerde hastalıkla tanışma aşamasında başlamak üzere başlangıç döneminde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ortaya çıkarabildiği gibi, süreğen bir stres olarak da hastalıkla birlikte devam edebilmektedir. HIV tanısı sonrası hastalıkla ilk kez yüzleşen bireyler TSSB açısından risk taşımakta iken HIV/AIDS'in ölümcül hastalıklar kategorisinden kronik hastalıklar kategorisine geçişi sonucu HIV/AIDS ile ilişkili yaşam kalitesi ve bu sürecin yönetimi bireylerde daha fazla endişe yaratmaya başlamıştır (Pakenham & Rinaldis 2002). Kronik bir hastalık haline gelen HIV/AIDS'in bireylerin yaşamına etkileri; tedavinin yan etkileri, sıkı tedavi yöntemleri, damgalanma, fiziksel semptomlar, izolasyon ve belirsizlik gibi stressörler tarafından olabilmekte ve HIV/AIDS ile birlikte süreğen bir stres ortaya çıkabilmektedir. (Leserman ve diğ. 1992; Pakenham ve diğ. 1996; Pierret 2000; Pakenham & Rinaldis 2002). HIV/AIDS ile ilişkili yaşam kalitesinin bedensel sağlığı boyutunda çeşitli psikososyal faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Bu psikososyal faktörlerden önemli bir tanesi bireylerin HIV/AIDS'e olan uyumunda da önemli bir rol oynayan strestir (Pakenham ve diğ. 1994; Pakenham & Rinaldis 2002). HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin hastalıkla ilgili yaşadıkları kronik stres, aynı zamanda araştırmacıların HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin hastalığa olan psikolojik uyumlarıyla ilgili araştırmalara yönelmesini sağlamıştır (Ciesla & Roberts 2001).

### **İlgili araştırmalar**

Geçmiş araştırma sonuçları HIV/AIDS ile yaşayan bireylerinin yaşam streslerinin yüksek seviyede olduğunu ortaya koyarken ve stresin HIV/AIDS ile yaşayan bireyler için ortak bir özellik olduğu belirtilmektedir (Fang ve diğ. 2014). HIV/AIDS ile yaşayan bireyler arasındaki yaşam stresi HIV'e özgü olan; direkt olarak hastalığın, tedavi sürecinin ve klinik sonuçların ortaya çıkardığı stresörleri içerdiği gibi HIV'e özgü olmayan; yoksulluk, işsizlik, evsizlik, sosyal destek mekanizmalarında yoksunluk ayrımcılık/dışlanma ve şiddet gibi stresörleri de içermektedir (Moskowitz ve diğ. 2009; Mitchell & Links 2004).

HIV ile infekte olmak bireyleri sadece bedensel ve psikolojik olarak tehdit etmemekte, toplumsal olarak da bireyler toplumsal dışlanma, kovulma ve güçsüzleştirme süreçleri

ile karşı karşıya kalma konusunda tehdit altında olabilmekte ve stres yaratan durumlar toplum kaynaklı da olabilmektedir (Abdullah & Shuckla 2014). HIV/AIDS'e bağlı strese yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında; Su ve diğ. Tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada HIV/AIDS ile birlikte yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri; ayrımcılık ve sosyal destek değişkenleri açısından değerlendirilmiştir. Çalışmada HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde genel stres düzeyinin yüksek olduğu ortaya konarken, ayrımcılığın HIV/AIDS'e bağlı stresin ana kaynağı olduğu, sosyal desteğin de stresi azalttığı sonucu bildirilmiştir (Su ve diğ. 2013).

Scott-Sheldon ve diğ. (2013) tarafından HIV/AIDS'in en yaygın olduğu bölge olan Afrika'da gerçekleştirilen bir çalışmada ise HIV/AIDS ile birlikte yaşayan bireylerin stres düzeylerinin HIV ile infekte olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu sonucu bildirilmiş olup, çalışmaya katılan bireylerin stres ile başa çıkma yolu olarak da alkol kullanımının öne çıktığı sonucu ortaya konmuştur. Olumsuz başa çıkma yollarına başvurmak HIV ile infekte bireylerde olası davranış örüntüleri olarak görülebilir.

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde depresyon, anksiyete ve stresi araştıran bir başka çalışmada ise; HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı olmayan bireylere göre daha yüksek oranda depresyon, anksiyete ve stres düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir (Abdullah & Shuckla 2014). Aynı çalışmada belirtilen değişkenler cinsiyet açısından değerlendirilmiş ve erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda stres yaşadıkları, bu durumda erkek bireylerin gelir elde etme ve ailenin ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğunu yerine getirme ile ilişkili olabileceğinden bahsedilmiştir.

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde antiretroviral tedavi başarısının, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresyon ile olan ilişkisini inceleyen bir çalışmada katılımcıların yüzde 22'sinin HIV/AIDS'e bağlı TSSB yaşadıklarını ve TSSB'nin antiretroviral tedavi başarısı ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğu ortaya koymuştur (Vranceanu ve diğ. 2008).

Leserman (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, literatürde 1990-2007 yılları arasında yayınlanmış olan, uzun süre gözleme dayalı olarak yapılmış olan ve depresyon,

stres ve travmanın HIV hastalığı sürecindeki rolünü anlatan araştırmalar gözden geçirilmiştir. Aynı çalışmada HIV/AIDS'e bağlı stresin, HIV'in ilerleyişini negatif yönde etkilediği veya hiç etkilemediğini sonucunu ortaya koyan çalışmalardan bahsedilmektedir (Leserman 2008). Leserman (2002) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise HIV ile yaşayan bireyler 7,5 yıl boyunca takip edilmiş, çalışma bulgularına göre stres veren yaşam olayları ve zorlukların yaşanıyor olmasının bireylerin AIDS aşamasına geçişin hızlandırdığı ortaya konmuştur. Partersen ve diğ. tarafından 1996 yılında gerçekteştirilen bir diğer çalışmada yine aynı şekilde 5 yıl boyunca takip edilen HIV/AIDS ile yaşayan bireylerle görüşmelerden elde edilen verilere göre stres veren yaşam olayları ve zorlukların yaşanıyor olmasının bireylerin AIDS aşamasına geçiş, ölüm ve hastalığı ilerleyişi ile arasında herhangi bir ilişkinin bulunmadığı sonucu bildirilmiştir (Patterson ve diğ. 1996).

Yukarıda literatürde yapılan bazı araştırmaların sonuçları hakkında bilgilere yer verilmiştir. Araştırma sonuçları göstermektedir ki HIV/AIDS ile yaşayan bireyler hastalıklarına bağlı olarak stres yaşamaktadırlar. HIV/AIDS'de stres yaratan durumlar aynı zamanda stresin sonucu da olabilmektedir. Başka bir deyişle HIV ile infekte olmanın sonucunda bireyler stres yaşarken, yaşadıkları stres de HIV/AIDS'de en sık kullanılan tedavi yöntemi olan antiretroviral tedavilerinin klinik sonuçlarının olumsuz etkileyebilmektedir. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin hastalık sonrası ortaya çıkan stresleri HIV/AIDS ile ilgili olarak olumsuz olarak adlandırılan durumlar olan; antiretroviral tedavinin zayıflaması, viral yıkım, ölüm ve fırsatçı enfeksiyonlar gibi sonuçlara sebep olabilmektedir (Parianti ve diğ. 2004; Mugavero ve diğ. 2006; Leserman ve diğ. 2007; Reif ve diğ. 2011).

Yukarıda ifade edilen tüm durumlardan da anlaşılacağı gibi uzun dönem veya kronik stres olarak tanımlanan ve kronik hastalıklarda çok fazla görülen stresin HIV/AIDS açısından en dikkat çeken noktası immün sistemi zayıflatarak hastalığın duyarlılığını etkilerken, depresyon durumunun da ortaya çıkmasını sağlayabilmektedir. Bruce (2002) yaptığı çalışmasında terk edilmeye bağlı stresin HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde yüksek oranda depresyon gelişimi ile korelasyon içinde olduğunu göstermiştir. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde stres ve depresyon ilişkisi birçok araştırmaya konu

olurken araştırma değişkeni olan depresyon ve HIV/AIDS ile yaşayan bireyler hakkında bilgilere aşağıda yer verilecektir.

### 2.2.2 Depresyon

Depresyon; uzun yıllardır tanımlanmasında güçlük çekilen, genetik, kimya, biyoloji ve psikoloji gibi farklı bilim dallarını içinde barındırmakla birlikte psikoloji bilimine ait bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikoloji bilimi içinde de bilişsel, sosyal ve psikodinamik gibi farklı boyutlarda ayrıntılı çalışmalara konu olan bir kavramdır (Hagen 2003). Günümüzde en sık rastlanan psikiyatrik hastalıkların başında gelen depresyonu, her beş kişiden birinin hayatlarının herhangi bir döneminde yaşadığı belirtilmektedir (Mete 2008). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1994 yılında yapılan tanıma göre depresyon; duygusal, bilişsel, davranışsal ve somatik belirtilerle ortaya çıkan; bunun sonucunda bireyde çökkün ruh haline, bireyin davranışsal etkinliklerinde azalmaya, zihinsel etkinliklerde birtakım değişikliklere ve zaman zaman bedensel yakınmalara neden olan; şiddeti bireyden bireye değişebilen bir duygu durum bozukluğudur (Doğan 2001). Depresyonun ruh sağlığı alanında önemli bir yere sahip olmasında, görülme sıklığının yanında, bireylerde ortaya çıkardığı duygusal ve ruhsal değişimlerle birlikte bilişsel ve fiziksel süreçlerinde de bozulmalara neden olan bir rahatsızlık olması da etkilidir (Kekovalı ve diğ. 2002). Bir başka deyişle depresyon hem psikolojik iyilik halinde düşüklük hem de psikomotor davranışlarda ve düşünme faaliyetlerinde yavaşlamalara ve hayatın rutin akışında aksamalara yol açan, olumsuz etkileyen ve normal olmayan bir durumdur (Muttalimova 2014).

Bireylerin yaşam olayları karşısında neşe, üzüntü, sıkıntı, taşkınlık veya çökkünlük gibi duygu durumlarında değişiklikler yaşaması olağan bir durum olarak kabul edilmektedir (Duran 2009). Duygudurum bozukluğu olarak kabul edilen depresyonda normal olarak kabul edilen neşe, kin, nefret, sıkıntı, korku gibi duygudurum değişiklikleri aşırı hale gelmekte veya uygun olmayan davranış biçimleri sergilenmektedir (Duran 2009). Kültürel yapıdaki farklılıklara göre değişkenlikler göstermekle birlikte depresyon nedenleri hakkında literatür incelendiğinde; biyolojik ve psikososyal etkenlerin neden olabildiği görülmektedir.

**Biyolojik Etkenler:** Kalıtım ve ruh sağlığı ile ilgili sıkıntılar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için yapılan çalışmalarda duygu durum bozukluğu yaşayan bireylerin birinci derece akrabalarında benzer hastalığın bulunması, hastalığın genel nüfusa oranla on, on beş kat daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Köknel 2005). Depresyonu ortaya çıkarabilen bir diğer biyolojik faktörde; ilaç, nörolojik bozukluklar, tümörler, endokrin bozuklukları ve beslenme bozuklukları gibi organik sebeplerle olabilmektedir (Küey 1998).

**Psikososyal Etkenler:** Literatürde; aniden yaşanan değişimler, travma, iş ve aile problemleri, kayıplar, çatışmalar, beden sağlığının bozulması gibi durumların psikolojik olarak iyilik halini etkilediği ve özellikle de depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu görülmüştür.

Depresif bir bireyi normal duygudurumlu bireyden ayıran bazı davranışlar bulunmaktadır. Bunlar depresyon belirtileri olarak kabul edilmektedir. Bunlar; mutsuzluk, zevk almama isteksizlik, değersizlik düşünceleri, dikkatini toplayamama, kararsızlık, uyku, iştahsızlık ve cinsel istek gibi bedensel işlevlerde bozukluk, aile, evlilik ve iş gibi toplumsal rolleri yerine getirmede konusunda yaşanan sıkıntılar, intihar düşüncesi ya da girişimi ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluklar şeklindedir (Doğan 2000). Beck tarafından yapılan depresyon tanımlamasında ise; depresyonun duygusal bulguları arasında, üzüntülü duygu hali, kendi halinden hoşnut olmama, doyumsuz olma, ilginin azalması, ağlama krizleri ve neşesizlik yer almaktadır (Hisli 1989).

Depresyona neden olabilecek etkenler ve depresyon belirtileri tüm dünyada kabul edilir şekilde tanımlamaları yapılmış olmasına rağmen depresif bozukluklarının tanımlanması her zaman çok kolay olmamaktadır. Depresyonun tanısının koyulabilmesi için tıbbi multidisipliner iş birliği taşımaktadır (Couper 2003). Depresyon tanısı sonrasında tedavi sürecinde dört farklı yaklaşımla izlenmektedir. Bunlar; antidepresan ilaç tedavisi, psikoterapiler, elektro konvülsif tedavi ve ışık tedavisidir.

DSM-5 tanı ölçütlerine göre depresyon bozuklukları; yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmamış bir diğer depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon şeklinde kategorilere ayrılmaktadır.

Bir başka sağlık durumuna bağlı depresyon için belirli risk etmenleri bulunmaktadır. Bunlar; nevrotik özellikler, geçirilmiş depresyon, ailede depresyon öyküsü, alkolizm, sosyal destek yoksunluğu, iş kaybı ve hastalığın ilerlemiş boyutu ve yan etkileri şeklindedir (Brawman 2005). Yapılan çalışmalarda, başka bir sağlık durumuna bağlı hastalıklarda görülen depresyonda intihar girişimlerine sık rastlanmamakla birlikte, kendisinde ve ailesinde intihar girişim öyküsü bulunan, kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek yoksunluğu, psikopatoloji öyküsü, anksiyete gibi durumlar intihar girişimi açısından risk faktörü olarak görülmektedir (Roelofs 2005).

Depresif rahatsızlıkların çeşitli ciddi tıbbi hastalıklarla yakından ilişkili görülmektedir (Katon ve Schulberg 1992). Başka bir deyişle depresyon HIV/AIDS'in de içinde yer aldığı, kronik sağlık problemleri yaşayan, kısıtlılığa sebep olan, hastalık ve ölüm oranı artış riski bulunan sağlık sorunları için risk faktörüdür (Reis ve diğ. 2011).

Bireyleri psikolojik anlamda etkileyen HIV'e özgü sorunlar daha önceki bölümlerde de belirtildiği gibi fiziksel işlevsellik kayıpları, günlük öz bakım ihtiyaçlarını yerine getirememeye gibi durumlar ile fiziksel açıdan, öz güven kaybı, kendine olan saygısında kayıp, değersiz olduğunu hissetme gibi durumlar ile duygusal açıdan, aile ve arkadaş gibi sosyal destek mekanizmalarından yoksun kalma, sürekli hastaneye ve kontrollere gitme, toplum tarafından dışlanma ve olumsuz düşüncelerle atfedilme gibi durumlar nedeniyle sosyal açıdan, iş kaybı, çalışamama, yüksek tedavi masrafları gibi durumlar nedeniyle de ekonomik açıdan HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin psikolojik yapılarından bozulmalar meydana gelebilmektedir (Behbloodl & Saadet 2015).

Başka bir açıdan bakıldığında ise HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde görülen depresyonun belirli ortak özellikler sergilediği görülmektedir. Bunlardan ilki;

HIV/AIDS ile yaşıyan bireylerde en sık görülen psikolojik hastalık depresyon olmasına rağmen, depresyonun başka bir hastalık tarafından maskeleniyor olması nedeniyle zor tanımlanan bir hastalıktır (Hisli 1989). Başka bir deyişle HIV/AIDS’de depresyonu ortaya çıkaran ortak fiziksel belirtiler (bitkinlik, iştahsızlık, uykuda azalma), ortak bilişsel belirtiler (psikomotor yavaşlama, unutkanlık) ile ortak duygusal ve davranışsal tepkiler (ilgi kaybı, suçluluk, ölüm düşüncesi) oluşumu nedeniyle zorlaşmaktadır (Maj 1996).

HIV/AIDS ile yaşıyan bireylerdeki depresyonun tanımlanmasındaki zorluğu etkileyen bir diğer durum ise HIV ile yaşıyan bireylerin depresyon düzeylerinde yüzde 0’dan 50’ye varabilen oranlarda farklılıklar göstermesi HIV/AIDS, depresyon ilişkisini açıklamayı zorlaştırmaktadır (Berger-Greenstein ve diğ. 2007). Bu farklılıkların depresyona dair farklı değerlendirme stratejileri, çeşitli iyileşme süreçleri, sosyo-demografik ve davranışsal durumlardan kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Ciesla ve Roberts, 2001). HIV/AIDS ile birlikte yaşıyan bireylerin yaşadıkları depresyon durumlarının bir diğer ortak özelliği bireylerin yaşadıkları depresyon sürecinde hiçbir belirti ve semptom göstermeden daha fazla acı veren durumlar yaşamaları olarak ifade edilmektedir (Valenta 2003).

### **İlgili araştırmalar**

HIV/AIDS ile yaşıyan bireylerde depresyon oranları kendi içinde farklılık göstermekle birlikte geçmiş yıllar içerisinde çeşitli çalışmalar ile HIV/AIDS ile birlikte yaşıyan bireylerin depresyon özellikle majör depresyon oranları ve sıklığı ortaya konmuştur (Ciesla & Roberts 2001). HIV enfeksiyonunda hayat boyu depresyon yaygınlığının yüzde 26 olduğu belirtilirken (Maj diğ., 1994), HIV/AIDS hastalığında depresyon yaygınlığının yüzde 22-45 aralığında değiştiği bildirilmiştir (Brown ve diğ. 1992).

HIV enfeksiyonunda depresyon belirtilerinde ya da depresyonun gelişimini ortaya koymada çeşitli etmenlerin ön plana çıktığı, bunlardan ilki HIV tanısının getirdiği psikolojik etki, fiziksel belirtilerin başlaması, hastalığın ilerlemesi ve en önemlisi bunların genç yaşta gelişip ailesel, toplumsal ve mesleki red ile karşılaşma durumudur

(Maj, 1990; Bakım ve diğ. 2005). Diğeri ise HIV nörotropizmi ile derin gri yapılar da nöropatolojik değışimler oluşturarak duygu durum ve motivasyon bozuklukları ortaya çıkarabilmektedir (Price ve diğ. 1988; Bakım ve diğ. 2005). Bhatia ve diğ erleri tarafından 2011 yılında yapılmış olan, HIV ile yaşayan yeni tanı almış bireylerin depresyon durumlarını araştıran bir başka çalışmada da depresyonun yeni tanı almış bireylerde çok yaygın olduğu, yüzde 67'sinde depresyon görüldüğü ve bu depresyonun cinsiyet, düşük gelir, geçmiş madde kullanım öyküsü, medikal tedavi eksikliği ve öz güven yetersizliliği ilişkili olduğundan bahsedilmektedir.

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin, HIV/AIDS olmayan bireylere göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirilen çalışmalar kadar (Jones ve Beach 2001) HIV/AIDS ile yaşayan bireyler ile HIV ile enfekte olmayan bireylerin depresyon oranları arasında anlamlı bir farka rastlanmadığı sonucunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (Kelly ve diğ. 1998). Buna karşılık Lyketsos ve diğ erleri (1996) tarafından yapılan çalışma sonucunda genel popülasyon ile HIV tanısı erken ve orta evrede bireyler arasındaki depresyon oranları karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bildirilmiştir. Ancak 2000'li yıllardaki araştırma sonuçlarında bu durum değışiklik göstermeye başlamıştır. Saadet ve diğ erleri tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada HIV ile enfekte bireyler arasındaki depresyon oranının yüzde elli yedi oranında olduğu ve bu bireylerin depresyon oranlarının genel popülasyona oranla beş kat fazla olduğu ortaya konmuştur. Ciesla ve Robert (2001) tarafından yapılan çalışmada ise HIV enfeksiyonu ile depresif rahatsızlık riskleri arasındaki ilişki meta-analiz yöntemi geçmişte yayınlanan 10 farklı çalışma sonuçları incelenmiş ve HIV ile enfekte bireylerin HIV negatif bireylere oranla 2 kat daha fazla majör depresyon yaşadıkları sonucunu bildirmişlerdir. Bu durumda depresyonun HIV/AIDS ile yaşayan bireyler için önemli bir sorun olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

HIV/AIDS ile ilişkili depresyonun etkileyen faktörlerden bahsetmek gerekirse; birçok çalışma sonucunda ortaya konmuş olan HIV/AIDS ile birlikte yaşayan bireylerin depresyon düzeylerinin, hastalığın hızlı bir şekilde AIDS aşamasına geçmesi, hastalığa bağlı ölüm oranları ve ölüm düşüncesi ile ilişkili olduğudur (Leserman 2003). Leserman ve diğ erleri tarafından sırasıyla 1990, 2000 ve 2002 yıllarında yaptığı uzun



sürekli takibe dayalı gözlem çalışmalarında HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin depresyon ile birlikte AIDS aşamasına geçiş ve ölüm düşüncelerinde artış olduğu sonucu bildirilmiştir (Leserman 2008). HIV/AIDS ile depresyon arasındaki ilişkide depresyon düzeyini etkileyici bir diğer faktör ise fiziksel işlevselliğin bozulması olarak görülebilir. Örneğin, HIV/AIDS ile birlikte bireylerin hipertansiyon, böbrek yetmezliği, diyabet, koroner arter hastalığı gibi önemli kronik hastalıklara da sahip olması ve genel iyilik halinin bozulması depresyonu tetiklemektedir (Berger-Greenstein ve diğ. 2007).

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde depresyon düzeylerinin araştırılması depresif belirtiler ile hastalığın antiretroviral tedaviye verdiği cevap arasında negatif bir korelasyonun olması nedeniyle de önemli kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalara bakıldığında; Evans ve diğerleri (2002) çalışmalarında depresif belirtilerin artmasının HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin vücutlarındaki CD4 hücre sayılarının azalmasıyla ve viral yükün artmasıyla ilişkili olduğu sonucunu bildirmişlerdir. HIV ile infekte bireylerde antiretroviral tedavi başarısı ile TSSB ve depresyon ilişkisini inceleyen bir başka çalışmada ise araştırma bulgularının önceki araştırmalarla uyumlu olduğu; HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde ruh sağlığında bozulmaların ortaya çıktığı bildirilmiştir. Çalışmanın bir diğer bulgusu da depresyonun antiretroviral tedavi başarısının yordayıcısı olduğu ve TSSB'nin antiretroviral tedavi ile negatif yönde etkileşimde olduğu şeklinde rapor edilmiştir (Vranceanu ve diğ. 2008).

Psikolojik sağlamlık, travma sonrası büyüme, kaygı ve depresyon ilişkisini ve bunların yeni tanı almış HIV ile yaşayan bireylerdeki stresi yordayıcılığını araştıran bir başka çalışmada ise HIV ile yaşayan bireylerde kaygı ve depresyon düzeylerinin genel popülasyondan daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. (Chaudhury ve diğ. 2016). Öte yandan psikolojik sağlığın olumlu göstergelerinden olan psikolojik sağlamlık (Garrido-Hernansaiz & Alonso-Tapia 2017) ve travma sonrası büyümenin HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde genel popülasyonda olduğu gibi koruyucu faktör olduğu bulunmuştur (Murphy & Hevey 2013).

### 2.2.3 Fiziksel İşlevsellik

HIV/AIDS ortaya çıktığı ilk günden beri dünya genelinde milyonlarca ölüme ve çok fazla kişinin hayatında ciddi sıkıntılara ve engellere yol açmıştır (Giri ve diğ. 2013). Ölüm oranlarında gerçekleşen azalmanın bir sonucu olarak HIV ölümcül hastalıklardan çıkarak süregelen kronik hastalıklar içinde yer almaya başlamıştır (Deeks ve ark. 2013). Kronik hastalıklar içinde kendine yer bulması ile birlikte HIV ile infekte bireylerin yaşam süreleri uzarken yaşam beklentilerinin de arttığı görülmektedir. Yaşam beklentilerindeki artış eğilimi olumlu bir durum olarak değerlendirilse dahi uzun yaşam süreleri ve ilerleyen yaş ile ilişkili olarak ortaya çıkan komorbilite durumları HIV ile infekte bireylerin yaşam kalitelerini etkilemektedir (Justice 2010). HIV/AIDS ile birlikte yaşayan bireylerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini; fiziksel iyilik hali, duygusal iyilik ve fonksiyonel iyilik hali bir arada oluşturmaktadır (Peterman ve diğ. 1997).

Literatürde HIV/AIDS fiziksel işlevsellik ilişkisinde HIV/AIDS ile yaşayan bireylere ait yaşam stresinin de fiziksel işlevselliği olumsuz etkilediği yer almaktadır. Albert Bandura tarafından 1960 yılların başında ortaya konan Sosyal Bilişsel Kurama göre de HIV/AIDS ile yaşayan bireylereğer fiziksel ve ruhsal sağlıkları ve fonksiyonları iyi durumda ise kendilerini iyi hissedip ve güvende hissedip hedeflerini gerçekleştirme ve ihtiyaçlarını karşılama konusunda motive olabilmekte ve bu durum yaşam kalitelerini artırmaktadır. Tam tersi açıdan ele alınırsa, fiziksel işlevsellikte bozulma ve beraberinde depresyon durumunda olan bireylerde yorgunluk motivasyon düşüklüğü, kendine güvenmeme gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (Wagner ve diğ. 2014). Başarılı bir şekilde uygulanan antiretroviral tedaviler sonucunda yaşam beklentilerinde artışlar yaşanan HIV ile infekte bireyler aynı zamanda yaş ile ilişkili olarak fiziksel işlevsellikte oluşan kısıtlamalarla mücadele etmeye başlamışlardır (Nieves-Lugo ve diğ. 2017).

### İlgili araştırmalar

HIV/AIDS fiziksel işlevsellik ilişkisiyle ilişkili yapılan araştırmalara bakıldığında Nieves-Lugo ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada HIV ve fiziksel

işlevsellik ilişkisine dair yüksek viral yük değerlerinin fiziksel işlevselliğin güçlü belirleyicilerinden olan fiziksel aktivite ve kapasitede azalmalarla ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkarılmıştır. Fiziksel işlevsellikte yaşanan kısıtlılıkların HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin birçoğunda ilerleyen yaş ile birlikte ortaya çıkabilecek bir durum olduğu ön görülmektedir (Balderson ve diğ. 2013). Literatürde fiziksel işlevsellikte azalma, sınırlılıklar ve günlük öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamama durumunun, hastane süreci, uzun dönem bakım ihtiyacı ve ölüm ile ilişkili olduğu kabul görmektedir (Haukenes ve diğ. 2014).

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde bir diğer fiziksel işlevsellik ile ilişkili durum HIV'e bağlı kilo kaybı ile ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir. Kilo kaybı, süregelen ishal, halsizlik ve güçsüzlük; HIV virüsü ile özdeşleşmiş tanımlayıcı belirtiler olmakla birlikte, belirli durumlarda da aşırı kilo kaybı ve fiziksel işlevsellikte azalma HIV hastalığının ilerlemiş olabileceğini gösteren durumlar olarak kabul edilmektedir (Wanke ve diğ. 2000). Kanseri, demans gibi diğer kronik hastalıklarda benzer şekilde kilo kaybı ve bedensel yapıda değişiklikler gerçekleşme birlikte HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde karakterize edilen kilo kaybında, kas gücü kaybının yaşanmasıyla birlikte kas ağrıları ve halsizlik ortaya çıkmakta ve bu durumda bireylerin fiziksel işlevselliklerini yerine getirmesini engellemektedir (Grinspoon & Mulligan 2003). Yapılan çalışmalar uzun süre devam eden vücut zayıflığının; fiziksel işlevsellikte azalma, AIDS evresine geçişi temsil eden fırsatçı enfeksiyonları vücuda girişi ve ölüm riskinde artış sonuçlarının doğurduğu ortaya konmuştur (Erlandson ve diğ. 2016).

HIV ile infekte bireylerin fiziksel işlevsellik kayıplarının hayatlarını psikososyal açıdan kaybın düzeyine göre değişmekle birlikte; kendi kendine yetememe, bir başkasına bağımlı olma, kendini işe yarar bulmama gibi durumlar açısından psikolojik, terk edilmek, başkalarına yük olma, arkadaş ve aile desteği kaybı gibi durumlar açısından sosyal, iş kaybı, gelir elde edememe, çalışamaz hale gelme durumu açısından ekonomik iyilik hallerini etkilemektedir. Bu noktada HIV/AIDS ile yaşayan bireyler için fiziksel sağlıklarının ve fiziksel işlevselliğin merkezi olan iş hayatından uzaklaşmak, çalışmamak gelir kaybı dışında bireyleri psikolojik anlamda da olumsuz etkilemektedir (Wanger ve diğ. 2014). HIV/AIDS ile yaşayan bireyler için iş hayatında aktif bir şekilde

bulunma, ekonomik anlamda gelir elde etmenin yanında, zaman geçirme, kendini yararlı bulma, aile ve sosyal çevresi dışındaki bireylerle iletişim kurma, toplum içinde kendi kimliğini, statüsünü ve pozisyonu belirleme açılarından da ayrıca önem taşımaktadır (Jahoda & Rush 1980; Rueda ve diğ. 2011).

Gibson ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışmada HIV/AIDS ile yaşayan bireyler arasındaki fiziksel ve ruh sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin yaşam stresi ile ters orantılı olarak ilişki kurduğu ortaya konmuştur. Bu noktada araştırmanın bağımlı değişkeni olan HIV/AIDS'e bağlı stres ile yaşam kalitesinin alt faktörlerinden fiziksel fonksiyonların etkileşiminden bahsedilmektedir. Yapılan çalışmada da sağlıkla ilişkili olan yaşam kalitesinin alt faktörlerinden biri olan fiziksel fonksiyonellik boyutu ele alınmış, HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin fiziksel işlevsellik düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bunun yanında bireylerin bedensel gereksinimleri arasında yer alan cinsel yaşam aktivitelerinin de fiziksel işlevsellik düzeyiyle yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak tüm belirtilen bu durumlar göz önünde tutulduğunda HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde fiziksel işlevselliklerinde yaşanan bozulmalar sonucu stres ve depresyon gibi psikososyal sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Bu noktada araştırmanın değişkenlerinden olan yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili alt boyutu olan fiziksel işlevselliğin azalmasına bağlı olarak HIV/AIDS'e bağlı stresin artabileceği düşünülebilir.

### 3. VERİ VE YÖNTEM

Yöntem bölümünde araştırma modeli, çalışma grubu, çalışmada kullanılan veri toplama araçları, elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntem ve teknikler hakkında bilgilere yer verilmiştir.

#### 3.1 ARAŞTIRMA MODELİ

Araştırmanın modeli olarak; HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde depresyon ve fiziksel işlevselliğin stres düzeyini yordayıp yordamadığını değerlendirmek üzere betimsel alan çalışması ve yordayıcı korelasyon araştırma modeli kullanılmıştır. Betimsel alan çalışmaları deneysel kontrolleri yapmayan ve gerçek hayatta gerçekleştirilen araştırmalar olarak tanımlanmaktadır (Heppner ve diğ. 2008). Aynı yazarlara göre betimsel alan çalışmasında katılımcılar, ilgilenilen bir evrenden doğrudan alınabildiği için çoğunlukla yüksek dış geçerliliğe sahiptir. Yordayıcı korelasyon araştırmalarında değişkenler arasındaki ilişkiler incelenerek, değişkenlerin birinden yola çıkılarak diğeri yordanmaya çalışılır (Büyüköztürk ve diğ. 2014).

#### 3.2 ARAŞTIRMA GRUBU

Bu araştırmaya, HIV/AIDS tanısı almış bireyler katılmıştır. Hazırlanan veri toplama araçlarını toplamda 193 birey doldürmüştür. Çalışmanın araştırma grubunu, HIV (+) 183 kişi, AIDS evresindeki 10 kişi oluşturmaktadır. Literatür incelendiğinde HIV (+) olan kişilerle, hastalığın AIDS aşamasında olan kişiler için ayrı ayrı çalışmaların yürütüldüğü görülmekle birlikte, yapılan çalışmalarının büyük çoğunluğunda bu iki grup bir arada ele alınmıştır. Bu araştırmada HIV/AIDS ile yaşayan bireyler, birlikte ele alınıp değerlendirilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin sadece küçük bir kısmının AIDS evresinde yer alması da HIV (+) ve AIDS evresindeki katılımcıların tek grup olarak incelenmesini gerekli kılmıştır. Bu çalışma için sadece İstanbul şehrinde

veri toplanmış olup, çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup anketlerde kimlik bilgilerine verilmemiştir.

Araştırma grubu uygun örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Uygun örnekleme hali hazırda mevcut olan, gönüllü ya da kolaylıkla örnekleme dahil edilebilecek katılımcıları araştırmaya dahil etme olarak tanımlanmaktadır (Christensen ve diğ. 2015). Araştırma grubunu belirlemede uygun örnekleme yöntemi kullanılmasının nedeni bu yöntemde çalışmaya katılması kolay bir katılımcı grubu oluşturulması esas alınmaktadır. Araştırma grubunu oluşturan HIV/AIDS ile yaşayan bireylere gizlilik ve mahremiyet ilkeleri doğrultusunda ulaşmak zor olabilmektedir. Bu noktada uygun örnekleme yöntemi araştırma grubunun oluşturulmasında kolaylık sağlamıştır.

Araştırmanın örneklemini oluşturan 193 HIV/AIDS tanısı bireye ait sosyodemografik bilgiler aşağıdaki tablo 3.1’de verilmiştir.

**Tablo 3.1: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sosyodemografik özellikleri**

<b>Değişkenler</b>	<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde %</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	172	89.1
Kadın	21	10.9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	37	19.2
Bekar	122	63.2
Boşanmış	29	15.0
Eşinden ayrı	5	2.6
<b>Cinsel Yönelim</b>		
Heteroseksüel	96	49.7
Biseksüel	26	13.5
Homoseksüel	71	36.8
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okuryazar	2	1.0
İlkokul	42	21.7
Ortaokul	9	4.7
Lise	76	39.4
Üniversite	64	33.2
<b>Kiminle Yaşadıkları</b>		
Yalnız	44	22.8
Aileyle	111	57.5
Partnerle	18	9.3
Arkadaşımlla	20	10.4
<b>Ailelerin HIV'i Bilme Durumları</b>		
Evet	107	55.4
Hayır	84	43.6
Başka bir hastalık olarak	2	1.0
<b>Sağlık Güvence Durumları</b>		
SGK	130	67.4
Emekli	9	5.7
Genel Sağlık Sigortası	48	23.8
Özel Sağlık Sigortası	2	1.0
Yok	4	2.1
<b>Tamı Almadan Önceki Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	139	72.0
Çalışmıyor	45	23.3
Emekli	9	4.7
<b>Tamı Sonrası Çalışma Durumu</b>		
Aynı işte çalışıyorum	94	48.7
Farklı işte çalışıyorum	35	18.1
Çalışmıyorum	64	32.2

<b>Tanı Durumları</b>		
HIV Enfeksiyonu	184	95.3
AIDS Evresi	9	4.7
<b>HIV'i Edinme Şekilleri</b>		
Cinsel Birliktelik	102	52.8
Kan ve Kan Ürünleri Transferi	4	2.1
Bilmiyorum	87	45.1
<b>HIV Nasıl Tespit Edildi</b>		
Başka Bir Hastalık Nedeniyle	103	53.3
İş Başvurusu Sağlık Taraması	6	3.1
Ameliyat Öncesi Testler	24	12.4
Evlilik Öncesi Testler	2	1.0
Kan Bağışı Sırasında	8	4.1
Şüpheli	29	15.2
Rutin Kontrol	20	10.4
Organ Bağışı	1	.5
<b>Tedavi Durumu</b>		
Klinik Takip ve Tedavi Alanlar	193	100
Tedavi Alıp Bırakanlar	0	0
Klinik Takip ve Tedavi Almayanlar	0	0
<b>Tanı Sonrası Cinsel Yaşam Durumu</b>		
Hiç Cinsel Yaşantısı Olmayanlar	67	34.7
Korunarak Eşiyle/Partneriyle Cinsel Birliktelik Yaşayanlar	53	27.5
Korunarak Birden Fazla Kişiyle Cinsel Birliktelik Yaşayanlar	66	34.3
Korunmadan Birden Fazla Kişiyle Cinsel Birliktelik Yaşayanlar	7	3.6
<b>Tanı Sonrası Psikolojik Yardım Alma Durumu</b>		
Evet	20	10.4
Hayır	33	17.1
Almayı Düşünenler	30	15.5
İhtiyacı Olmayanlar	110	57.0



### 3.2.1 HIV/AIDS ile Yaşayan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde dikkat çeken sonuçlar hakkında bilgi vermek gerekirse; araştırmaya katılanların çoğunu erkekler (N=172, yüzde=89.1) oluşturmaktadır. Cinsel yönelim durumları açısından katılımcıların dağılımına bakıldığında; heteroseksüel (N=96, yüzde=49.7) ve homoseksüel (N=71, yüzde=36.8) bireylerin çoğunluğu oluşturduğu, biseksüel (N=26, yüzde=13.5) bireylerin katılımının daha az olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin büyük bir kısmını lise (N=76, yüzde= 39.4) ve üniversite (N=64, yüzde=33.2) mezunları oluştururken, ilkokul (N=42, yüzde=21.7), ortaokul (N=9, yüzde=4.7) ve okuryazar (N=2, yüzde=1.0) katılımcılarda bulunmaktadır. Yaşamlarını kiminle birlikte sürdürdükleri şeklindeki soruya katılımcılar ailemle (N=111, yüzde=57.5), yalnız (N=44, yüzde=22.8), partnerimle (N=18, yüzde=9.3) ve arkadaş (lar)ımla (N=20, yüzde=10.4) cevaplarını vermişlerdir. Ailelerinin HIV ile infekte olduklarını bilip bilmedikleri sorusuna ise; çoğunluğu evet biliyor (N=107, yüzde=55.4) şeklinde cevap verirken, hayır bilmiyor (N=84, yüzde=43.6) cevabının da dikkat çekici oranda olduğu görülmektedir. HIV tanısından sonra çalışma durumuna bakılan katılımcıların dağılımları; aynı işte çalışanlar (N=94, yüzde=48.7), farklı işte çalışanlar (N=35, yüzde=18.1) ve çalışmayanlar (N=64, yüzde=32.2) şeklindedir. “HIV’i nasıl edindiniz?” şeklindeki soruya ise katılımcıların verdiği cevapların dağılımı cinsel birliktelik (N=102, yüzde=52.8), bilmiyorum (N=87, yüzde=45.1) ve kan ve kan ürünleri transferi (N=4, yüzde=2.1) şeklindedir. Çalışmaya katılan tüm kişilerin klinik takip ve tedavi alıyor (N=193, yüzde=100.0) olması dikkat çeken bir noktadır. Katılımcıların HIV tanısı sonrasında cinsel yaşam durumlarındaki dağılımları; hiç cinsel yaşantım yok (N=67, yüzde=34.7), korunarak sadece eşimle/partnerimle cinsel temasım var (N=53, yüzde=27.5), korunarak birden fazla kişiyle cinsel temasım var (N=66, yüzde=34.2), korunmadan birden fazla kişiyle cinsel temasım var (N=7, yüzde=3.6) şeklindedir.

### **3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

HIV/AIDS'e bağlı stresin; depresyon ve fiziksel işlevsellik açısından yordayıcılığının incelenmesi amaçlanan bu çalışmada HIV/AIDS tanısı almış bireylerin demografik bilgileri "Sosyodemografik Bilgi Formu" ile toplanmıştır. HIV/AIDS tanısı almış bireylerin stres düzeylerine dair veriler "*HIV/AIDS Stress Scale*" isimli ölçek Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılarak toplanmıştır. HIV/AIDS tanısı almış bireylerin stres düzeyleri ile depresyon ve fiziksel işlevsellik arasındaki olası yordayıcılık ilişkisini belirlemek amacıyla depresyon için "Beck Depresyon Ölçeği", fiziksel işlevsellik için ise "SF-36 Yaşam Kalitesi Formu Fiziksel Fonksiyon 10 maddelik alt boyutu" kullanılmıştır.

#### **3.3.1 Sosyodemografik Bilgi Formu**

Bu form araştırma problemi bağlamında önem taşıyan HIV/AIDS tanısı almış bireylere ait sosyodemografik özellikleri saptayabilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form EK B.2'de sunulmuştur.

#### **3.3.2 HIV/AIDS Stres Ölçeği**

Pakenham ve Rinaldis tarafından 2002 yılında HIV/AIDS ile ilişkili stresi ölçmek için geliştirilen HIV/AIDS stres ölçeği, HIV/AIDS'e özgü stresörleri ölçen, kendini değerlendirme ölçeğidir. HIV/AIDS stres ölçeğinin geliştirilmesinde öncelikli amaç HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e uyum sağlamalarında, stresin rolünü anlamak olarak belirlenmiştir. Bu ölçeğin geliştirilmesinde, nicel veriler ve nitel değerlendirmeler birlikte kullanılmış ayrıca Pakenham ve diğerleri tarafından 1996 yılında geliştirilen HIV/AIDS problem listesinden yararlanılmıştır. Ölçeğin orijinali kendisini homoseksüel ve biseksüel olarak tanımlayan 132 HIV/AIDS ile infekte erkek ve 39 HIV/AIDS ile infekte bireylere bakım sağlayıcı ile görüşmeler sonucu tamamlanmış olup faktör analizinde toplam varyansın yüzde 46.55'ni açıkladığı belirtilmektedir (Pakenham & Rinaldis 2002).

HIV/AIDS stres ölçeğinin orijinal formu için yapılan faktör analizinde sosyal stres, araçsal stres ve duygusal/varoluşsal stres olarak 3 faktöre ayrılmıştır. Sosyal stres faktörünü; 2,4,5,8,9,11,14,17,22 ve 23 numaralı maddeler, Araçsal stres faktörünü; 10,15,18,19,20 ve 21 numaralı maddeler, Duygusal/Varoluşsal stres faktörünü; 1,3,6,7,12,13,16 numaralı maddeler oluşturmaktadır.

HIV/AIDS Stres Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama çalışmasını yapmak amacıyla çalışmada adı geçen yazarlarla e-posta yoluyla iletişim kurularak, ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması için izin istenmiştir. Yazarlar ölçeğin uyarlanabileceğini e-posta aracılığıyla araştırmacıya bildirmişlerdir. İzin sürecinden sonra HIV/AIDS Stres Ölçeğini uyarlama çalışmalarına başlanmıştır. Ölçeğin dil eşdeğerliği için hem İngilizce'yi hem de Türkçe'yi iyi derecede bilen İngilizce dil eğitimi doktora derecesine sahip olan 3 uzman tarafından orijinali İngilizce olan ölçek Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviri formu üzerinden alanında uzman kişilerden görüş alınarak gerekli düzeltmeler yapılmış ve en iyi form oluşturulmuştur. HIV/AIDS Stres Ölçeği'ne ait örnek maddeler Ek B 4'de sunulmuştur.

### **3.3.2.1 HIV/AIDS Stres Ölçeği açımlayıcı faktör analizi**

HIV/AIDS stres ölçeğinin yapı geçerliğine kanıt sağlamak için faktör analizi yapılmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilerin faktör çözümlemesine uygun olup olmadığı, KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) katsayısı ve *Barlett Sphericity* testi ile incelenmiştir. Verilerin faktör analizi yapmaya uygun çıkması üzerine, HIV/AIDS stres ölçeğinin yapı geçerliği ve faktör yapısını incelemek amacıyla açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin madde-toplam korelasyonu analizi ve *Cronbach Alpha* iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır.

Ölçeğin orijinal hali 3 faktörlü yapıda olmasını ön görmekte olup, faktör yapılarını belirlemek amacıyla yapılan faktör analizine 23 madde ile başlanmış ve tüm maddeler serbest bırakılmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilerin açımlayıcı faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan KMO katsayısı ,803 bulunmuştur.

*Barlett Sphericity* testi 137,68 ( $p=0.000$ ) olarak hesaplanmıştır. Yapılan faktör analizi varyansın yüzde 53'nü açıkladığı görülmüş olup, 12 numaralı madde (HIV/AIDS ile ilgili dini/varoluşsal zorluklar) üç ayrı faktöre ,30 madde yükü ile yüklendiği için ayırt ediciliğini kaybetmesi (Costello ve Osborne 2005) ve veri toplama sürecinde araştırmacı tarafından ölçeklerdeki maddeler okunarak katılımcıların cevaplaması sağlanmış ve bu süreçte araştırmacının, katılımcılar üzerinde gözlemi sonucunda 12 numaralı (HIV/AIDS ile ilgili dini/varoluşsal zorluklar, “*religious/existential difficulties related to HIV/AIDS*”) maddeyi anlamakta güçlük çektiğinin de gözlemlenmesi nedeniyle faktör analizinden çıkarılarak faktör analizi tekrar edilmiştir. Ölçeğin Hristiyan ağırlıklı bir kültürde geliştirilmiş olması ancak Müslüman ağırlıklı bir grupta uyarlama çalışması yapılması bu maddenin anlaşılmasını güçleştirdiği düşünülmüştür. 12 numaralı maddenin çıkarılmasından sonra yapılan faktör analizinde KMO katsayısı ,814 bulunmuştur. Görüldüğü gibi KMO katsayısı 1'e oldukça yakındır. *Barlett Sphericity* testi 126,99 ( $p=0.000$ ) olarak hesaplanmıştır. KMO katsayısı ve *BarlettSphericity* testi sonucundan elde edilen bulgular, faktör analizi yapabilmek için üzerinde çalışılan örneklem büyüklüğünün yeterli ve verilerin ise faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir. Bu işlemler sonucunda ölçekte kalan toplam 22 maddenin 5 faktör altında toplandığı görülerek faktör analizi sonuçlandırılmıştır.

Ölçekte kalan 22 maddenin *varimax* döndürme yöntemi kullanılarak yapılan analizinde faktör yüklerinin 0,442 ile 0,832 arasında olduğu görülmüştür. Bununla birlikte ölçek kapsamına alınan maddelerin ve faktörlerin toplam varyansın yüzde 55'ni açıkladığı belirlenmiştir. “*Sosyal ortama bağlı stres*” adı verilen faktör altında yedi madde, “*sağlık durumuna bağlı stres*” adı verilen faktör altında beş madde, “*araçsal stres*” adı verilen faktör altında 4 madde, “*olumsuz başa çıkma yolları*” adı verilen faktör altında 3 madde, “*duygusal stres*” adı verilen faktör altında 3 madde toplanmıştır. Yapılan bu işlemler sonucunda, ölçekte kalan toplam 22 maddenin faktörlere göre madde yüklerine ile faktörlerin öz değerleri ve varyansı açıklama miktarlarına ilişkin bulgular Tablo 3.2'de verilmiştir.

**Tablo 3.2: HIV/AIDS Stres Ölçeği açımlayıcı faktör analizi**

Madde No	Maddeler Açıklaması	F1	F2	F3	F4	F5
F1: Sosyal Ortama Bağlı Stres	M 14	İnsanlara HIV/AIDS olduğunu söylemekte zorluklar	,782			
	M 4	HIV/AIDS ile ilgili mahremiyet ve gizlilik endişeleri	,664			
	M 6	HIV/AIDS'le yüzleşmekte zorluklar	,657			
	M 8	HIV/AIDS sebebiyle soyutlanma	,612			
	M 11	HIV/AIDS ile ilgili ayrımcılık/damgalanmışlık endişeleri	,595			
	M 23	Enfeksiyon riskini azaltmak	,513			
	M 5	HIV/AIDS ile ilgili cinsel zorluklar	,497			
F2: Sağlık Durumuna Bağlı Stres	M 13	Vücuttaki fonksiyon ve değişiklikler konusunda aşırı dikkatli davranma		,442		
	M 18	Sağlık Sistemi ile yaşanan zorluk		,743		
	M 19	HIV/AIDS ile ilgili tedavide karşılaşılan güçlükler		,727		
	M 16	HIV ile ilgili belirtilerle baş etmedeki zorluklar		,533		
	M 7	HIV/AIDS ile ilgili ölüm endişeler		,521		
F3: Araçsal Stres	M 21	HIV/AIDS ile ilgili mali zorluklar			,816	
	M 22	HIV/AIDS ile ilgili planlama zorlukları			,611	
	M 20	HIV/AIDS ile ilgili toplu taşıma zorlukları			,530	
	M 17	HIV/AIDS ile ilgili iş zorlukları			,447	
F4: Olumsuz Başa Çıkma Yolları	M 9	HIV/AIDS ile ilgili intihar düşünceleri/teşebbüsleri			,751	
	M 15	HIV/AIDS ile ilgili can sıkıntısı			,608	
	M 10	HIV/AIDS sebebiyle uyuşturucu veya alkol kullanımındaki artış			,495	
F5: Duygusal Stres	M 2	İlişkilerinizde HIV/AIDS'in sebep olduğu zorluklar				,832
	M 3	HIV/AIDS ile ilgili keder veya matem duygusu				,662
	M 1	HIV/AIDS ile ilgili stres yaratan/tedirgin edici duygular				,737

Ölçeğin faktörlere göre ve bütün olarak güvenilirliği; *Cronbach Alpha* güvenilirlik katsayısı kullanılarak hesaplanmış ve ,836 bulunmuştur. Her bir faktöre ve ölçeğin geneline ilişkin güvenilirlik analizi değerleri Tablo 3.3’de verilmiştir.

**Tablo 3.3: HIV/AIDS Stres Ölçeği güvenilirlik analizi**

Faktörler	Madde Sayısı	Cronbach’s Alpha
F1: Sosyal Ortama Bağlı Stres	7	,710
F2: Sağlık Durumuna Bağlı Stres	5	,691
F3: Araçsal Stres	4	,646
F4: Olumsuz Başa Çıkma Yolları	3	,486
F5: Duygusal Stres	3	,700
Toplam	22	,836

### 3.3.2.2 HIV/AIDS Stres Ölçeği faktör analizi yapı geçerliği: benzer ölçek geçerliği

Uyarlama çalışması yapılan ölçeği karşılaştıracak bir kriterin olmadığı durumlarda yapı geçerliliği sınanmalıdır (Karakoç ve Dönmez 2014). Yine aynı yazarlara göre bu sınama ölçekten elde edilen sonucun ve bu sonucun ne ile bağlantılı olduğunun açıklanması sağlamaktadır. Yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla farklı yöntemler olmakla birlikte, en yaygın kullanılan yöntemlerden birisi benzer ölçek geçerliğidir (Karakoç ve Dönmez 2014).

Araştırmada gerçekleştirilen ölçek uyarlama çalışmasının yapı geçerliğini sınamak içinde yukarıda belirtildiği gibi benzer ölçek geçerliği yöntemi kullanılmıştır. İlgili alanyazında, HIV/AIDS’e bağlı stres çoğunlukla depresyon değişikliği ile ele alınmıştır. Bu nedenle benzer ölçek geçerliğini belirlemek için Beck (1961) tarafından geliştirilen Hisli (1988) tarafından Türkçe’ye uyarlama çalışması yapılan Beck Depresyon Ölçeği ölçüt alınmıştır. HIV/AIDS Stres Ölçeğinin, Beck Depresyon Ölçeği ile Pearson korelasyonu hesaplanmış olup ,58 düzeyinde anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür.

### 3.3.3 Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Ölçeği, 1961 yılında Aaron Beck tarafından geliştirilen, bireylerde depresyon yönünden riski ve depresyon sonucu görülen duygusal, somatik ve bilişsel belirtilerin düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen, 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Öz bildirim ölçeği olmasının en önemli sonucu toplum taramalarında rahatlıkla kullanılabilir olmasıdır (Köroğlu ve Güleç 2007). Ölçekte yer alan 11 madde bilişleri, 5 madde bedensel belirtileri, 2 madde duyguları, 2 madde davranışları, 1 madde kişiler arası ilişkileri belirlemeye yöneliktir. Ölçek bireylere depresyon tanısı koymak amacıyla değil, depresif belirtilerin derecelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır (Hisli 1989).

Ölçekte her madde dört seçenekten oluşmakta, depresyona ilişkin davranışsal bir örüntüyü belirlemekte ve 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Bir maddedeki “0” ile numaralandırılan cümle o maddedeki depresyon belirtisinin yokluğunu, diğer numaralar ise o belirtilerin daha da yoğun yaşandığını belirtmektedir (Doğan 2006). Beck Depresyon Ölçeği’nin toplam puanı 0 ile 63 arasında değişmektedir. Beck Depresyon Envanterinin Türkiye’de iki uyarlaması bulunmaktadır. İlk olarak 1980 yılında Tegin tarafından envanterin 1961 yılında oluşturulmuş formunun uyarlaması yapılmış, 1978 yılında ölçeğin orijinalinin yeniden revize edilmesinin ardından Hisli (1988) tarafından yeniden Türkiye’ye uyarlanmıştır.

Tegin (1980) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan uyarlama çalışmasında iki yarım test ve test-tekrar test yöntemiyle güvenilirlik katsayıları sırasıyla  $r=,78$  ve  $r=,65$  bulunmuştur. Hisli tarafından 1988’de psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yapılan uyarlama çalışmasında ise MMPI-D (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Depression) skalası ile birlikte geçerlik kriteri olarak kullanılmış, iki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı  $r=,63$  olarak ortaya çıkmıştır. Yine Hisli tarafından 1989 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada yarıya bölme ve madde analizi teknikleriyle güvenilirliği incelenmiş, tek ve çift maddelerinden oluşan iki yarım test korelasyonu  $r=,74$ , *cronbach alfa* katsayısı (iç tutarlılık katsayısı)  $\alpha=,80$  bulunmuştur. Yine aynı çalışmada ölçeğin geçerliği birlikte geçerlik yöntemiyle saptanmış ve MMPI-

D skalası kriter olarak kullanılmıştır. İki ölçek arasındaki Pearson korelasyon katsayısı  $r=,50$  bulunmuş, elde edilen geçerlik ve güvenilirlik katsayılarının uluslararası literatürdeki çalışmalarla tutarlı olduğu ortaya konmuştur (Hisli 1989). Bu çalışmada Beck Depresyon ölçeği *Cronbach Alpha* güvenilirlik katsayısı ,866 bulunmuştur.

### 3.3.4 Yaşam Kalitesi (SF-36) Formu

Araştırmamızda Yaşam Kalitesi (SF 36) formunun fiziksel fonksiyonları ölçen 10 maddelik bir alt boyutu kullanılmıştır. Yaşam Kalitesini ölçmeye yönelik ölçekler içerisinde geniş açılı ölçüm yapmayı sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır.

Ölçek geliştirilirken kısa ve kolay uygulanabilir olmasının yanında geniş bir yelpazede de kullanılması amaçlanarak hazırlanmıştır. Ölçek ilk hazırlanma sürecinde 149 madde olarak ortaya çıkmış, 22.000 üzerinde kişi ile yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Daha sonraki süreçte psikometrik özelliklerin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur.

Yaşam Kalitesi Formu'nun kendini değerlendirme ölçeği olması, kısa bir sürede doldurulabilmesi ve sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebiliyor olması önemli özellikleri olarak kabul edilmektedir (Carr ve diğ. 1996).

Ölçek 8 alt boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyutları; fiziksel fonksiyonları ölçen 10 madde, sosyal fonksiyonları ölçen 2 madde, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları ölçen 4 madde, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ölçen 3 madde, ruh sağlığı ölçen 5 madde, enerji/vitaliteyi ölçen 4 madde, ağrıyı ölçen 2 madde ve sağlığın genel algılanmasına yönelik 5 madde oluşturmaktadır.

Çalışmada ölçeğin fiziksel fonksiyonları ölçen 10 maddelik alt boyutu kullanılmış, alt boyut toplam puanları 0 ile 30 arasında değişmektedir. Ölçeğin alt boyutu Ek B 3'de



gösterilmiştir. Kısa Form-36 ölçeğinin orijinal geçerlik ve güvenirlik çalışmasında fiziksel fonksiyonlar alt ölçeğinin *Cronbach alpha* değeri ,752 olarak bulunmuşken bu çalışmada fiziksel fonksiyon alt boyutuna ait *cronbach alpha* değeri ,944 olarak hesaplanmıştır.

### **3.4 VERİLERİN TOPLANMASI**

Veri toplama aşamasında Sosyodemografik Bilgi Formu, Kısa Form (36) ölçeğinin 10 maddelik fiziksel fonksiyon alt boyutu, HIV/AIDS Stres Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri HIV (+) tanısı almış bireylere dağıtılmıştır. Veriler iki farklı yol ile toplanmıştır. Birinci yol; araştırmanın veri kaynağını oluşturan iki merkezden biri olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden toplanan veriler, araştırmacı tarafından katılımcılara dağıtılmış ve doldurup geri teslim etmeleri istenmiştir. Farklı eğitim düzeylerindeki katılımcıların olması nedeniyle bazı katılımcılara formların doldurulması konusunda araştırmacı tarafından okuma desteği sağlanmıştır. İkinci yol ise; araştırmanın bir diğer veri kaynağını oluşturan Pozitif Yaşam Derneği'ne araştırma anketleri bırakılıp bir hafta sonra geri toplanmıştır. Tüm veri toplama süreci beş ay içerisinde tamamlanmıştır.

### **3.5 VERİLERİN ANALİZİ**

Verilerin istatistiksel çözümlene aşamasında, Sosyodemografik Bilgi Formu, HIV/AIDS Stres Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve SF-36 Yaşam Kalitesi Formu Fiziksel Fonksiyon 10 maddelik alt boyutundan elde edilen verilerin girişi SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) programı aracılığıyla yapılmıştır. Çalışmanın veri analizi yapılırken parametrik ve parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Gruplar arası farklar için Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA) ve t-testi analizi, değişkenler arasındaki çoklu ilişkileri sınamak amacıyla çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun istatistiksel analiz yöntemleri sonucunda ortaya çıkan bulgular ve yorumları yer almaktadır. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin stres, depresyon ve fiziksel işlevsellik düzeyleri incelenmiştir. Araştırmanın problem cümleleri dikkate alınarak öncelikle HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı stres puanlarının sosyodemografik değişkenlere (cinsel yönelim, eğitim düzeyi, yaşamlarını kiminle sürdürdükleri, tanı sonrası çalışma durumları, tanı alma süreleri, cinsel yaşam aktiviteleri) göre farklılaşp farklılaşmadığı bulgularına yer verilmiştir. Bunun yanı sıra araştırmada depresyon ve fiziksel işlevselliğin HIV/AIDS'e bağlı stresi yordama düzeylerinin analiz bulguları mevcuttur.

Çalışmanın sürekli değişkenleri (HIV/AIDS'e bağlı stres, depresyon ve fiziksel işlevsellik) standardize edilmiş z puanlarına çevrilmiştir.  $\pm 3$ 'ün üzerindeki değerler veri setinden çıkarılmıştır. Standardize edilmiş stres puanlarında uç değerlere rastlanmamıştır. Gruplararası fark analizleri stres puanları üzerinden yapılmıştır. Stres puanlarının normal dağılım göstermesi sebebiyle gruplararası fark analizleri için N=193 kullanılmıştır. Regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak depresyon ve fiziksel işlevsellik puanları kullanılmıştır. Fiziksel işlevsellik ve depresyon puanlarının normal dağılım göstermemesi nedeniyle, uç değerler ( $\pm 3$  z puanı üzerinde kalan değerler) veri setinden silinmiştir. Regresyon analizi için N=188 kullanılmıştır. Ayrıca yeteri büyüklükte örneklem sağlandığında (N>40) normal dağılım göstermese dahi parametrik yöntemler kullanılabilir (Pallant 2007).

### 4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE HIV/AIDS'E BAĞLI STRES PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) iki veya daha fazla grup ortalamalarını istatistiksel anlamlılık için karşılaştırmada kullanılmaktadır. ANOVA yöntemi özellikle bir tane nicel bağımlı değişken ve bir kategorik bağımsız değişken ya da yordayıcı değişkenin

olduğu durumlarda kullanılan analiz yöntemidir (Aypay 2015). Bu doğrultuda, çalışmanın ilk altı araştırma sorusuna yanıt bulmak amacıyla tek yönlü varyans analizi ve t-testi tercih edilmiştir. Sırasıyla gruplar arası farklar HIV/AIDS’e bağlı stres düzeyi gözetilerek cinsel yönelime, eğitim düzeyine, yaşamlarını kiminle sürdürdüklerine, tanı sonrası çalışma durumuna, tanı alma sürelerine ve cinsel yaşam aktivitelerine göre test edilmiştir.

I. araştırma sorusuna yanıt bulmak amacıyla; HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yönelimlerini gösteren veriler “heteroseksüel, homoseksüel ve biseksüel” grupları olarak toplanmıştır. Tablo 4.1’de HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yönelimlerine göre betimsel istatistik değeri gösterilmiştir.

**Tablo 4.1: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yönelimlerine göre betimsel istatistik değeri**

HIV/AIDS’e bağlı stres			
Cinsel Yönelim	N	$\bar{x}$	Ss
Heteroseksüel	96	31,40	14,26
Biseksüel	26	26,16	10,84
Homoseksüel	71	28,91	13,69
Toplam	193	29,80	13,71

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre HIV/AIDS’e bağlı stres, cinsel yönelime göre farklılaşmamaktadır (bkz. Tablo 4.2).

**Tablo 4.2: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yönelimlerine göre HIV/AIDS’e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi**

HIV/AIDS’e bağlı stres					
Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	p
Gruplararası	631,267	2	315,633	1,692	,187
Gruplar İçi	35253,811	189	186,528		
Toplam	35885,078	191			

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yönelimlerine (heteroseksüel, homoseksüel, biseksüel) göre HIV/AIDS'e bağlı stres arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan varyans analizinde öncelikle homojenliği test edilen varyansın ( $p=,173$ )  $p>0,05$  olduğundan yüzde 95 güvenle grupların varyansı homojen olduğu görülmüş ve analiz sonucunda HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yönelimleri ile HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. ( $F= 1,692$ ,  $p=,187>0,05$ ).

II. araştırma sorusuna yanıt bulmak amacıyla; HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerini gösteren veriler “okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite” grupları olarak toplanmıştır. Ancak varyans analizinde kategorilerde yeterli sayıda katılımcıyı sağlamak için eğitim düzeyi üç düzey olarak yeniden düzenlenmiştir. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim durumları “liseye kadar, lise ve üniversite” olarak gruplandırılmıştır. Tablo 4.3’de HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerine göre betimsel istatistiksel değerleri gösterilmiştir.

**Tablo 4.3: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerine göre betimsel istatistik değerleri**

HIV/AIDS'e bağlı stres				
Eğitim Durumu	N	$\bar{x}$	Ss	p
Liseye kadar	54	32,23	14,18	,005
Lise	75	31,96	13,90	,003
Üniversite	64	24,47	11,17	
Toplam	193	29,52	13,55	

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre HIV/AIDS'e bağlı stres, eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır (bkz. Tablo 4.4).

**Tablo 4.4: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerine göre HIV/AIDS’e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi**

HIV/AIDS’e bağlı stres					
Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	p
Gruplararası	2461,596	2	1230,798	7,139	,001
Gruplar İçi	32414,048	188	172,415		
Toplam	34875,644	190			

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerine (liseye kadar, lise, üniversite) göre HIV/AIDS’e bağlı stres arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan varyans analizinde öncelikle homojenliği test edilen varyansın ( $p=,056$ )  $p>0,05$  olduğundan yüzde 95 güvenle grupların varyansı homojen olduğu görülmüş ve analiz sonucunda HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim durumları ile HIV/AIDS’e bağlı stres düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $F= 7,139$ ,  $p=,001<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini anlamak amacıyla yapılan *Tukey* çoklu karşılaştırma testi sonucunda üniversite mezunu HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin liseye kadar eğitim görmüş bireylere göre daha düşük stres düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Karşılaştırma testinin bir diğer sonucu da üniversite mezunu HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin lise mezunu HIV/AIDS ile yaşayan bireylere göre de daha düşük stres düzeyine sahip olduklarıdır.

III. araştırma sorusuna yanıt bulmak amacıyla; HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kimlerle sürdürdüklerini gösteren veriler “yalnız, aileyle, partnerle, arkadaşla” grupları olarak toplanmıştır. Ancak varyans analizinde kategorilerde yeterli sayıda katılımcıyı sağlamak için yaşamlarını kiminle sürdürdükleri sosyodemografik değişkeni üç düzey olarak yeniden düzenlenmiştir. Tablo 4.5’te HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerine göre betimsel istatistiki değerleri gösterilmiştir.

**Tablo 4.5: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdüklerine göre betimsel istatistik değerler**

HIV/AIDS'e bağlı stres				
Yaşama Şekilleri	N	$\bar{x}$	Ss	p
Yalnız	44	23,89	14,93	,003
Aileyle	110	31,80	12,85	
Partner ve arkadaşla	39	29,05	12,27	
Toplam	193	29,44	13,60	

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdükleri dikkate alınarak HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin fark gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizinde HIV/AIDS'e bağlı stresin bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdüklerine göre farklılaştığı Tablo 4.6'de görülmektedir.

**Tablo 4.6: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdüklerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi**

HIV/AIDS'e bağlı stres					
Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Ss	Ortalama Kare	F	p
Gruplar Arası	1975,443	2	987,722	5,633	,004
Gruplar İçi	33139,927	189	175,344		
Toplam	35115,370	191			

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdüklerine (yalnız, aile, partner, arkadaş) göre HIV/AIDS'e bağlı stres arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan varyans analizinde öncelikle homojenliği test edilen varyansın ( $p=,685$ )  $p>0,05$  olduğundan yüzde 95 güvenle grupların varyansı homojen olduğu görülmüş ve analiz sonucunda HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdüklerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $F= 5,633$ ,  $p=,004<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini anlamak amacıyla yapılan *Tukey* çoklu karşılaştırma testi sonucunda yaşamını yalnız sürdüren HIV/AIDS ile yaşayan bireyler ile yaşamını ailesiyle sürdüren HIV/AIDS ile yaşayan bireyler arasında farklılaşmanın olduğu görülmüştür. Yalnız yaşayan

bireylerin, aileleri ile birlikte yaşayan bireylere göre daha düşük stres düzeyine sahip oldukları görülmüştür.

IV.araştırma sorusuna yanıt bulmak amacıyla HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı aldıktan sonraki çalışma durumlarına göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerini karşılaştırmak amacıyla t-test analizi yapılmıştır. T testi bir korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının belirlenmesi için kullanılan analiz yöntemidir (Christensen ve Diğ. 2015).

**Tablo 4.7: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı sonrası çalışma durumlarına göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin t-test analizi**

HIV/AIDS'e bağlı stres					
Çalışma Durumu	N	$\bar{x}$	Ss	t	p
çalışıyor	130	27.42	12,25	-3,67	,004
çalışmıyor	61	35.00	15,30		

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı sonrası çalışma durumlarına (çalışıyorum, çalışmıyorum) göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan t-testi sonucunda HIV tanısı aldıktan sonra çalışan bireyler ile çalışmayan bireylerin stres düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $t=-3,67$ ;  $p=,004<,05$ ). Bu değerlere göre HIV tanısı aldıktan sonra çalışmayan bireylerin stres düzeylerinin ( $\bar{x}=35.00$ ) tanı aldıktan sonra çalışan bireylerin stres düzeylerinden ( $\bar{x}=27.42$ ) daha yüksek olduğu görülmektedir.

V. araştırma sorusuna yanıt bulmak için HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı alma sürelerini gösteren veriler “ay, yıl” olarak toplanmıştır. Ancak varyans analizinde bir yıl altı katılımcıların yoğunluğunu görmek için veriler ay olarak analiz edilmiş olup, kategorilerde yeterli sayıda katılımcıyı sağlamak için tanı alma süresi üç grup olarak yeniden düzenlenmiştir. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı alma süreleri “1-12 ay arası, 13-48 ay arası ve 49 ay üzeri” olarak gruplandırılmıştır. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı alma sürelerine göre betimsel istatistik değerleri Tablo 4.6'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.8: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı alma sürelerine göre betimsel istatistik değerleri**

HIV/AIDS'e bağlı stres				
Tanı alma süreleri	N	$\bar{x}$	Ss	p
1-12 ay arası	87	32,83	13,63	,067
13 ve 48 ay arası	67	27,91	13,48	
49 ay üzeri	39	26,18	13,14	
Toplam	193	29,80	13,71	

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı alma sürelerine (0-12 ay, 13-48 ay, 49 ay ve üzeri) göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin değişiklik gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre HIV/AIDS'e bağlı stres, tanı alma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır (bkz. Tablo 4.9).

**Tablo 4.9: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı alma sürelerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi**

HIV/AIDS'e bağlı stres					
	Kareler Toplamı	Ss	Ortalama Kare	F	p
Gruplar Arası	1533,491	2	766,746	4,219	,016
Gruplar İçi	34351,587	189	181,754		
Toplam	35885,078	191			

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı alma süreleri ile HIV/AIDS'e bağlı stres arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan varyans analizinde öncelikle homojenliği test edilen varyansın ( $p=,906$ )  $p>0,05$  olduğundan yüzde 95 güvenle grupların varyansı homojen olduğu görülmüş ve analiz sonucunda HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı alma süreleri ile HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $F= 4,219$ ,  $p=,016<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini anlamak amacıyla yapılan *Tukey* çoklu karşılaştırma testi sonucunda 1-12 ay öncesinde tanı alan HIV/AIDS ile yaşayan bireyler ile 49 ay ve daha üzeri zaman önce tanı alan HIV/AIDS ile yaşayan bireyler arasında farklılaşmanın olduğu görülmüştür. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı alma süresine göre değişkenlere ait betimsel analiz istatistik değerleri Tablo 4.7'de özetlenmiş olup HIV tanısı alalı 1-12 ay



arasında zaman geçen bireylerin stres düzeylerinin ( $\bar{x}=32.83$ ), HIV tanısı alalı 49 ay ve daha fazla zaman geçen bireylerin stres düzeylerinden ( $\bar{x}=26.18$ ) daha yüksek olduğu görülmüştür.

VI. araştırma sorusuna yanıt bulmak amacıyla HIV/AIDS ile birlikte yaşayan bireylerin cinsel yaşam aktivitelerini gösteren veriler “hiç cinsel yaşantım yok, korunarak sadece eşimle partnerimle cinsel temasım var, korunarak birden fazla kişiyle cinsel temasım var ve korunmadan birden fazla kişiyle cinsel temasım var” grupları olarak toplanmıştır. Ancak varyans analizinde korunmadan birden fazla kişiyle cinsel temasım var (N=7) grubundaki katılımcı sayısı ile diğer gruplar arasında yüksek oranda fark olması ve ayırt ediciliğinin ortadan kalması nedeniyle çıkartılarak varyans analizi 3 grup dikkate alınarak yapılmıştır. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yaşam aktivitelerine göre betimsel istatistik değerleri Tablo 4.10’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.10: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yaşam aktivitelerine göre betimsel istatistik değerler**

HIV/AIDS’e bağlı stres				
Cinsel Yaşam Durumu	N	$\bar{x}$	Ss	p
Hiç cinsel yaşantım yok	67	38,00	14,20	
Korunarak sadece eşimle/partnerimle cinsel temasım var	53	24,45	10,21	,000
Korunarak birden fazla kişiyle cinsel temasım var	66	26,52	11,64	,000
Toplam	187	30,14	13,63	

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yaşam aktivitelerine göre HIV/AIDS’e bağlı stres düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığına göre tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre HIV/AIDS’e bağlı stres, cinsel yaşam aktivitelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.11: HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel yaşam aktivitelerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerinin tek yönlü varyans analizi**

HIV/AIDS'e bağlı stres					
	Kareler Toplamı	Ss	Ortalama Kare	F	p
Gruplar arası	6531,658	2	3265,829	21,607	,000
Gruplar içi	26904,607	178	151,149		
Toplam	33436,265	180			

HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı sonrası cinsel yaşam aktiviteleri (hiç cinsel yaşantım yok, korunarak sadece eşimle/partnerimle cinsel yaşamım var, korunarak birden fazla kişiyle cinsel yaşamım var, korunmadan birden fazla kişiyle cinsel yaşamım var) ile HIV/AIDS'e bağlı stres arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan varyans analizinde ilk olarak homojenliği test edilen varyansın ( $p=,116$ )  $p > 0,05$  olduğundan yüzde 95 güvenle grupların varyansının homojen olduğu görülmüş ve analiz sonucunda HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı sonrası cinsel yaşam aktiviteleri ile HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $F=21,607$ ,  $p=,00<,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında gerçekleştiğini anlamak amacıyla yapılan *Tukey* çoklu karşılaştırma testi sonucunda HIV tanısı sonrası hiç cinsel yaşam aktivitesi olmayan bireylerin, korunarak sadece eşi/partneriyle cinsel yaşam aktivitesi olan bireylerden daha yüksek stres düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Yine aynı şekilde tanı sonrası hiç cinsel yaşam aktivitesi olmayan bireylerin korunarak birden fazla kişiyle cinsel yaşam aktiviteleri olan bireylerden de daha yüksek stres düzeyine sahip oldukları görülmüştür.

#### **4.2 HIV/AIDS İLE YAŞAYAN BİREYLERİN DEPRESYON VE FİZİKSEL İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNİN HIV/AIDS'E BAĞLI STRESİ YORDAMA DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Bu çalışma çerçevesinde, çalışmanın bağımsız değişkeni olarak belirlenen depresyon ve fiziksel işlevsellik değişkenlerinin, çalışmanın bağımlı değişkeni olan HIV/AIDS'e bağlı stresi yordama düzeyi incelenmektedir. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin depresyon ve fiziksel işlevsellik durumlarının HIV/AIDS'e bağlı stresi ne derecede yordadığının anlaşılması amacıyla "Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi" yapılmıştır.

“Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi” bir bağımlı değişken ile birden daha fazla değişken arasındaki yordayıcı ilişkiyi açıklamaya yöneliktir (Pektaş 2013).

Regresyon analizi (*enter*) sonuçları, depresyonun HIV/AIDS’e bağı stresli istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığını ortaya koymuştur (F=47,14, p=,00). Bu modele göre, depresyon HIV/AIDS’e bağı stresli yüzde 33’ünü açıklamaktadır. Fiziksel işlevsellik HIV/AIDS’e bağı stresli yormadayaarak regresyon modelinin dışında kalmıştır. Regresyon modelini ortaya koyan Tablo 4.12 sunulmuştur.

**Tablo 4.12: HIV/AIDS’e bağı stresli yordanmasına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları**

Model	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	F	Sd1	Sd2	P
1	,581	,338	,330	47,138	2	185	,00

Regresyon analizinde değişkenlerin katsayılarına ilişkin bilgiler Tablo 4.13’de verilmiştir.

**Tablo 4.13: HIV/AIDS’e bağı stresli yordanmasına ilişkin regresyon analizi katsayı sonuçları**

Katsayılar							
Model	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	T	p	Collinearity İstatistikleri	
	B	Ss	β			tolerans	VIF
(Sabit)	16,721	9,619		1,738	,084		
Fiziksel İşlevsellik	,069	,320	,014	,215	,830	,900	1,111
Depresyon	,937	,101	,585	9,278	,000	,900	1,111

Regresyon modelinin katsayıları ve anlamlılık değeri yukarıdaki tabloda verilmiştir. Sabit terimin katsayısı 16,721 olarak hesaplanmış ve p değeri 0,000 olarak belirtilmiştir. Bu durumda sabit terimin anlamlı olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde ise depresyonun HIV/AIDS’e bağı stresli üzerinde önemli bir yordayıcı olduğu görülmektedir. Collinearity istatistikleri

1,111 olarak hesaplanmıştır. 5 ve daha yüksek çıkmadığı için bağımsız değişkenler arasında korelasyon olmadığı ve her iki değişkenin de model kalmasının uygundur.



## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada depresyon ve fiziksel işlevselliğin HIV/AIDS'e bağlı stresi yordayıcılığı incelenmiştir. Çalışmanın amacı doğrultusunda, araştırmanın çalışma grubunu oluşturan HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS Stres Ölçeği puanları ile sosyodemografik bilgi formundaki değişkenlere (cinsel yönelim, eğitim düzeyi, yaşamlarını kiminle sürdürdükleri, tanı sonrası çalışma durumu, tanı alma süreleri ve cinsel yaşam aktiviteleri) göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin analizler yapılmıştır. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin stres puanları karşılaştırılmıştır. Ayrıca HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin stres puanları ile depresyon ve fiziksel işlevsellik değişkenleri arasında yordayıcı ilişkiyi belirlemek amacıyla analizler yapılmıştır.

Yapılan bu araştırmaya katılan 183 HIV (+) ve 10 AIDS evresindeki bireyin, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından açıklanan, 31 Aralık 2016 tarihi itibari ile doğrulama işlemi gerçekleştirilmiş Türkiye'deki HIV (+) 13.158 ve AIDS'li 1537 bireyi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi otomasyon sisteminde kayıtlı HIV/AIDS tanılı 623 bireyi temsil ettiği varsayılmaktadır.

HIV/AIDS ile yaşayan bireyler cinsel yönelimlerine göre değerlendirildiğinde, cinsel yönelime göre HIV/AIDS'e bağlı stresin farklılaşmadığı görülmektedir. HIV/AIDS'in ilk ortaya çıktığı yıllarda vakaların çoğunlukla homoseksüel erkeklerde görülmesi, bu hastalığın uzun yıllar homoseksüel erkeklerle özdeşleştirilmesine sebep olmuştur. Bu durum, homoseksüel erkeklerin HIV/AIDS hastalığı ile ilişkili damgalanma ve ayrımcılığa daha fazla maruz kaldıklarını düşündürmektedir. UNAIDS raporlarında anlaşıldığı gibi son yıllarda heteroseksüel ilişkiler sonucunda hastalığın cinsel yönelime göre dağılımında heteroseksüel birey sayılarında ciddi artışların olduğu görülmektedir (UNAIDS 2017). Bu noktada HIV/AIDS'e bağlı stresin cinsel yönelime göre farklılaşmamış olması önemli bir sonuç olarak düşünülmektedir.

---

<sup>1</sup> UNAIDS (2017) *UNAIDS DATA 2017*.  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf), (Ziyaret Tarihi: 10 Kasım 2017).

Çalışmada ortaya çıkan bulguyla bire bir örtüşen bir araştırma sonucuna rastlanmamıştır. Bunun yanı sıra literatüre bakıldığında HIV/AIDS ile yaşayan farklı cinsel yönelime sahip bireylerle Leserman (2002), Patterson ve diğerleri (1995), Petitto ve diğerleri (2000) ayrı ayrı ve birlikte yapılmış çalışmaların olduğu görülmektedir. Bunun yanında 2013 yılında Felton ve diğerleri tarafından yapılan çalışmanın bulgularında; araştırmaya katılanların kendilerini yüzde 50'sinin üstünde oranda heteroseksüel, yüzde 30'un üstünde oranda homoseksüel ve yüzde 11'nin biseksüel olarak tanımladıkları görülmektedir. Aynı çalışma bulgularında cinsel yönelim gruplarına göre stresin farkına bakılmamış olup, katılımcıların yüzde 30'unda TSSB olduğu sonucu görülmektedir.

HIV/AIDS ile yaşayan bireyler eğitim düzeyleri açısından ele alındığında, eğitim düzeyine göre HIV/AIDS'e bağlı stres puanlarının farklılaştığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, eğitim düzeyi yüksek olan HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin stres puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında direkt olarak eğitim düzeyine göre stresi puanlarını ölçen ve analiz eden araştırmaların azlığı dikkat çekmektedir. Webel ve diğerleri tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada HIV ile birlikte yaşayan bireylerin eğitim düzeyi ve stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ortaya konmuştur. Bunun yanında birçok çalışmada sosyodemografik bilgiler kısmında eğitim düzeyi verisinin yer aldığı ve bu çalışmayı destekler nitelikte lise altı mezun, lise mezunu ve üniversite mezunu şekilde kategorileştirdikleri görülmüştür. Ancak HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeylerinin HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyini nasıl etkilediğine dair yeterince çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda da yaptığımız çalışmanın eğitim düzeyine göre stres düzeyinin değerlendirilmesi açısından öncül olacağı düşünülmektedir.

HIV/AIDS ile yaşayan bireyler yaşamlarını kiminle sürdürdükleri göre (yalnız, aile, partner, arkadaş) değerlendirildiğinde HIV/AIDS'e bağlı stres puanlarının değiştiği görülmüştür. Bu araştırmada yaşamını aileleriyle sürdüren HIV/AIDS tanısı almış bireyler ile yaşamını yalnız sürdüren HIV/AIDS tanısı almış bireylerin stres puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuş, aileleri yaşamını sürdüren bireylerin stres puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmanın bir diğer bulgusuna göre HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yüzde 43'ü hastalıklarını aileleri ile paylaşmadıklarını rapor etmişlerdir. Bu bulgu HIV/AIDS'le yaşayan bireylerin aile içinde damgalanmaktan korktukları olasılığını akla getirmektedir. Bu noktada aile ile birlikte yaşıyor olmanın, bireyler üzerinde stres yaratıcı bir etkiye sahip olabileceği düşünülmüştür. Literatür incelendiğinde yaşamlarını kiminle sürdürdükleri (yalnız, aile, partner, arkadaş) değişkeni ile stres arasındaki ilişkiye ortaya koyan bir araştırma bulgusuna rastlanmamıştır. Ancak 2011 yılında Rodkjaer ve diğerleri tarafından yapılan HIV ile ilişkili stressörleri ortaya koymaya yönelik yapılan bir çalışmada HIV/AIDS ile yaşayan 16 birey ile derinlemesine görüşmeler yaparak toplanan verilerin analizi sonucunda HIV/AIDS ile ilişkili stres ile HIV ile infekte olma durumunu açıklama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur. HIV ile infekte olma durumunu açıklama, beyan etme konusunda bireylerin stres yaşadıkları yapılan çalışmada ortaya konmuştur. Araştırmacıların araştırma sonuçları doğrultusunda; HIV ile infekte olma durumunu açıklamaya yönelik bir teori geliştirdikleri, bu teoride de HIV ile infekte olmayı herkese açıklama, belirli bir kesime açıklama ve hiç kimseye açıklamama olarak üç ayrı strateji olarak ifade etmişlerdir. HIV ile infekte olmayı açıklama durumunun bir süreç olduğu, yukarıda belirtilen stratejilerden birinin seçerek açıklama yapmanın da otomatik olarak HIV/AIDS ile ilişkili stresi ortadan kaldırmadığı belirtilmiştir (Rodkjaer ve diğ. 2011). Sonuç olarak literatürde yer alan çalışma da HIV/AIDS ile infekte olduğunu açıklama durumu başta olmak birçok faktörün HIV/AIDS ile ilişkili stresi etkileyebileceği görülmüş ve aile ile birlikte yaşama durumunun da HIV/AIDS ile ilişkili stresi artırıcı bir faktör olabileceği görüşü desteklenmiştir.

Bir diğer araştırma bulgusu HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı sonra çalışma durumlarına göre ele alındığında HIV/AIDS'e bağlı stres puanlarının farklılaştığıdır. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı sonrası çalışmama durumlarının HIV/AIDS'e

bağlı stres düzeyleri ile negatif bir ilişki içinde olduğu, çalışmayan HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin daha yüksek stres puanı aldıkları görülmüştür. HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı sonrası çalışmama durumu için hastalığın seyri, evresi, fiziksel işlevsellik kayıpları gibi bedensel, toplumun bakış açısı, izolasyon ve ayrımcılık gibi sosyal risk faktörleri bulunmaktadır. HIV tanısı sonrası çalışmama durumunu ortaya çıkarabilecek tüm bu risk faktörlerinin aynı zamanda HIV/AIDS ile ilişkili stresi ortaya çıkarabileceği düşünülmüştür. Literatür incelendiğinde ise HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı aldıktan sonraki çalışma durumlarının fiziksel ve ruh sağlıkları ilişkili olduğunu gösterir çalışmalar yer almaktadır (Rueda ve diğ. 2011). HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin çalışma statüleri ile beden ve ruh sağlığı yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin çalışma durumları ile yaşam kalitelerinin fiziksel ve ruh sağlıkları açısından güçlü pozitif bir ilişki olduğu sonucu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada çalışan HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin çalışmayanlara göre daha belirgin bir yaşam kalitesine sahip oldukları ortaya konmuştur (Rueda ve diğ. 2011). Wagner ve diğ. Tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada da HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin çalışma durumları ve kapasiteleri ile fiziksel sağlıklarının ve depresyon durumunun ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçlarında HIV ile infekte olduğunun öğrenilmesinden sonra çalışma yaşamında olmanın öncelikle fiziksel sağlık durumunu olumlu yönde etkilediğinden bahsedilmekle birlikte HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin çalışma hayatında olmalarının ruh sağlıkları için de olumlu etkileri olduğu özellikle de depresyon puanlarının olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Çalışma hayatında olmanın ruh sağlığını olumlu yönde etkilemesinin altında; gelir elde etme, insanlarla etkileşim içinde olma, dışlanma ve izolasyon yaşamama, kendini ortaya koyma, özgüven ve saygı duyma durumlarının etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada HIV/AIDS ile yaşayan bireyler tanı alma süreleri açısından değerlendirilmiş ve tanı alma sürelerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres puanlarının farklılaştığı görülmüştür. Araştırma bulgularında HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı stres puanlarının tanı aldıkları ilk sene (0-12 ay) daha yüksek olduğu ve 4 yıl (48 ay üstü) sonrası stres düzeyinin azaldığı ortaya konmuştur. Ölüm riski bulunan hastalıklardan biri olan HIV/AIDS de hastalık ile yaşayan bireyler, TSSB ve



depresyon gibi psikolojik sorunlarda yüksek oranlara sahip olduğu, HIV/AIDS ile ilgili psikiyatrik rahatsızlıklar içinde özellikle TSSB'nin en yaygın olanlarından biri olduğu belirtilmektedir. (Rizwan ve Irshad 2012). Breslau ve diğerleri (1998) tarafından yapılan çalışmada HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde TSSB ve depresyon yaygınlığının yüzde 35 ile 50 aralığında olduğu ve genel popülasyona göre çok daha yüksek oranlarda olduğu sonucu bildirilmiştir. Özellikle HIV testinin pozitif olduğunu öğrenme, HIV ile infekte şekilde yaşam sürdürme, hastalığın hızlı ilerleyişinden korkma, erken yaşta ölüm korkusu, aile ve arkadaşlar tarafından ayrımcılık ve damgalamaya maruz bırakılma, iş kaybı gibi faktörlerin HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde yüksek oranlarda travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon görülmesinde etkili olduğu literatürde yer almaktadır (Kaplan ve diğ. 1997). Bu araştırma bulgusunun da literatürü destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Tanı alma süreleri ve HIV/AIDS'e bağlı stres düzeyine ilişkin diğer araştırmaların bulgularına baktığımızda Rizwan ve Irshad (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada HIV tanısı almış bireylerin tanı aldıktan sonraki süreçteki travma sonrası stres puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada travma sonrası stres puanlarını HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde yüksek olmasının sadece HIV'in tespit edilmesi ve ölüm korkusu ile ilgili olmadığı, hastalık semptomları, hastalığın progresyonu, aile ve sosyal ilişkilerinde ayrımcılık yaşama ve iş kaybı gibi durumlardan kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Araştırmada travma sonrası stres bozukluğu ölçülmemiştir ancak tanı sonrası özellikle ilk bir yıldaki HIV/AIDS'e bağlı stres puanlarının yüksek olması ile travma sonrası stres düzeylerini ortaya koyan araştırma sonuçlarının birbiriyle örtüştüğü düşünölmüştür.

Araştırmanın bir diğer bulgusu bize HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı sonra cinsel yaşam aktivitelerine göre HIV/AIDS'e bağlı stres puanlarının farklılaştığı sonucunu göstermiştir. HIV tanısı sonrası hiç cinsel yaşam aktivitesi bulunmayan bireylerin, korunarak sadece eşiyle/partneriyle ve korunarak birden çok kişiyle birlikte olan bireylere göre daha yüksek stres puanlarına sahip olduğu rapor edilmiştir. Literatürde doğrudan olarak bu bulguyu destekleyen bir araştırmaya rastlanmamış olup, 2008 yılında yapılan bir çalışmada HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsel aktivite durumları incelenmiş ve araştırma sonuçlarında katılımcıların yüzde 62'sinin son üç ay içerisinde cinsel aktivitelerinin olmadığı, yüzde 26 oranında katılımcının güvenli yollar

ile cinsel aktivitelerinin olduğu, yüzde 7 oranında katılımcının sadece HIV ile infekte olduğunu bildiği bireyler ile cinsel aktivitesinin olduğu ve yüzde 6 oranında katılımcının ise güvensiz yollar ile sadece bir kişi ile cinsel hayatının olduğu bulguları ortaya konmuştur (Lovejoy ve diğ. 2008). 1996 yılında Suzanne ve Claremont tarafından yapılmış olan bir başka çalışmada ise HIV/AIDS ile birlikte yaşayan erkeklerin daha fazla stres yaşadıkları ve bu bireylerde yüksek alkol kullanımı, sigara kullanımı ve güvensiz seks davranışlarının olduğu ortaya konmuştur. Çalışma bulgusuna benzer bir araştırma bulgusunun olmaması nedeniyle rapor edilen bulgunun bu anlamda öncü olacağı düşünölmektedir.

Çalışmada depresyonun HIV/AIDS'e bağlı stresi istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yordadığı, fiziksel işlevselliğin ise yormadığı görölmüştür. Başka bir deyişle HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı stres durumlarının, depresyon için güçlü risk faktörü olabileceği sonucu ortaya konmuştur. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. 2012 yılında Rizwan ve Irshad tarafından yapılan çalışmada HIV ile infekte olan bireylerin, infekte olmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek TSSB ve depresyona sahip olduklarını ortaya koyarak kendi hipotezlerinin gerçekleştiği ve daha önce yapılmış benzer çalışmalarla tutarlı oldukları belirtilmiştir. Yine bu bulguyu destekleyen bir diğer alışma Abdullah ve Shukla tarafından 2014 yılında gerçekleştirilmiş ve HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV ile infekte olmayan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek stres, depresyon ve anksiyete puanlarına sahip olduğu ortaya konmuştur. Bir başka çalışmada ise HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşadıkları stresin akut, kronik ve algılanan olması fark etmeksizin prospektif olarak tahmini 3 aylık periyod içerisinde tedavilerine olan uyumlarını ve tedavinin olumlu sonuçlarını etkilediği ve depresyon düzeylerinin de yaşam stresi ve tedavi uyumu arasındaki ilişkiden etkilendiği sonucu bildirilmiştir (Bonnatari ve diğ. 2010). Sonuç olarak HIV/AIDS ile yaşayan bireylerde bozulmuş problem çözme becerileri, negatif yaşam olayları sonucu ortaya çıkan yeni stresörler ile birlikte stres düzeyleri artan bireylerin zamanla daha fazla depresyon yaşadıkları kabul edilmektedir (Nolen-Hoeksema 2001).

Tüm araştırmalar için geçerli olduğu gibi bu araştırmanın da eksiksiz olduğu iddia edilemez. Yapılan alışma bulgularının ileride yapılacak olan çalışmalara yol

göstereceği düşünölmekle birlikte, araştırmanın daha sonraki araştırmalara konu olabilecek belirgin sınırlılıkları da vardır. Çalışmamızın en önemli sınırlılığını katılımcıların cinsiyetleri oluşturmaktadır. Literatürde HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşadıkları psikolojik sorunları cinsiyete göre araştıran birçok çalışma mevcut ve bu çalışmaların çoğunda HIV/AIDS ile yaşayan kadınların erkeklere göre daha yüksek oranlarda stres, depresyon, anksiyete gibi psikososyal sorunlar yaşadıkları ortaya konmuşken 1996 yılında Suzanne ve Claremont tarafında yapılmış olan çalışmada erkeklerin daha fazla stres ve depresyon yaşadıkları belirtilmiştir. Yapılan çalışmada cinsiyetin sınırlılık olmasının, cinsiyet dağılımının dünya epidemisi ile ölkemizdeki epidemisi arasındaki yüksek orandaki fark ile ilişkili olabileceği düşünölmüştür.

Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan raporda; 1985 yılından 31 Aralık 2016 tarihleri arasında ölkemizde kayıtlı 13158 HIV ile infekte bireyin cinsiyet dağılımını 10222 erkek, 2936 kadın oluşturmaktadır (<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı 2016). Dünya genelindeki epidemisi değerlendirildiğinde ise; UNAIDS tarafından 2017 yılında yayımlanan raporda HIV ile infekte 34.5 milyon yetişkin bireyin, 17.8 milyonunu kadınlar oluşturmaktadır (<sup>1</sup>UNAIDS 2017). Bu da bize göstermektedir ki dünya epidemisinde, kadın erkek oranı neredeyse eşit bir şekilde dağılım göstermekte ve yapılan çalışmalarda, kadın ve erkek katılımcılara eşit oranlarda ulaşılabilenkte, bunun sonucunda araştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuçların ortaya çıktığı düşünölmektedir. Ancak ölkemizde kadın erkek dağılımının dünya epidemisine paralellik göstermemesi nedeniyle HIV/AIDS ile yaşayan kadın bireylere araştırma koşulları ve imkanları dahilinde ulaşmak zor olmakta, toplanan verilerde de erkek kadın dağılım arasında ciddi farklar oluşmaktadır. Araştırmadaki cinsiyet dağılıma baktığımızda katılımcıların yüzde 89.1’ni erkekler oluştururken, yüzde 10.9’nu kadınlar oluşturmaktadır. Bunun sonucu olarak araştırmada cinsiyet değişkeni, kategori içerisinde ayırt ediciliği ortadan kaldırdığı düşünölmüş ve analizlere dahil edilememiştir.

---

<sup>1</sup> UNAIDS (2017) *UNAIDS DATA 2017*.

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf),(Ziyaret Tarihi: 10 Kasım 2017).

<sup>2</sup> Sağlık Bakanlığı. (2016). *Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatistik Verileri*. <http://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatistiksel-veriler/bulasici-hastaliklar-daيره-baskanligi-istatistiksel-veriler.html>

Bir diğer sınırlılık ise veri toplama aşamasında etkili olmuştur. Veri toplanan gruba farklı eğitim düzeylerinden bireylerin oluşturması nedeniyle standart bir veri toplama süreci izlenememiştir. Bireylerin okuma-anlama becerilerinin farklılık göstermesinden dolayı kimi katılımcılar ölçekleri kendileri doldururken, kimileri araştırmacı yardımıyla ölçekleri doldurmuşlardır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; HIV/AIDS ile yaşayan bireyler üzerinde yapılan çalışmada elde edilen verilere göre aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- a) HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin eğitim düzeyi kategorik değişkenleri ile HIV/AIDS'e bağlı stres arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
- b) HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin yaşamlarını kiminle sürdürdükleri kategorik değişkenleri ile HIV/AIDS'e bağlı stres arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
- c) HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı aldıktan sonra çalışma durumu kategorik değişkenleri ile HIV/AIDS'e bağlı stres arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
- d) HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin tanı alma süresi kategorik değişkenleri ile HIV/AIDS'e bağlı stres arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
- e) HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV tanısı aldıktan sonra cinsel yaşam aktivitesi kategorik değişkenleri ile HIV/AIDS'e bağlı stres arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
- f) Depresyonun HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı stresin önemli bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Fiziksel işlevselliğin ise HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin HIV/AIDS'e bağlı stres düzeylerini yordamadığı bulunmuştur.

Araştırmanın bulguları ve sınırlılıkları çerçevesinde gelecekte yapılacak olan çalışmalara ışık tutmasına yönelik önerilerde bulunmak gerekirse;

- i. Yaptığımız çalışma ile "*HIV/AIDS Stress Scale*" isimli ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması gerçekleştirilmiş olup, HIV/AIDS ile yaşayan bireylere yönelik HIV/AIDS Stres Ölçeğinin Türkçe formu kullanılarak farklı çalışmalar gerçekleştirilebilir.
- ii. Ülkemizde HIV/AIDS ile yaşayan bireyler ile ilişkili yapılan çalışmaların genellikle medikal tedavilerine yöneliktir, bu bireylerin psikososyal sorunlarına yönelik çalışmalar yok denecek kadar azdır. Gelecek çalışmalarda HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin psikososyal sorunlarına yönelik farklı değişkenler (travmatik stres, pozitif-negatif duygular, psikolojik sağlık vb.) ile çalışılabilir.

- iii. 1990 ile 2016 yılları arasında Türkiye'deki HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin artış oranının yüzde 467'dir. Türkiye ile diğer ülkelerdeki artış oranları arasında ciddi farklılık göstermektedir. Bu durum da bize Türkiye'de toplumun tüm kesimlerinin HIV bulaşı açısından önemli bir risk altında olduğunu ortaya koymaktadır. HIV bulaşı konusunda toplumu koruyucu/önleyici faaliyetler arttırılabilir ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesi Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı gibi bakanlıklar tarafından ortak bir şekilde yürütülebilir.
- iv. HIV/AIDS'de toplumları HIV bulaşına karşı koruyucu önleyici faaliyetler kadar, HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin toplum tarafından kabulünü sağlamak ve ötekileştirmenin önüne geçmekte önem taşımaktadır. Birleşmiş Milletler'e ait AIDS programı olan UNAIDS tarafından da bu doğrultuda 2030 yılı hedefleri arasında yer alan yüzde 90 HIV/AIDS ile ilişkili ayrımcılık ve damgalanmayı azaltma hedefi, Türkiye'de medyanın da aktif katılımı sağlanarak bireylerin HIV/AIDS'e ilişkin farkındalıklarının arttırılması sağlanabilir.
- v. Ülkemiz epidemisinde HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin cinsiyet dağılımlarında erkeklerin kadınlara oranla çok daha fazla olduğu görülmekte, yapılan çalışmalarda HIV/AIDS ile yaşayan erkeklere ulaşmak daha kolay olmaktadır. HIV/AIDS ile yaşayan kadınlara özgü bir çalışma gerçekleştirilebilir.

## KAYNAKÇA

### *Kitaplar*

- Adler, M.W., 2001. *ABC of AIDS*. 5. Edition. London: BMJ Publishing Group.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994. *Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı*. (Çev ed.: E. Köroğlu) 4. Basım. Ankara: Hekim Yayın Birliği.
- Aypay, A., 2015. *Araştırma Yöntemleri desen ve analiz*. 2. Basım. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z., 1990. *Stres ve başa çıkma yolları*. 21. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi
- Baltaş, A. e Baltaş, Z., 2008. *Stres ve başa çıkma yolları*. Ankara: Remzi Kitapevi.
- Başaran, Ç. N., 2016. *HIV enfeksiyonunun doğal seyri; Güncel bilgiler ışığında HIV/AIDS*. (Ed: S. Ünal ve A. Tümer), Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi. 95-111.
- Başer, Z., 1997. *AIDS hakkında bilinmesi gerekenler*. (Çev.: E. Saatçi), Ankara: MedikoGraphics Ajans ve Matbaacılık.
- Braham, B. J., 1998. *Stres yönetimi, ateş altında sakin kalabilmek* (Çev. V. Diker). İstanbul: Hayat Yayınları.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F., 2014. *Bilimsel araştırma yöntemleri*. 17. Basım. Ankara: Pegem Akademi.
- Christensen, L.B., Johnson, R.B., Turner, L.A., 2015. *Araştırma yöntemleri desen ve analiz*. (Çev. A. Alpay). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Çilingiroğlu, N., 2016. *HIV/AIDS epidemisi ve demografik, ekonomik, sosyal faktörler; güncel bilgiler ışığında HIV/AIDS*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi. 289-315.
- Ergör, G. ve Serdar, B., 1998. *HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma; güncel bilgiler ışığında HIV/AIDS*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.7-21.
- Ergünay, K., 2016. *HIV enfeksiyonunun doğal seyri; Güncel bilgiler ışığında HIV/AIDS*. (Ed: S. Ünal ve A. Tümer), Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi. 19-60.
- Folkman, S.A. & Lazarus R.S., 1984. *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer Publishing Company, İnc.
- Heppner, P.P., Walpold, B.E., Jr. Kivlighan, D.M., 2008. *Psikolojik danışmada araştırma yöntemleri*. (Çev ed.: D.M. Siyez,). Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Karadakovan, A. ve Eti Aslan F., 2010. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Nobel Ankara: Tıp Kitapevleri. 99-111.
- Karasar, N., 2009. *Bilimsel araştırma yöntemi*. 19. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kocatürk, U., 1994. *Açıklamalı tıp terimleri sözlüğü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Köknel, Ö., 2005. *Ruhsal çöküntü: depresyon*. 2. Basım. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köroğlu E. ve Güleç C., 2007. *Psikiyatri temel kitabı*, 2. Basım. Ankara: HYB Basım Yayın. 67-262.
- Lazarus, R.S., 1976. *Stress and adjustment: Patterns of adjustment*. 3. Basım. McGraw-Hill book company.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S., 1984. *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer.

- Monat, A. & Lazarus, R.S., 1991. *Stress and coping: an anthology*, 3. Baskı. Newyork: Columbia University Press.
- Pehlivan, İ., 1995. *Yönetimde stres kaynakları*. Ankara: Pegem Yayınları.
- Pektaş, O.A., 2013. *SPSS ile veri madenciliği*. İstanbul: Dikeyksen Yayıncılık.
- Özgülnar, N(Hzl.) ve Rasekh, H.E.(Hzl.), 2009. *Cinsel sağlık/üreme sağlığı: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar(CYBE/HIV/AIDS)*. Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi.
- Pallant, J., 2007. *SPSS survival manual, a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. 3. Basım. Sydney: McGraw Hill, 179-200.
- Palmer, S., 1996. *Developing stress management programmes; Handbook of counselling*. (Edt. Woolfe, R. ve Dryden, W.) London: Sage publications.
- Rowshan, A., 2000. *Stres yönetimi*. Ş. Cüceloğlu (Çev.), İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008. *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı*. Ankara: Anıl Matbaacılık. 1-94.
- Tümer, A. ve Ünal, S., 2016. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. *Güncel bilgiler ışığında HIV/AIDS*. (Ed: S. Ünal ve A. Tümer) Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi. 1-19.
- Yıldız, İ. ve Başar, K., 2016. HIV/AIDS hastalığı ve ruhsal bozukluklar. *Güncel bilgiler ışığında HIV/AIDS*. (Ed: S. Ünal ve A. Tümer) Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi. 427-455.
- Zarakolu Köşker, P., 2016. HIV enfeksiyonunun laboratuvar tanısı ve kullanılan testler. *Güncel bilgiler ışığında HIV/AIDS*. (Ed: S. Ünal ve A. Tümer) Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi. 61-75.



## ***Sürelî Yayınlar***

- Abdullah, S. ve Shukla, A., 2014. Depression, anxiety and stress among people living with HIV/AIDS's. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, **5**(4), 437-442.
- Açıkkel, C., Babayiğit, M.A., Kılıç, S., Hasde, M. ve Bakır, B., 2005. Genç erişkin erkeklerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeyleri. *TSK koruyucu hekimlik bülteni*, **4**(1), 16-24.
- Akıncı, F. ve Öz. F., 2003. HIV/AIDS'li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal faktörler. *Türk HIV/AIDS dergisi*, **6**(4), 1-4.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S., 2004. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **5**, 76-85.
- Babadoğan, C., 2002. HIV/AIDS bulaş yollarına ilişkin bilgilerin ilköğretim 6-8. sınıf öğrencilerinin üzerinde incelenmesi. *HIV/AIDS*, **5**(4), 169-178.
- Balbin, E. G., Ironson, G. H. ve Solomon, G. F., 1999. Stress and coping: the psychoneuroimmunology of HIV/AIDS. *Bailliere's Clinical Endocrinology and Metabolism*, **13**(4), 615-633.
- Balderson, BH., Grothaus, L., Harrison, RG., McCoy, K., Mahoney, C. ve Cats, S. 2013. Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV populations. *AIDS Care*, **25**(4), 451-458.
- Baltaş, Z., 1984. Kavram olarak stres. *İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Pedagoji Dergisi*, **2**, 211-220.
- Bakım, B., Özçelik, B., Karamustafaoğlu, K.O., 2005. HIV ile enfekte hastalarda gözlenen psikiyatrik bozukluklar. *Düşünen adam*, **18**(3), 149-156.
- Barnett T., Whiteside, A. ve Desmond, C., 2001. The social and economic impact of HIV/AIDS in poor countries: a review of studies and lessons. *Progress in Development Studies*, **1**, 151-170.
- Behboodl, Z. e Saadet, E., 2015. Comparison of depression, anxiety, stress, and related factors among women and men with human immunodeficiency virus infection. *Journal of Human Reproductive Sciences*, **8**(1), 48-51.
- Ben-Sira, Z., 1984. Chronic illness, stress and coping. *Social Science and Medicine*, **18**(9), 725-736.
- Berger-Greenstein, J.A., Cuevas, C.A., Brady, S.M., Trezza, G., Richardson, M.A. ve Keane, T.M., 2007. Major depression in patients with HIV/AIDS and substance abuse. *Aids Patient Care and STD's*, **21**(12): 942-954.
- Bhatia, R., Hartman, C., Kallen, M.A., Graham, J., Giardino, T.P., 2011. Persons newly diagnosed with HIV infection are at high risk for depression and poor linkage to care: results from the steps study. *AIDS behaviour*, **15**(6), 1161-1170.
- Bing, G.E., 2001. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virüs-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, **58**, 721-728.
- Bottanari, K.A., Safren, S.A., McQuaid, J.R., Hsio, C. ve Roberts, J.E. 2010. A longitudinal investigation of the impact of life stress on HIV treatment adherence. *Journal Behaviour Medicine*, **33**, 486-495.
- Brawman-Mintzer, O., Monnier, J., Wolitzky, KB., 2005. Patients with generalized anxiety disorder and a history of trauma; somatic symptom endorsement. *Psychiatric Practise*, **11**(3), 212-215.
- Breslau ve diğ., 1998. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, **48**, 216-222.

- Brown, G.R., Rundell, J.R., McManis, S., 1992. Prevalance of psychiatric disorders in early stages of HIV infection. *Psychom Medicine*, 54,5 88-601.
- Bruce, M. 2002. Psychological risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*, **52**, 175-184.
- Carr, A.J., Thompson, P.W., Kirwan, J.R., 1996. Quality of life measures. *Br. Journal Rheumatol*, 35, 275-292.
- Chaudhury, S., Bakhla, A. & Saini, R., 2016. Prevalence, impact and management of depression and anxiety in patients with HIV: a review. *Neurobehavioral HIV medicine*, 7, 15-30.
- Ciesla, JA. ve Roberts, JE., 2001. Meta-analysis of the relation-ship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am I Psychiatry*, 58, 725-730.
- Cobb, S., 1976. Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. **38**, 300-315.
- Cohen, S. ve Wills, T.A., 1985. Stres, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, **98**(2), 310-357.
- Costello, A. & Osborne, J., 2005. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research & evolution*, 10(7), 1-9.
- Couper, J. & Harari, E., 2004. Use of the psychiatric consultation letter as a threapeutic tool. *Australas Psychiatry*, **12**(4), 365-368.
- Deeks, SG., Lewin, SR. & Havlit, DV., 2013. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 382, 1525-1533.
- Doğan, T., 2008. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **3**(30), 31-44.
- Doğan, O., 2000. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum Bozuklukları Dizisi*. **1**(1), 29-38.
- Duyan, V., 2001a. HIV/AIDS'in psikolojik boyutu. *Toplum ve sosyal hizmet*. **12**(2), 61-76.
- Duyan, V., 2001b. HIV/AIDS'e ilişkin damgalanma ve sosyal destek. *Sağlık ve toplum*, 11(1), 3-11.
- Duyan, V., 2002. Hastalık süreci ve HIV/AIDS'le yaşıyan insanların kimi özellikleri. *Toplum ve sosyal hizmet*, **13**(2), 38-53.
- Duyan, V. ve Çamur-Duyan. G., 2004. Gays and lesbians HIV/AIDS knowledge and their attitudes toward the persons living with HIV/AIDS in Turkey. *HIV/AIDS review*, **3**(4), 21-25.
- Eker, D. & Arkar, H., 1995. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, **10**, 45-55.
- Ekstrand, M.L., Stall, R.D., Paul, J.P., Osmond, D.H. & Coates, I.J., 1999. Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status. *AIDS*. **13**(12), 1525-33.
- Erlandson, K.M., Li, X., Abraham, A.G., Margolick, J.B., Lake, J.E., Palella F., ve diğ., 2016. Long term impact of HIV wasting on physical function. *AIDS*, **30**, 445-454.
- Evans, D.L., Ten Have, T.R., Douglas, S.D. ve diğ., 2002. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am I Psychiatry*, 159, 1752-1759.

- Fang, X., Vincent, W., Calabrese, S.K., Heckman, T., Sikkema, K., Humphries, D. & Hansen, N., 2014. Resilience, stress and quality of life in older adults living with HIV/AIDS. *Aging & Mental Health*, **19**(11), 1015-1021.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S., 1985. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of personality and social psychology*, **48**, 150-170.
- Gallo, R.C., 2002. The early years of HIV/AIDS. *Science*, **298**, 1728-1730.
- Garcia, M.T., Figueiredo, R.M., Moretti, M.L., Resende, M.R., Bedoni, A.J. & Papaioordanou, P.M., 2005. Post exposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective cohort study. *Sex Transm Dis.*, **32**(4): 214-230.
- Garrido-Hernansaiz, H. & Alonso-Tapia, J., 2017. Associations among resilience, posttraumatic growth, anxiety, and depression and their prediction from stress in newly diagnosed people living with HIV. *Journal of the associations of nurses in AIDS care*, **28**(2), 289-294.
- Gibson, K., Rourke, S.B., Bekele, T., Gardner, S., Fenta, H. & Hart, T.A. 2011. Mastery and coping moderate the negative effect of acute and chronic stressors on mental health-related quality of life in HIV. *AIDS Patient Care and STDS*, **25**(6), 371-381.
- Giri, S., Neupane, M., Pant, S., Timalsina, U., Koirala, S., Timalsina, S. ve diğ., 2013. Quality of life among people living with acquired immune deficiency syndrome receiving anti-retroviral therapy: a study from Nepal. *HIV/AIDS Research and Palliative Care*, **5**, 277-282.
- Gökengin, D., 2002. İlk ve ortaöğretimde HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma eğitimi. *HIV/AIDS*, **5**, 162-168.
- Grinspoon, S. & Mulligan, K., 2003. Weight loss and wasting in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis.*, **36**, 69-78.
- Hagen, E., 2003. The bargaining model of depression. *Genetic and Cultural Evolution of Cooperation*, 96-123.
- Haukenes, I., Farbu, E.H., Riise, T. & Tell, G.S. 2014. Physical health-related quality of life predicts disability pension due to musculoskeletal disorders: seven years follow-up of the Hordaland Health Study Cohort. *Public Health*, **14**(1), 164-172.
- Hawkey, L., Berntson, G., Engeland, G.E., Marucha, P., Masi, C.M., & Cacioppo, J.T., 2005. Stress, aging, and resilience: Can accrued wear and tear be slowed? *Canadian Psychology*, **46**(3), 115-125.
- Hisli, N., 1988. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, **6**(22), 118-126.
- Hisli, N., 1989. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, **7**(23), 3-13.
- Jones, D.J., Beach, S. & Forehand, R., 2001. The family health project research group, disease status in African American single mothers with HIV: the role of depressive symptoms. *Health Psychology*, **20**, 417-423.
- Justice, A.C. 2010. HIV and aging: time for a new paradigm. *Current HIV/AIDS Report*, **7**(2), 69-76.
- Kaan J.O. & Walker, B.D., 1998. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *The New England Journal of Medicine*, **33**, 339-349.
- Kaplan, M.S., Marks, G., Mertens, S.B., 1997. Distress and coping among women with HIV infection: preliminary findings from a multiethnic sample. *American journal of orthopsychiatry*, **67**, 80-91.

- Karakoç, F.Y. ve Dönmez, L., 2014. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp eğitimi dünyası*, 40, 39-49.
- Katon, W., Schulberg, H., 1992. Epidemiology of depression in primary care. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 14, 237-247.
- Kekovalı, M., Baybek, H., Eksen, M. & Aslaner, B., 2002. Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7, 1-10.
- Kelly, B., Raphael, B., Judd, F., Perdices, M., Kernutt, G., Burrows, G.D., Brunett, P.C., Dunne, M., 1998. Psychiatric disorder in HIV infection. *Aust NZ Journal Psychiatry*, 32, 441-453.
- Kıyan, M., Cengiz, L. & Cengiz, T., 1993. Human Immunodeficiency Virus (HIV)'in Bulaş Yolları ve AIDS'in Risk Grupları. *OMU Tıp Dergisi*, 10, 57-64.
- Koester, S., Booth, R., Zhang, Y., 1996. The prevalence of additional injection-related HIV Risk Behaviors among injection drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes & human retrovirology*, 12(2), 202-207.
- Küey, L., 1998. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5-12.
- Lacktriz, E.M., Satten, G.A., Aberle-Grasse, J., Doddy, R.Y., Raimondi, V., Janssen, R., Lewis, W., Notari, E. & Peterson, L., 1995. Estimated risk of transmission of the human immunodeficiency virüs by screened blood in the United States. *North England Journal Medicine*, 28, 333-348.
- Laga, M., Diallo, M., Buve, A., 1994. Inter-relationship of sexually transmitted diseases and HIV: Where are we now? *AIDS*, 8, 114-129.
- Leserman, J., Petitto, J., Gu, H., Gaynes, B., Barroso, J., Golden, R., Perkins, D., Folds, J., Evans, D., 2002. Progression to AIDS, a clinical AIDS condition, and mortality: psychosocial and physiological predictors. *Psychological Medicine*, 32, 1059-1071.
- Leserman, J., 2003. HIV disease progression: Depression, stress and possible mechanisms. *Society of Biologic Psychiatry* 54, 294-306.
- Leserman, J., Pence, B.W., Whetten, K., Mugovero, M., Thielman, N., Swartz, M. & Stangl, D. 2007. Relation of life time trauma and depressive symptoms to mortality in HIV. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1707-1713.
- Lovejoy, T., Heckman, T., Sikkema, K., Hansen, N., Kochman, A., Suhr, J.A., Garske, J. & Johnson, C.J. 2008. Patterns and correlates of sexual activity and condom use behaviour in persons 50-plus years of age living with HIV/AIDS. *AIDS Behaviour*, 12, 943-956.
- Lyketsos, C., Hoover, D., Guccione, M., Dew, M., Wesch, J., Bing, E.G., Treisman, G., 1996. Depressive symptoms over the course of HIV infection before AIDS. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 31, 212-219.
- Maj, M., Satz, P, Janssen R. ve diğ., 1994. WHO Neuropsychiatric AIDS study, cross sectional phase II neuropsychological and neurological findings. *Arch Gen Psychiatry*, 51,51-61.
- Maj, M., 1996. Depressive syndromes and symptoms in subjects with with human immunodeficiency (HIV) infection. *Behavioral Journal Psychiatry*, 168(30), 117-122.
- Mete, H.E., 2008. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-8.

- Mitchell, C.G. & Links, N.L., 2004. A multi dimensional conceptual framework for understanding HIV/AIDS as a chronic long-term illness. *Social Work*, **49**(3), 469-477.
- Moskowitz, J.T., Hult, J.R., Bussolari, C. & Acree, M. 2009. What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, **135**(1), 121-134.
- Mugavero, A.T., Ostermann, J., Whetten, K., Leserman, J., Swartz, M., Stangl, D. & Thieleman, N. 2006. Barriers to antiretroviral adherence; The importance of depression, abuse, and other traumatic events. *AIDS Patient Care & STDS*, **20**, 418-428.
- Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D., ve diğ., 1998. What are Quality of Life measurements measuring? *BMJ*, **316**, 535-546.
- Murphy, P.J. & Hevey, D., 2013. The relationship between internalised HIV-related stigma and posttraumatic growth. *AIDS and behavior*, **17**(5), 1809-1815
- Nieves-Lugo, K., Rio-Gonzales, A.M., Reisen, C., Poppen, P., Oursler, K.K. & Zea, C.Z., 2017. Greater depressive symptoms and higher viral load are associated with poor physical function among latino men living with HIV. *Journal of International Association of Providers of AIDS Care*, **16**(1), 30-36.
- Nolen-Hoeksema, S., 2001. Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, **10**(5), 173-176.
- O'Brien, W.A., Harti, P.M., Martin, D. Ve diğ., 1996. Changes in plasma HIV-1 RNA and CD+ lymphocyte counts and the risk of progression to AIDS. *North English Journal Medicine*, 334-351.
- Özdemir, Ü. & Taşçı, S., 2013. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **1**(1), 57-72.
- Özdevecioğlu, M., 2004. Sosyal destek ve yaşam tatmininin mesleki stres üzerindeki etkileri: Kayseri'de faaliyet gösteren işletme sahipleri ile bir araştırma. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **22**(1), 209-234.
- Pakenham, K. & Rinaldis, M., 2002. Development of the HIV/AIDS Stress Scale. *Psychology & Health*, **17**(2), 203-219.
- Pakenham, K., Dadds, R. & Terry, D., 1996. Adaptive demands along the HIV disease continuum. *Social Science and Medicine*, **42**, 245-256.
- Parianti, J.J., Massari, V., Descamps, D., Vabret, A., Bouvet, E., Larouze, B. & Verdon, R., 2004. Predictors of virologic failure and resistance in HIV-infected patients treated with based antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, **38**, 1311-1316.
- Patterson, T., Semple, S.J., Temoshok, L.R., Atkinson, J., McCutchan, J.R., Straits-Tröster, K., 1995. Stress and depressive symptoms prospectively predict immune change among HIV-seropositive men. *Psychiatry*, **58**, 299-312.
- Patterson, T., Shaw, W., Semple, S., Cherner, M., Nannis, E., McCutchan, J., Atkinson, J., Grant, I., 1996. Relationship of psychosocial factors to HIV disease progression. *Ann Behavioral Medicine*, **18**, 9-30.
- Perlmutter, B.L., 1999. How to recognize and treat cute HIV syndrome. *Am Fam Physcian*, **60**(2), 535-548.
- Peterman, A.H., Cella, D., Mo, F. & McCain, N., 1997. Psychometric validation of the revised functional assesment of human immunodeficiency virus infection quality of life instrument. *Quality of Life Research*, **6**(6), 572-584.

- Petitto, J.M., Leserman, J., Perkins, D.O., Stern, R.A., Silva, S., Zheng, B., Evans, D.L., 2000. High versus low basal cortisol secretion in asymptomatic, medication-free HIV-infected men: differential effects of severe life stress on parameters of immune status. *Behavioral medicine*, **25**(4), 143-151.
- Reis, R.K., Haas, V.J., Santos, C., Teles, S.A., Galvao, M. & Gir, E. 2011. Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Latino-Am. Enfermagem*, **19**(4), 874-881.
- Rizwan, I. & Irshad, E., 2012. Post traumatic Stress disorder and depression among patients suffering from HIV/AIDS. *The Dialouge*, **7**(4): 74-94.
- Roelofs, K., Spinhoven, P. & Sandijk, P., 2005. The impact of early trauma and recent life events on symptom severity in patients with conversion disorder. *Nervous Mental Disorder*, **193**(8), 508-513.
- Root, R., 2010. Situating experiences of HIV-related stigma in Swaziland. *Global public health*, **5**, 523-538.
- Rothman, R.E., Marco, C.A. & Yang, S., 2011. Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 1031-1042.
- Royce, R.A., Sena, A., Cates, W.Jr., Cohen, MS., 1997. Sexual transmission of HIV. *North England Journal Medicine*, **10**(15), 1072-1087.
- Rueda, S., Raboud, J., Mustard, C., Bayoumi, A., Lavis, J.N. & Rourke, S.B., 2011. Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. *AIDS Care*, **23**(4), 435-443.
- Samara, D., Lais, R., Germano, H., Cunha, G. & Macedo, A., 2014. Psychosocial effects in patients with AIDS: experience report. *Journal of Nursing UFPE on Line*, **8**(7): 3217-3223.
- Saydam, C., Erensoy, S., Özacar, T., Özkan, F., Zeytinoğlu, A. Ve Sayiner A., 1999. Lise öğrencilerine HIV/AIDS konusunda klasik ve interaktif yöntemlerle uygulanan eğitim etkinliğinin karşılaştırılması. *HIV/AIDS*, **2**(3), 117-122.
- Selye, H., 1974. Stress without distress. *Psychopathology of human adaptation*, 134-149.
- Scott-Sheldon, L.A., Carey, M.P., Carey, K.B., Cail, D., Vermaak, R., Mthembu, J. & Kalichman, S.C., 2013. Does perceived stress mediate the association between HIV status and alcohol use? Evidence from adults living in Cape Town, South Africa. *AIDS Care*, **25**(8), 1026-1032.
- Schacker, T., Collier, A.C., Hughes, J., Shea, T., Corey, L., 1996. Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, **126**(2), 174-182.
- Su, X., Lau, J., Mak, W., Chen, L., Choi, K. C., 2013. Perceived discrimination, social support, and perceived stress among people living with HIV/AIDS in China. *AIDS Care*, **25**(2), 239-248.
- Suzanne, T. & Claremont, P.C., 1996. The stressors and stress of being HIV-positive. *AIDS Care*, **8**(1), 5-14.
- Stine, G.J., 1996. Acquired immunodeficiency syndrome: biological, medical, social and legal issues. *Engle Wood Cliffs, NJ: Prentice Hall*.
- Şahin Ö.G., Başaran, Ç.N. & Ünal, S., 2005. HIV bulaş yolları ve hızları. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, **8**(1), 5-12.
- Ustaçelebi, Ş. & Engin, D., 2000. HIV enfeksiyonu immünopatogenezi ve tanıda kullanılan yöntemler. *Modern Tıp Seminerleri Dizisi*, **10**, 11-24.

- Valenta, S.M., 2003. Depression and HIV disease. *Journal Associated Nurses AIDS Care*, **14**, 41-51.
- Vranceanu, A.M., Safren, S.A., Lu, M., Coady, W.M., Skolnik, P.R., Rogers, W.H., Wilson, I.B., 2008. The relationship of post-traumatic stress disorder and depression to antiretroviral medication adherence in person with HIV. *Aids Patient Care and STD's*, **22(4)**, 313-320.
- Wagner, G.J., Ghosh-Dastidar, B., Slaughter, M., Akenai, D., Nakasujja, N., Okella, E. & Musisi, S., 2014. The role of depression in work-related outcomes of HIV treatment in Uganda. *International Society of Behavioral Medicine*, **21**, 946-955.
- Wanke, C.A., Silva, M., Knox, T.A., Forrester, J., Speilgelman, D. & Gorbach, St., 2000. Weight loss and wasting remain common complications in individuals infected with human immuno-deficiency virüs in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis.*, **31**, 803-805.
- Webel, A.R., Longenecker, C.T., Gripshover, B., Hanson, J.E., Schmotzer, B.J. & Salata, R.A., 2014. Age, stress and isolation in older adults living with HIV. *AIDS Care*, **26(5)**, 523-531.
- Weinstein, T.L. & Li, X., 2016. The relationship between stress and clinical outcomes for persons living with HIV/AIDS: a systematic review of the global literatüre. *Aids Care*, **28(2)**, 160-169.
- Weisse, C.S., 1992. Depression and immuno competence: A review of the literatüre. *Psychology Bullets*, **111**, 475-489.
- Yılmaz, G., 2007. HIV enfeksiyonunun laboratuvar tanısı. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, **3(28)**, 68-73.
- Zhang, T., Cao, W., Lv, j., Wang, N., Reilly, K.H., Zhu, Q. ve diğerleri, 2012. Size, composition and strenght of ties of personal social support networks among adult people living with HIV/AIDS in Henan and Beijing, China. *AIDS Behaviour*, **16(4)**, 911-923.
- Zeren, G., 2006. HIV/AIDS'e yönelik psiko-eğitim programı ve uygulama örnekleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2(2)**, 214-226.
- Zeren, G. ve Ergene, T., 2008. Okulda çalışan psikolojik danışmanlar HIV/AIDS hakkında ne tür önleyici çalışmalar yapabilir? *İlköğretim Online*, **7(1)**, 28-40.

## ***Diğer Yayınlar***

- Aysal, N., 2014. Stres algısı, başa çıkma, kişilik ve sağlık arasındaki ilişkilerin etkileşimsel stres ve başa çıkma modelinde incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul: Okan Üniversitesi.
- Day, A., 1992. Üniversite öğrencilerinde stres algısı ve stres audit ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İzmir: Ege Üniversitesi.
- Doğan, T., 2006. Üniversite öğrencilerinin sosyal zekâ düzeylerinin depresyon ve bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Duran, S., 2009. Ankara'da bir üniversite hastanesinde takip edilen çocuk hematoloji onkoloji hastalarında ve annelerinde depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi değerlendirmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Fırat, N., 2015. Yurtta veya ailesinin yanında kalan öğrencilerin sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma stillerinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi.
- Muttalimova, S., 2014. Lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve anne baba tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul: Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Park, H. S., 2007. Effects of social support, coping strategies, self-esteem, mastery; and religiosity on the relationship between stress and depression among Korean immigrants in the United States: structural equation modeling. *Doctoral dissertation*, State of Texas: The University of Texas.
- Savcı, A., 2006. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler, *Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Tegin, B., 1980. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck Modeline göre bir inceleme. *Yayınlanmamış doktora tezi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü.
- Toker, S.O., 1995. 14-19 yaş grubundaki lise öğrencilerinin AIDS ile ilgili bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrasında değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Toksoy, Z., 2013. HIV/AIDS pozitif kişilerin sosyopsikolojik ve hukuki sorunlarının tespiti. *Yüksek lisans tezi*, İstanbul: Okan Üniversitesi.
- [www.pozitifyasam.org](http://www.pozitifyasam.org) Pozitif Yaşam Derneği. (2016). *Yasa yapıcılar ve uygulayıcılar için HIV/AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar El Kitabı*. (Ziyaret Tarihi: 15 Ocak 2017).
- [www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/329](http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/329) Sağlık Bakanlığı. (2009). *Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Katılımcı Kitabı*. (Ziyaret Tarihi 10 Şubat 2017).
- [www.hatam.hacettepe.edu.tr](http://www.hatam.hacettepe.edu.tr) HATAM Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi. (Ziyaret Tarihi 18 Şubat 2017).
- [www.thsk.gov.tr](http://www.thsk.gov.tr) Sağlık Bakanlığı. (2016). *Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatistik Verileri*. (Ziyaret Tarihi: 05 Kasım 2017).
- [www.unaids.org](http://www.unaids.org) UNAIDS. (2017). *UNAIDS DATA 2017*. (Ziyaret Tarihi: 10 Kasım 2017).
- Yetişkin, Ş., 2008. Hemodiyaliz hastalarının yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*, İstanbul: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Yöndem, Z.D., 1998. Hükümlü kadınların stresle başetme stratejilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Doktora Tezi*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

