

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

**HIV'Lİ HASTALARIN STİGMA, DEPRESYON,  
YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL DESTEK  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**Sebahat Gökçe DOĞAN**

**Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Havva SERT**

**MAYIS 2019**

T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

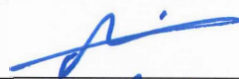


HIV'Lİ HASTALARIN STİGMA, DEPRESYON,  
YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL DESTEK  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sebahat Gökçe DOĞAN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez 24.05./2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Hicran YILDIZ	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Gülgün DURAT	Başarılı	

## BEYAN

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 71522473/050.01.04/182, 20/09/2017 numarası ile onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

.../.../....

Sebahat Gökçe DOğAN

## TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Havva SERT'e, çalışmamın poliklinikte yürütülmesinde katkıda bulunan, destek ve yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Oğuz KARABAY, Arş. Gör. Dr. Cem UZUN, Arş. Gör. Dr. Sevgi ALAN ve Arş. Gör. Dr. Adem ŞİMŞEK'e, bilgisini ve deneyimlerini her zaman paylaşan, desteğini esirgemeyen Arş. Gör. Serap ÇETINKAYA, Arş. Gör. Özge YAMAN ve Arş. Gör. Bedia TARSUSLU'ya, yüksek lisansa başlamamda en büyük yardımı olan değerli arkadaşım Orçun ARSLAN'a ve yazım aşamasında bana destek olan Türkey BAYRAKTAR'a, bu dönemde her zaman yanımda olan ve desteğiyle bana güç veren canım arkadaşlarım Hilal ÖZDEMİR, Sevim BOZKUŞ ve tüm arkadaşlarıma, yaşamımın her döneminde bana güvenip inanan ve desteklerini hep hissettiğim sevgili annem Özlem DOĞAN ve sevgili babam Yılmaz DOĞAN'a en içten sevgi saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Saygılarımla

## İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMA VE SİMGELER.....	V
TABLOLAR.....	VI
ŞEKİLLER.....	VIII
ÖZET.....	IX
SUMMARY.....	X
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1. HIV/AIDS TANIMI VE FİZYOpatOLOJİSİ.....	3
2.2. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE HIV ENFEKSİYONU .....	4
2.2.1. Dünyada HIV .....	5
2.2.2. Türkiye’de HIV.....	8
2.3. BULAŞMA YOLLARI.....	10
2.4. BELİRTİ VE BULGULAR.....	12
2.5. TANI .....	15
2.6. TEDAVİ .....	17
2.7. HIV’İN ÖNLENMESİ .....	20
2.8. HIV VE STİGMA .....	23
2.9. HIV VE YAŞAM KALİTESİ .....	25
2.10. HIV VE DEPRESYON .....	28
2.11. HIV VE SOSYAL DESTEK.....	29
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	31
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ .....	31
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular .....	31
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	31
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN .....	32
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	2
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	4
3.5.1. Hasta Tanılama Formu (Ek 3).....	4

3.5.2. HIV/AIDS Damgalama Ölçeği (HADÖ) (Ek 4).....	4
3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek 5).....	35
3.5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 YKÖ) (Ek 6).....	35
3.5.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 7).....	36
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ.....	36
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	36
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>38</b>
4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	39
4.2. TANIMLAYICI DEĞİŞKENLER ARASINDA ÖLÇEK BAKIMINDAN FARKLILIKLARIN VE İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ .....	44
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ</b> .....	<b>63</b>
KAYNAKLAR.....	76
EKLER .....	89
ÖZGEÇMİŞ.....	104

## KISALTMA VE SİMGELER

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
ART	: Antiretroviral Tedavi
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EIAs	: Enzim İmmunoassays
FDA	: U.S. Food and Drug Administration
HADÖ	: HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği
HHV-8	: Human herpesvirus 8
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IFA	: İndirekt Floresan Antikor
NNRTI	: Nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörleri
NRTI/ NtRTI inhibitörleri	: Nükleozit/nükleotit revers transkriptaz inhibitörleri
PEP	: Post-Exposure Prophylaxis
PrEP	: Pre-Exposure Prophylaxis
PCR	: Polimeraz zincir reaksiyonu
RDT	: Rapid Test Devices
SARS	: Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu
SIV	: Simian Immunodeficiency Virus
SF-36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği
UNAIDS	: Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı

## TABLULAR

<b>Tablo 1.</b> HIV(+), AIDS ve Toplam Vaka Sayısının ve Ölümlerin Son Beş Yıl Yıllara Göre Dağılımı (Türkiye 2014- 2018) .....	5
<b>Tablo 2.</b> HIV (+) Kişilerin Yaş Grubu Ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Türkiye 1985-01 Kasım 2018) .....	9
<b>Tablo 3.</b> AIDS Vakalarının Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Türkiye 1985-01 Kasım 2018) .....	10
<b>Tablo 4.</b> Demografik Dağılımlar (N=40), .....	39
<b>Tablo 5.</b> Hastalıkla İlişkili Durumlar (N=40) .....	40
<b>Tablo 6.</b> Hastalıkla İlgili Yaşanılan En Önemli Sorun ya da Sıkıntılar* (N=40) .....	42
<b>Tablo 7.</b> Sorunların Çözülmesine İlişkin Düşünceleri* (N=40) .....	42
<b>Tablo 8.</b> Destek Durumları (N=40).....	43
<b>Tablo 9.</b> Ölçek ve Alt Boyutlara Dair Tanımlayıcı İstatistikler (N=40).....	44
<b>Tablo 10.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	45
<b>Tablo 11.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Medeni Durumlar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	46
<b>Tablo 12.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Yaşanılan Yerler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40).....	47
<b>Tablo 13.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Sigara Kullanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	48
<b>Tablo 14.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Yan Etki Yaşama Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	49
<b>Tablo 15.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Hastaneye Yatış Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	50



<b>Tablo 16.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Ailede Hastalık Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	51
<b>Tablo 17.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Bulaşma Yolları Hakkında Bilgisi Olma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	52
<b>Tablo 18.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Hastalık Seyri Hakkında Bilgisi Olma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	53
<b>Tablo 19.</b> Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığı İlk Duyduğunda Şok Hissi Yaşama Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	54
<b>Tablo 20.</b> Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığı İlk Duyduğunda Üzüntü Hissi Yaşama Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	55
<b>Tablo 21.</b> Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığı Ailesine Söyleme Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	56
<b>Tablo 22.</b> Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığı Arkadaşına Söyleme Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40) .....	57
<b>Tablo 23.</b> Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın Aile İçi İlişkileri Etkileme Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40).....	58
<b>Tablo 24.</b> Ölçek ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=40)....	59

## ŞEKİLLER

Şekil 1. Number Of People Living With HIV And Accessing Treatment Globally.....	4
---	---

## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Dünyada bu güne kadar 35 milyondan fazla kişiyi etkileyen HIV virüsü önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok faktöre bağlı olarak HIV pozitif bireyler stigmaya maruz kalabilmektedir. Bu durum bireylerin sosyal destek sistemini azaltmakta, depresyona neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışma HIV'li hastaların stigma, yaşam kalitesi, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirmesi amacıyla planlandı.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Tanımlayıcı özellikte planlanan çalışma Mayıs 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında kurum izni ve etik kuru izni alındıktan sonra bir hastanenin enfeksiyon polikliniğine kayıtlı 40 hastayla yapıldı. Hasta Tanılama Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36 YKÖ), Beck Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve HIV/AIDS Damgalanma Ölçeği (HADÖ) kullanılarak toplanan verilerin analizi bilgisayar ortamında tanımlayıcı ve parametrik testler kullanılarak yapıldı.

**BULGULAR:** HIV pozitif bireylerin SF-36 YKÖ'nin fiziksel ana boyut puan ortalamasının  $77,03\pm 16,66$ , mental ana boyut puan ortalamasının  $66,35\pm 16,48$ , depresyon puanının  $9,65\pm 6,26$ , ÇBASDÖ puan ortalamasının  $45,75\pm 9,325$  olduğu, HADÖ ortalamasının ise  $0,01\pm 0,050$  ile  $0,74\pm 0,343$  arasında değiştiği saptandı. Yaş, medeni durum, yaşanılan yer, bireylerin sigara içme ve hastaneye yatma durumları bireylerde görülen stigma, depresyon, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini etkilemezken, eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilediği görüldü. Bireylerde görülen stigmamın; depresyon, sosyal destek düzeyleri ve yaşam kalitesini etkilediği saptandı.

**SONUÇLAR:** HIV pozitif bireylerin stigma ölçeğinin en çok olumsuz benlik algısı alt boyutunda stigmaya maruz kaldığı, yaşam kalitesi ile algıladıkları sosyal desteğin etkilendiği ve yarısından fazlasında minimal depresyonun olduğu görüldü.

**Anahtar Sözcükler:** HIV, Stigma, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Sosyal Destek

## SUMMARY

### **The Evaluation Of Stigma, Depression, Quality Of Life And Social Support Levels Of HIV Patients**

**INTRODUCTION AND OBJECTIVE:** HIV virus that has affected more than 35 million people worldwide so far is encountered as an important global community health problem. HIV positive individuals can be exposed to stigma depending on several factors. This condition reduces the social support system of individuals, leads to depression and affects quality of life negatively. The study was conducted for the purpose of assessing the stigma, quality of life, depression and social support levels of patients with HIV.

**MATERIAL AND METHOD:** The study which was planned descriptively was implemented with 40 patients registered to the infection polyclinic of a hospital after receiving an institution permit and a research ethics committee approval in May 2018 - November 2018. The data were collected using Patient Identification Form, SF-36 Quality of Life Scale (SF 36 QOLS), Beck's Depression Scale, Multidimensionally Perceived Social Support Scale (MPSSS) and HIV/AIDS Stigma Scale (HASS) and analyzed in the computer environment using descriptive and parametric tests.

**FINDINGS:** It was determined that the mean score obtained by the HIV positive individuals from the physical main dimension of the SF-36 QOLS was  $77,03 \pm 16,66$ , mental main dimension  $66,35 \pm 16,48$ , depression score  $9,65 \pm 6,26$ , MPSSS score average  $45,75 \pm 9,325$  and the HASS score average was between  $0,01 \pm 0,050$  and  $0,74 \pm 0,343$ . It was seen that age, marital status, accommodation, smoking and hospitalization had no impact on individuals' stigma, depression, quality of life and social support levels, whereas educational background affected quality of life. It was determined that stigma encountered in individuals had impact on depression, social support levels and quality of life.

**CONCLUSION:** It was seen that HIV positive individuals were mostly exposed to stigma in the lower dimension of negative self-perception of the stigma scale; quality of life and perceived social support were affected and more than half of them suffered from minimal depression.

**Keywords:** HIV, Stigma, Quality Of Life, Depression, Social Support

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

İlk olarak 1960 yılında görülmeye başlanan HIV enfeksiyonu hızla yayılmış olup dünyada 35 milyondan fazla kişiyi etkilemiş ve küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,1722/basin-aciklamasi.html> Erişim Tarihi: 10.09.2018, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018, Aydın 2017). HIV virüsünün HIV-1 ve HIV-2 olmak üzere iki ayrı türü bulunmakta olup dünyada yaygın olarak bulunan türü HIV-1 dir (Akdemir ve Birol 2011). Bu virüs özellikle bağışıklık sistemini hedef alarak bireylerde immun yetmezliğe neden olmaktadır. HIV virüsü insan vücudunda uzun bir süre latent seyretmesi nedeniyle hastalık belirti ve bulguları çok geç gözlenmektedir (Argon 1995, Babayiğit ve Bakir 2004, Hunt 2016, Aslan ve Altındış 2017, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018). Bu nedenle erken tanı ve tedavi yöntemleriyle hastalığın erken dönemde tanısının koyulup tedaviye başlanması yaşam süre ve kalitesinin artmasına olanak sağlayacaktır ([https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/duyurular/hiv-aids-tani-klavuzu/HIV\\_AIDS\\_Tani\\_Klavuzu\\_Ek\\_47016636.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/duyurular/hiv-aids-tani-klavuzu/HIV_AIDS_Tani_Klavuzu_Ek_47016636.pdf) Erişim Tarihi: 20.09.2018).

HIV pozitif bireyler bu virüsün cinsel yolla bulaşması sebebiyle ve başka birçok faktöre bağlı olarak toplum tarafından stigmaya maruz kalmakta olup pek çok sorun yaşamaktadır. Yapılan çalışmalarda bireyler bu hastalıkla ilgili olarak yaşadıkları sıkıntıları dedikodu ve sözel hakarete maruz kalmak, işten çıkarılmak veya iş ya da terfi için başvuru yapamamak, sağlık hizmetlerinden mahrum edilmek, gerektiğinde hastaneye gidememek, aile ve arkadaşlarından uzaklaşmak, sosyal toplantılara katılmamak şeklinde sıralamıştır. Aynı zamanda bireyler hastalıkları nedeniyle evlenmek ve çocuk sahibi olmaktan da korktuklarını ifade etmişlerdir (Oran ve Şenuzun 2008, Jacobi et al 2013,

Gökengin, Çalık, ve Öktem 2017). Literatüre bakıldığında HIV pozitif bireylerin en çok stigmaya maruz kalan hasta grubu olduğu ve bu durumun bireylerde sosyal destek sistemlerini azalttığı, depresyona neden olduğu ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Jia et al 2004, Mak et al 2006, Oran ve Şenuzun 2008, Li, Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa and Rotheram-Borus 2009, Jacobi et al 2013, Bhatta and Liabsuetrakul 2016, Tesfaw et al 2016, Surur, Teni, Wale, Ayalew and Tesfaye 2017, Duko, Geja, Zewude and Mekonen 2018). Bu konu ile ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu nedenle bu çalışma HIV pozitif bireylerin stigma, depresyon, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. HIV/AIDS TANIMI VE FİZYOPATOLOJİSİ

Açılımı “Human Immunodeficiency Virus” yani İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü olan HIV virüsü “Lentivirüs” grubunda yer almaktadır (Aksoy 2008, [http://www.pozitifyasam.org/Content/Upload/Kitaplarimiz/pyd\\_insanhaklari2016.pdf](http://www.pozitifyasam.org/Content/Upload/Kitaplarimiz/pyd_insanhaklari2016.pdf) Erişim Tarihi: 08.08.2018). HIV’in HIV-1 ve HIV-2 olmak üzere iki ayrı türü bulunmaktadır. Dünyada yaygın olarak bulunan türü HIV-1 dir (Akdemir ve Birol 2011). Yapılan moleküler çalışmalarda HIV-1 ve HIV-2 virüslerinin nükleotid dizilimlerinin büyük ölçüde benzediği bulunmuştur. HIV-1 virüsünün şempezelerde bulunan SIV (Simian Immunodeficiency Virus) virüsüne, HIV-2 virüsünün ise maymunlarda bulunan SIV virüsüne benzediği bilinmektedir (Akdemir ve Birol 2011, Hunt 2016, <https://evrimagaci.org/insan-bagisiklik-yetmezligi-virusu-hiv-343> Erişim Tarihi: 22.08.2018). Virüs, bir hücrenin zarına bağlanmak için CD4 adı verilen bir hücre yüzey reseptörü kullanır. CD4 reseptörü vücutta birçok hücrede bulunmakla birlikte T lenfositlerin yüzeyinde daha fazla bulunmaktadır. Bu yüzden virüs, bağışıklık hücrelerinin işlevini yıkıp bozduğunda, enfekte kişilerde yavaş yavaş immün yetmezlik gelişir. İmmün yetmezlik, sağlıklı bağışıklık sistemi olan kişilerin savaşılabileceği çok çeşitli enfeksiyonlara, kanserlere ve diğer hastalıklara karşı artan duyarlılığa neden olur. HIV enfeksiyonunun en ileri aşaması, bireye bağlı olarak değişmekle birlikte gelişmesi iki ile 15 yıl süren Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromudur (AIDS). AIDS, belirli kanserlerin, enfeksiyonların veya diğer farklı klinik belirtilerin kişide görülmesiyle tanımlanır.

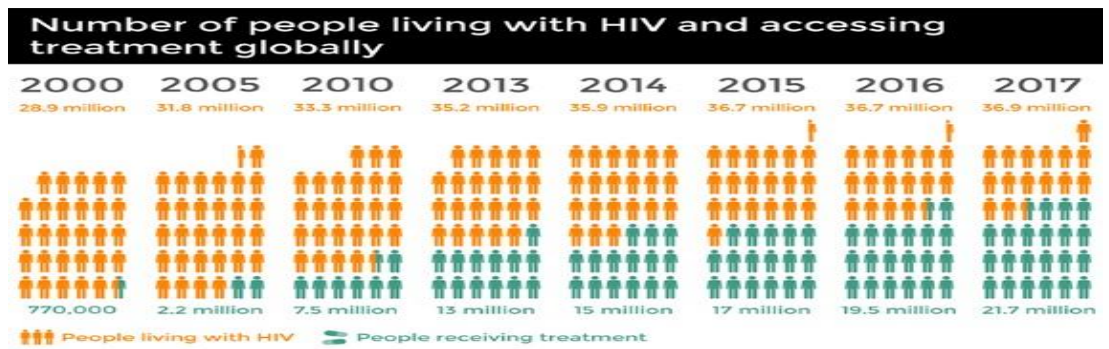


Hastalık belirti ve bulgularının görülmesi HIV virüsünün uzun bir süre latent seyredebilmesi nedeniyle geç gözlenebilmektedir (Argon 1995, Babayiğit ve Bakir 2004, Hunt 2016, Aslan ve Altındiş 2017, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018).

## 2.2. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE HIV ENFEKSİYONU

Bugüne kadar 35 milyondan fazla kişiyi etkileyen HIV önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. DSÖ 2000-2017 verilerine göre HIV ile yaşayan birey sayısı yıllar içinde azalma ve artma şeklinde dağılım göstermiş olsa da HIV (+) birey sayısı oldukça artmıştır (Şekil 1). Türkiye’de ise son beş yılın rakamlarına bakıldığında sadece 2018 yılında bir azalma olduğu ama bir önceki beş yıllık HIV (+) hasta sayısı ile karşılaştırıldığında son beş yıldaki toplam HIV ile yaşayan birey sayısında artış olduğu görülmektedir (Tablo1) (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html> Erişim Tarihi: 06.12.2018, <https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics> Erişim Tarihi: 06.12.18 ).

Şekil 1. Number Of People Living With HIV And Accessing Treatment Globally



Kaynak: <https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics> Erişim Tarihi: 06.12.18

**Tablo 1. HIV(+), AIDS ve Toplam Vaka Sayısının ve Ölümünün Son Beş Yıl Yıllara Göre Dağılımı (Türkiye 2014- 2018)**

YILLAR	HIV(+)	AIDS	TOPLAM	ÖLÜM
2014	1909	131	2040	19
2015	2206	122	2328	16
2016	2555	103	2658	14
2017	3029	124	3153	31
2018	2122	77	2199	18
<b>TOPLAM</b>	11821	557	12378	98
<b>2009-2013 TOPLAM</b>	3838	423	4261	-

Kaynak: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html> Erişim Tarihi: 06.12.2018

### 2.1.1. Dünyada HIV

İlk defa 1960 yılında kendini göstermeye başlayan HIV virüsü tam olarak isimlendirilemediği için bu dönem “sessiz dönem” olarak adlandırılmıştır. 1970’li yıllardan sonra yayılımı hızla artan HIV enfeksiyonu Afrika’nın uzak yerlerinden bütün dünyaya yayılmaya başlamıştır (<http://www.pozitifyasam.org/dunyada-hiv-enfeksiyonu-m-27> Erişim Tarihi: 02.09.2018).

HIV virüsünün tanımlanması 1981 yılında Amerika Birleşik Devleti’nin iki eyaletinde nadir görülen bir hastalığın ortaya çıkması ile başlamıştır. Bu hastalığın daha çok yaşlı ve bağışıklık sistemi düşük kişileri etkilediği görülmüş olup bu kişilerin çoğunun homoseksüel oldukları saptanmıştır. Bu nedenle ilk başta hastalığın sadece homoseksüellerde görüldüğü düşünülmüş fakat daha sonra damar içi ilaç kullananlarda da görüldüğü anlaşılmıştır. Bu dönemde hastalığın herkesi öldürdüğü düşünülmüştür.

Ancak daha sonraki yıllarda virüsü taşıyanların çok uzun yıllar yaşadığı ve çok azının AIDS hastalığına yakalandığı görülmüştür (<http://www.pozitifyasam.org/dunyada-hiv-enfeksiyonu-m-27> Erişim Tarihi: 02.09.2018).

1970’li yıllarda nedeni bilinmeyen bir sebepten kaybedilen hemofili hastası Stockholm’lu bir çocuğun saklanan serumu HIV’in epidemiyolojik çalışmalarını hızlandırmıştır. 1983 yılında Elisa testi ile çocuğun HIV pozitif olduğu tespit edilmiş ve çocuğa ölmeden önce yapılan taze plazma transfüzyonu ile hastalığın bulaşmış olabileceği belirlenmiştir (Aksakoğlu 2001).

1984 yılında virüsün Afrika’da yayılımı hızlanmış olup kadınlarda da görülmeye başlanmıştır. Böylece virüsün sadece erkekleri etkilediği tabusu yıkılmış HIV virüsünün yalnızca bir cinsiyeti ya da cinsel yönelimi etkilemediği anlaşılmıştır (<http://www.pozitifyasam.org/dunyada-hiv-enfeksiyonu-m-27> Erişim Tarihi: 02.09.2018).

1980’li yılların sonlarına doğru HIV enfeksiyonundan ölenleri anmak ve hastalık bilincini arttırmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1 Aralık Dünya AIDS Günü olarak adlandırılmıştır. DSÖ tarafından her yıl 1 Aralık için slogan belirlenmekte olup toplumu bilgilendirmek adına bütün ülkelerde bilgilendirme yapmaktadır. 1990’lı yılların başında ise “kırmızı kurdele” HIV enfeksiyonu ile mücadele de sembol olarak kabul edilmiştir (Tümer ve Ünal 2001, <http://www.pozitifyasam.org/dunyada-hiv-enfeksiyonu-m-27> Erişim Tarihi: 02.09.2018).

DSÖ verilerine göre Dünya’da 2017 sonunda HIV ile yaşayan 36,9 milyon insan bulunmakta olup 1.8 milyon insan ise 2017 yılında HIV virüsü ile enfekte olmuştur. Bunlardan 2.1 milyonunu 15 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır.

Yine DSÖ 2017 verilerine göre 940 bin kişi, HIV ile ilişkili nedenlerden dolayı ölmüştür. 21.7 milyon kişi ise antiretroviral tedavi alarak yaşamlarını sürdürmektedir. Genellikle erişkinlerin %59'u ve HIV ile yaşayan çocukların % 52'si 2017 yılında ömür boyu kullanacakları antiretroviral tedavi (ART) almaya başlamıştır. HIV ile yaşayan hamile ve emziren kadınlar için global ART kapsamı % 80 olarak saptanmıştır ( <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018, <http://www.who.int/hiv/data/en/> Erişim Tarihi: 01.09.2018, <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> Erişim Tarihi: 01.09.2018).

HIV ile yaşayan insanların büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. 2017 DSÖ verilerine göre 25.7 milyon insan Afrika'da, 3.4 milyon insan Amerika'da, 3.5 milyon insanın Güneydoğu Asya'da, 2.3 milyon insan Avrupa'da, 0.35 milyon insan Doğu Akdeniz'de, 1.5 milyon insan Batı Pasifik'te yaşamaktadır (<http://www.who.int/hiv/data/en/> Erişim Tarihi: 01.09.2018). Görüldüğü üzere dünyada en çok etkilenen bölge Afrika bölgesidir. Afrika bölgesi yeni HIV enfeksiyonlarının küresel toplamının üçte ikisinden fazlasını oluşturmaktadır (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018, <http://www.who.int/hiv/data/en/> Erişim Tarihi: 01.09.2018, <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> Erişim Tarihi: 01.09.2018).

2000 ve 2017 yılları arasında yeni HIV enfeksiyonları %36 oranında düşmüş ve aynı dönemde ART tedavisiyle yaşayan 11,4 milyon insanın HIV ile ilişkili ölümleri % 38 oranında azalmıştır. Bu başarı, sivil toplum ve bir dizi kalkınma ortağı tarafından desteklenen ulusal HIV programlarının büyük çabalarının sonucu ortaya çıkmıştır ( <http://www.who.int/hiv/data/en/> Erişim Tarihi: 01.09.2018, <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> Erişim Tarihi: 01.09.2018, <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/global-statistics> Erişim Tarihi: 01.09.2018).

1996 yılında DSÖ tarafından HIV/AIDS hastalığı dünyanın dördüncü büyük sağlık sorunu olarak tanımlanırken 2016 DSÖ verilerine göre dünyanın en büyük 10 ölüm sebebi arasında yer almamıştır (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Erişim Tarihi: 01.09.2018). AIDS ile ilgili hastalıklardan 2017 yılında 940 000 insan ölmüş ve bu da AIDS ile ilgili hastalıklardan ölen toplam insan sayısının salgın başlangıcından bu yana 35.4 milyon kişiye ulaştırmıştır ( <http://www.who.int/hiv/data/en/> Erişim Tarihi: 01.09.2018, <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> Erişim Tarihi: 01.09.2018).

### **2.1.2. Türkiye’de HIV**

Türkiye’de ilk defa 1985’te görülmesinin ardından virüs ülkemize hızla yayılmış olup aynı yıl bildiri zorunlu hastalıklar arasında yer almıştır. (Aydın 2017, <https://www.saglik.gov.tr/TR,1722/basin-aciklamasi.html> Erişim Tarihi: 10.09.2018).

1986-1987 yıllarında kan, organ ve doku dönerlerinde ve büyük ameliyatlardan önce serolojik testler yapılmaya başlanmıştır. 1996 yılında HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların kontrolü ve yayılımını önlemek amacıyla Ulusal AIDS Komisyonu kurulmuştur. Bu komisyon kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör temsilcilerinden oluşmaktadır. Komisyon uzun yıllar aktivitesini sürdürmüş olup çalışması sadece tavsiye niteliğinde kalmıştır. Son yedi yıldır da aktif bir şekilde toplanmamaktadır (Aydın 2017).

2003 yılında askere alınanlara üreme sağlığı eğitimleri verilmeye başlanmış, 2007 yılında ise Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri açılmıştır. 2013 yılında HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi çıkarılmıştır. Ülkemizde son yirmi yıldır her beş yılda bir HIV/AIDS Stratejik Planı hazırlanmaktadır (Aydın 2017).

Ülkemizde 1 Ekim 1985 – 1 Kasım 2018 tarihleri arasında bildirilen vakalara göre toplamda 18,557 HIV pozitif kişi (Tablo 2) ve 1736 AIDS hastası (Tablo 3) vardır. Vakaların % 79,6'sı erkek, % 20,4'ü kadın, % 15,3'ü yabancı uyruklu bireylerden oluşmaktadır. HIV ve AIDS vakaları en fazla 30-34 ve 25-29 yaş grubunda görülmektedir (Tablo 2, Tablo 3). HIV'in vakaların %49,6'sına cinsel yolla bulaştığı ve %71'inin bulaşma yolunun heteroseksüel cinsel ilişki olduğu görülmüştür. Diğer bir bulaşma yolu ise %1,3 oranında damar içi madde kullanımı olup, %48,3'ünün bulaş yolu bilinmemektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html> Erişim Tarihi: 06.12.2018).

**Tablo 2. HIV (+) Kişilerin Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Türkiye 1985-01 Kasım 2018)**

YAŞ GRUBU	ERKEK	KADIN	TOPLAM VAKA
0	55	27	82
1-4	34	28	62
5-9	15	9	24
10-14	15	10	25
15-19	311	105	416
20-24	1879	486	2365
25-29	2657	723	3380
30-34	2531	682	3213
35-39	2118	541	2659
40-44	1497	391	1888
45-49	1214	252	1466
50-54	929	201	1130
55-59	609	157	766
60-64	384	79	463
65 ve üstü	362	87	449
Yaşı bilinmeyen	114	55	169
<b>TOPLAM</b>	<b>14724</b>	<b>3833</b>	<b>18557</b>

Kaynak:<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html> Erişim Tarihi: 06.12.2018

**Tablo 3. AIDS Vakalarının Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı (Türkiye 1985-01 Kasım 2018)**

YAŞ GRUBU	ERKEK	KADIN	TOPLAM VAKA
0	0	3	3
1-4	4	5	9
5-9	5	6	11
10-14	4	2	6
15-19	10	2	12
20-24	62	16	78
25-29	144	27	171
30-34	228	54	282
35-39	224	52	276
40-44	193	28	221
45-49	172	28	200
50-54	143	26	169
55-59	98	21	119
60-64	52	15	67
65 ve üstü	67	10	77
Yaşı Bilinmeyen	30	5	35
<b>TOPLAM</b>	<b>1436</b>	<b>300</b>	<b>1736</b>

Kaynak: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/862-hiv-aids/1135-h%C4%B1v-aids-istatistik.html> Erişim Tarihi: 06.12.2018

## **2.2. BULAŞMA YOLLARI**

Virüs; insanda kan, anne sütü, sperm ve vajina salgısı gibi vücut sıvılarında bulunmaktadır. Tükürük, ter, gözyaşı, idrar gibi diğer vücut salgılarında ise ya hiç bulunmaz ya da çok az miktarda bulunur. Virüs havada uzun süre asılı kalmaz ve gündelik temas ile bulaşmaz. HIV ile enfekte olan kişiler vücut sıvıları yoluyla diğer insanlara virüsü bulaştırabilmektedir. Ancak vücut salgılarının direk sağlıklı bireye teması ile virüs bulaşmaz.

Bulaşma için enfekte olmayan bireyde kesi veya yara varlığı olması ya da enfekte vücut salgılarının anüs, rektum, genital bölge gibi mukoz membranlara teması gerekmektedir (Ataman ve ark 2016, Meyer, Ralph and Adler 2017, <https://www.kirmizikurdele.org> Erişim Tarihi: 04.09.2018). HIV virüsü insan dışındaki ortamlarda ve oksijen ile teması kesildiğinde uzun süre yaşayamamaktadır. Bu yüzden yeterli yapılan sterilizasyon işlemleri virüsün bulaşmasını büyük ölçüde engellemektedir. HIV virüsü tokalaşmak, sarılmak, öpüşmek, öksürmek, hapşırarak, aynı tabak çatalı kullanmak, ortak duş/banyo, tuvalet havuz kullanımı, aynı evde yaşamak gibi durumlarla bulaşmamaktadır (Ataman ve ark 2016, <https://www.kirmizikurdele.org> Erişim Tarihi: 04.09.2018).

HIV virüsünün insana bulaşabilmesi için üç temel yol vardır.

**1-Cinsel ilişkiyle bulaşma:** Türkiye’de ve dünyada HIV virüsünün insandan insana bulaşmasının en önemli nedeni korunmasız cinsel ilişkidir. Heteroseksüel veya homoseksüel bireyler arasında bulaş olmaktadır. Erkeğin sperminde veya kadının vajina salgısında bulunan HIV virüsü bütünlüğü bozulan anüs, vajina, penis ve ağız gibi mukozalardan vücuda girmektedir. Korunmasız yapılan her cinsel ilişkide risk artmaktadır. Anal alıcılar ise en çok risk altında olan gruptur

(Şahin, Çalık ve Ünal 2005, [https://www.unicef.org/turkey/ir/\\_ah16.html](https://www.unicef.org/turkey/ir/_ah16.html) Erişim Tarihi: 10.09.2018, <http://www.pozitifyasam.org/nasil-bulasir-riskli-davranislar-m-20> Erişim Tarihi: 04.09.2018).

**2-Kan yoluyla bulaşma:** Enfekte kan, kan ürünleri, doku ve organ nakilleri ile insandan insana bulaş olabilmektedir. HIV ile enfekte kanın sağlıklı bireye verilmesi sonucu oluşan bulaş riski %90-100 olmaktadır. Ancak ülkemizde 1985 yılında kan transfüzyonlarının HIV virüsü yönünden taranması zorunlu hale getirildiğinden bu bulaş ülkemizde oldukça azalmıştır.



Kullanılmış, dezenfekte edilmemiş enjektör, iğne, diş hekimliği aletleri, cerrahi aletler, ortak kullanılan manikür setleri, jilet, dövme aletleri, akupunktur iğneleri gibi kesici delici aletler de büyük risk oluşturmaktadır. Damar içi ilaç kullananların paylaştıkları iğne ve enjektörler yoluyla da bulaşma olabilmektedir. Sağlık çalışanları da kan yoluyla bulaşma açısından risk altında bulunmaktadır (Şahin ve ark 2005, <https://www.kirmizikurdele.org> Erişim Tarihi: 04.09.2018, <https://www.unicef.org/turkey/ir/ah16.html> Erişim Tarihi: 10.09.2018, <http://www.pozitifyasam.org/nasil-bulasir-riskli-davranislar-m-20> Erişim Tarihi: 04.09.2018).

**3-Anneden bebeğe bulaşma:** HIV gebelik süresince, doğum eyleminde veya doğumdan sonra emzirme ile bebeğe geçebilmektedir. Özellikle doğum sırasında bebeğin annenin kan ve servikal mukozasına teması sonucu bulaşma olabilmektedir. Bu yüzden annelere sezaryen doğum planlanmaktadır (Sütçü ve Somer 2014). Anne sütü ile bulaşma riski az olsa da yine de HIV pozitif olan annelere bebeğini emzirmesi önerilmez. HIV ile yaşayan bir anne eğer gebeliği süresince tedavisini almaya devam ederse bebeğe hastalığının geçme riskinde azalış olmaktadır (Şahin ve ark 2005, <https://www.unicef.org/turkey/ir/ah16.html> Erişim Tarihi:10.09.2018, <http://www.pozitifyasam.org/nasil-bulasir-riskli-davranislar-m-20> Erişim Tarihi: 04.09.2018).

### **2.3 BELİRTİ VE BULGULAR**

Belirtiler, HIV enfeksiyonunun aşamasına bağlı olarak değişir. Her ne kadar HIV ile yaşayan bireyler ilk birkaç ayda en bulaşıcı olma eğiliminde olsa da, birçoğu daha sonraki aşamalara kadar durumlarından habersizdir. İlk enfeksiyondan sonraki ilk birkaç haftada bireyler, ateş, baş ağrısı, kızarıklık veya boğaz ağrısı dahil olmak üzere hiçbir semptom veya benzeri bir hastalık yaşamazlar (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018).

Enfeksiyon, bağışıklık sistemini giderek zayıflattığı için bireylerde şişmiş lenf düğümleri, kilo kaybı, ateş, ishal ve öksürük gibi başka belirti ve semptomlar geliştirebilir. Tedavi yapılmazsa, tüberküloz, kriptokokal menenjit, ciddi bakteriyel enfeksiyonlar, lenfomalar ve kaposi sarkoması gibi ciddi hastalıklar ortaya çıkabilir (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018). HIV virüsü vücuttaki hemen hemen bütün sistemlerde belirti vererek kendini göstermektedir. Deride fırsatçı enfeksiyonlar ve duyarlılık reaksiyonları olabilmektedir. Gastrointestinal sistemde ağızda pamukçuk ve mantar enfeksiyonları, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, karın ağrısı gibi belirtiler vermektedir. Solunum sistemi tutulumlarında *Pneumocystis jirovecii* (PCP etkeni) ve *Mycobacterium tuberculosis* gibi fırsatçı mikroorganizmaların neden olduğu pnömoni görülebilmektedir. Bu hasta grubunda kalp zarındaki iltihabi değişiklikler sık görülür. Özellikle HIV tedavisinde kullanılan bazı ilaçların yan etkilerine bağlı olarak bireyler hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, kemik erimesi, insülin direnci ve diyabet gibi hastalıklara daha yatkındır. Yine ilaç kullanımı ve yaşlanmaya bağlı böbrek hasarı görülebilmektedir. AIDS hastalarında en sık gözlenen kan hastalığı ise anemidir. Ayrıca HIV'nin sinir sistemini de etkilemesiyle hastalık ilerledikçe hastalarda hareket ve davranış değişiklikleri, düşünme bozukluğu ile seyreden bunama gözlenmektedir (Ataman ve ark 2016).

Tedavisi yapılmamış bir HIV virüsü 3 evre de ilerlemesini göstermektedir. Bu evreler:

**1-Prodromal (akut) evre:** HIV ilk enfeksiyondan yaklaşık üç ile dört hafta sonra başlayıp iki ile üç hafta süren prodromal evre olarak adlandırılan bir akut retroviral sendrom üretir. Bu retroviral sendrom sırasında hasta; ateş, boğaz/baş ağrısı, döküntü, ishal, kusma, kas ağrıları ve lenf düğümlerinde büyüme gibi gribal veya enfeksiyöz mononükleoz benzeri semptomlar yaşar. Tanı olarak basitçe ılımlı-şiddetli bir grip vakası konulabilir veya semptomlar uzamışsa hastanın enfeksiyöz mononükleoz olabileceği düşünülür. Bu dönemde HIV hızla çoğalır, vücutta yayılır ve lenfoid dokuları enfekte eder. Viral yük bu aşamada yüksektir ve hasta oldukça bulaşıcıdır. Aynı zamanda genellikle kübik milimetre başına yaklaşık 1000 olan T4 hücre sayısı, yaklaşık olarak yarıya düşer (Sulukan, Küçüköğlü ve Gül 2009, Ataman ve ark 2016, Meyer et al 2017).

Hastanın bağışıklık sistemi HIV'e karşı bir antikor tepkisi oluşturacaktır ancak bu antikorlar enfeksiyonu durdurmada yetersiz kalabilmektedir. Basit bir kan testi ile anti-HIV antikorunu tespiti HIV pozitif durumun saptanmasına temel oluşturmaktadır. Çoğu durumda, serokonversiyon ilk enfeksiyondan altı ile on sekiz hafta arasında gerçekleşir, ancak nadir durumlarda antikorlar daha uzun bir süre de sonraya kadar tespit edilemeyebilir. Üç ay içinde hastaların yüzde 95'i serokonversiyona uğrayacak ve altı ay içinde ise yüzde 99'dan fazla kişide HIV'e karşı dolaşımdaki antikorlar tespit edilecektir (Sulukan ve ark, Ataman ve ark 2016, Meyer et al 2017).

**2-Asemptomatik (belirsiz) evre:** Anti-HIV tedavisi olmadan bu süre on yıl veya daha uzun sürebilir. Bu süre zarfında hastanın genellikle AIDS belirtileri yoktur. Geç dönemde erken dönemdeki T4 hücre sayımı genellikle enfeksiyonun ilk yılındaki duruma bir miktar azalır ve ortalama kübik milimetre başına yaklaşık 700 olur. Bundan sonra çok yavaş bir düşüş vardır. Bu arada, akut retroviral sendrom aşaması sırasında yüksek olan viral yükler, T4 sayısı arttıkça birkaç büyüklük derecesine düşer. Enfeksiyondan yaklaşık bir yıl sonra, viral yük asemptomatik dönem ilerledikçe yavaş yavaş artar (Sulukan ve ark, Ataman ve ark 2016, Meyer et al 2017).

**3-İleri evre (AIDS):** HIV enfeksiyonunun üçüncü aşaması, AIDS'in gelişmesidir. Bu genellikle T4 sayısı kübik milimetre başına 200'ün altına düştüğünde gerçekleşir. Fırsatçı enfeksiyonlar ve kanserler yaygınlaşır ve hastalar aynı anda birkaç enfeksiyona sahip olabilir. Bu hastalıkların çoğu sağlıklı bireylerde nadirdir. En yaygın olanı, normal bir bağışıklık sistemi olan kişilerde esasen görülmeyen bir mantarın neden olduğu bir form olan *Pneumocystis jiroveci* pnömonidir. Gerçekten de, mantar popülasyonun çoğunluğunda bulunur, ancak bağışıklık sistemi tehlikeye girmeden ya da bastırılmadan neredeyse hiçbir zaman pnömoneye neden olmaz. Bağışıklık sisteminin işlevlerinden biri, ortaya çıktığı zaman kanser hücrelerini yok

etmek olduğu için, AIDS'li hastalar, aynı yaştaki enfekte olmamış bireylere kıyasla bazı kanser türlerini geliştirme açısından büyük ölçüde daha yüksek bir risk altındadır. Bu kanserlerden biri, pembe ile mor lekeler veya deri üzerinde hafifçe yükseltilmiş alanlar ile karakterize edilen tipik olarak çok nadir görülen kaposi sarkomudur (Sulukan ve ark, Ataman ve ark 2016, Meyer et al 2017).

Bu lezyonlar, fonksiyonları bozabilecekleri iç organlarda da ortaya çıkabilir. Kaposi sarkomuna İnsan Herpes Virüsü 8 (HHV8) neden olur ve cinsel yolla bulaşır. AIDS'li bireylerde, Kaposi sarkomu görülme riski enfekte olmamış bireylere göre binlerce kat daha fazladır. AIDS ile sıklıkla ilişkili olan diğer kanser genellikle hodgkin olmayan lenfomadır. AIDS'li hastalarda non-hodgkin lenfoma görülme oranı HIV negatif olan bireylere göre daha fazladır (Sulukan ve ark, Ataman ve ark 2016, Meyer et al 2017). Hastalar, sağlıklı bireylere göre daha fazla görülen enfeksiyonlar ve kanserlere bağlı olarak yaşamlarını kaybetmektedirler (Ataman ve ark 2016).

### **2.3.TANI**

Tanıda yol gösterici olan ilk yaklaşım tarama testinin yapılmasıdır. İkinci yaklaşım ise doğrulama testleri ile sonucu pozitif çıkan örneklerin incelenmesidir. Kesin HIV tanısı koyabilmek için kişinin doğrulama testinin pozitif çıkması gerekmektedir. Tarama testlerinin özellikle duyarlılık bakımından, doğrulama testlerinin de özgüllük bakımından yüksek olması gerekmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/duyurular/797-hiv-aids-tan%C4%B1-klavuzu.html>, Savaş 2015).

Başlangıçta HIV pozitif olarak teşhis edilen tüm kişilerin, herhangi bir potansiyel test veya raporlama hatasını göz ardı etmek için bakım veya tedaviye kaydolmadan önce yeniden test edilmesi en iyi uygulamadır (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018). HIV enfeksiyonu sıklıkla HIV antikorlarının varlığını veya yokluğunu tespit eden hızlı tanı testleri (RDT'ler) ile teşhis edilir. Bu testlerin çoğu, aynı gün teşhisi, erken tedavi ve bakım için gerekli olan test sonuçlarını sağlar ( <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018, Akdemir ve Birol. 2011).

RDT'ler (rapid test devices) veya enzim immunoassays (EIAs) gibi serolojik testler, HIV-1/2 veya HIV p24 antijenine karşı antikorların varlığını veya yokluğunu saptar. Elisa testleri günümüzde HIV enfeksiyonu tanısında en çok kullanılan tarama testleridir.

Western Blot, Line-immunoassay, indirekt immunfloresan antikor testi (IFA), HIV-1/2 antikor ayırt edici hızlı doğrulama testleri gibi testler ise tanıyı doğrulamak amacıyla kullanılan testlerdir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/duyurular/797-hiv-aids-tan%C4%B1-klavuzu.html> Erişim Tarihi: 20.08.2018).

Serolojik testlerin, bir bireyin, HIV'in kendisinin doğrudan tespit edilmesinden ziyade, yabancı patojenlerle savaşmak için bağışıklık sisteminin bir parçası olarak ürettiği antikorları saptadığını unutmamak önemlidir (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018). Çoğu birey, enfeksiyondan sonraki 28 gün içinde HIV'e karşı antikorlar geliştirir. Enfeksiyondan sonraki antikorların tespit edilebildiği dönem “pencere dönemi” olarak bilinir. Bu nedenle antikorlar, sözde pencere periyodu sırasında erken tespit edilemeyebilir. Bu erken enfeksiyon dönemi en büyük enfektivite zamanını temsil eder. Bununla birlikte HIV bulaşımı enfeksiyonun tüm aşamalarında ortaya çıkabilir (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018, <https://www.kirmizikurdele.org> Erişim Tarihi: 04.09.2018, Graham, Nunn and Maher 2004).

Tedavi sürecinin planlanması ve tedaviye bağlı ortaya çıkabilecek yan etkilerin takibi açısından HIV pozitif çıkan bireylere hekim tarafından rutin tarama testlerinin (CD4 hücre sayımı, viral yük, hemogram takibi, kan glukoz, hormon, elisa, trigliserit, kolesterol, üre, kreatin, alt, ast düzeyleri, idrar tahlili ve ilaç direnç testleri) yaptırılması ve bu testlerin 3 ile 6 ay arasında tekrarlanması gerekmektedir (<http://www.pozitifyasam.org/dunyada-hiv-enfeksiyonu-m-27> Erişim Tarihi: 02.09.2018, <https://www.kirmizikurdele.org> Erişim Tarihi: 04.09.2018).

## 2.4. TEDAVİ

Tedavisi iki kategoriye ayrılmaktadır. Birincisi, profilaksi ve fırsatçı enfeksiyonların önlenmesi ikincisi ise tedavi ile hastalığın AIDS'e ilerlemesini yavaşlatmaktır. Tedavide antiretroviral tedavi kullanılmakla birlikte, fırsatçı enfeksiyonların tedavisinde, antibiyotikler veya antifungal ajanlar, kaposi sarkomu gibi kanser durumlarında ise cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiyle tedavi desteklenmektedir. Tedavi de önemli olan hastanın durumunun ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve bireye özel tedavi planı oluşturulmasıdır. Tedavi yapılmayan ve AIDS gelişen bireyler yaklaşık üç yıl hayatta kalabilmektedir. Ölüm tipik olarak fırsatçı bir enfeksiyon veya kanserden kaynaklanmaktadır. Ancak bireye özgü tedavi planı oluşturulan ve ART tedavisi başlanan HIV-pozitif bireyler, tipik olarak HIV-negatif bireylere benzer bir yaşam süresine sahiptir (Meyer et al 2017).

ART tedavisinin hedefleri;

- Viral yükü uzun süreli olacak şekilde baskılamak
- Yaşam kalitesini arttırmak
- HIV enfeksiyonuna bağlı gelişecek mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- İmmunolojik fonksiyonları korumak ve iyileştirmek olarak sıralanabilir (Sulukan ve ark 2009).

Viral yük üç veya daha fazla ART ilacından oluşan kombinasyonla azaltılabilir. ART, HIV enfeksiyonunu tedavi etmez, ancak bir kişinin vücudundaki viral replikasyonu baskılar. HIV'in üremek için ihtiyaç duyduğu revers transkriptaz ve proteaz gibi enzimleri inaktive eder ve böylece bireyin bağışıklık sisteminin enfeksiyonlarla mücadele kapasitesini güçlendirmesine ve yeniden kazanmasına izin verir

(<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018, Akar 2007).

Antiretroviral teravisindeki amaç, altı ay içince PCR ile bakılacak 1 mililitre küp kanda viral yükün tespit edilememesidir. İkinci aşamada ise önemli olan viral yükün tesbit edilememe durumunun sürekli olmasının sağlanmasıdır. Bu şekilde CD4 sayısı artarak bağışıklık sisteminin koruyuculuğu sürdürülür. ART kullanırken oldukça dikkatli olmak gerekmektedir. İlaç her gün aynı saatlerde alınmalı, aksatılmamalı ve kesilmemelidir. Eğer bu kurallara uyulmazsa kanda viral yük yeniden tespit edilir hatta ilaca karşı direnç gelişebilir (<http://www.pozitifyasam.org/tedavi-m-25> Erişim tarihi: 26.09.2018).

FDA (U.S. Food and Drug Administration) tarafından 1981 yılından itibaren 40'ın üzerinde ilacın HIV tedavisinde kullanılmasına izin verilmiştir (<https://www.kirmizikurdele.org> Erişim Tarihi: 04.09.2018).

Antiretroviral ilaçlar 5 farklı türde kullanılmaktadır (<https://www.aidsmap.com/files/file1004344.pdf> Erişim Tarihi:10.09.2018, Sulukan ve ark 2009).

- a) Nükleozit/nükleotit revers transkriptaz inhibitörleri (NRTI/ NtRTI): Virüsün özellikle revers transkriptaz adı verilen bir proteinini hedef almaktadır. Bu ilaç vücuda girdikten sonra 5'-monofosfat (ddNMP), 5'-difosfat (ddNDP) ve 5'-trifosfatlarına (ddNTP) dönüşür. Bu ddNTP normal substratın DNA zinciri ile birleşmesini inhibe ederek alternatif bir substrat olarak bu zincire katılır. Ve böylelikle zinciri sonlandırıcı bir işlevi vardır (<https://www.aidsmap.com/files/file1004344.pdf> Erişim Tarihi: 10.09.2018, Sulukan ve ark 2009).

- b) Nonnükleozit revers transkriptaz inhibitörleri (NNRTI'ler): Nükleozit/nükleotit revers transkriptaz inhibitörlerinden daha farklı bir şekilde revers transkriptazı hedeflemektedir. Bu ilaçlar virüste bulunan revers transkriptaz enziminin özellikle katalitik bölgesine yakın allosterik yöreyle etkileşime girmekte olup böylece revers transkriptaz enziminin fonksiyonunu bozmaktadırlar (<https://www.aidsmap.com/files/file1004344.pdf> Erişim Tarihi: 10.09.2018, Sulukan ve ark 2009).
- c) Proteaz inhibitörleri: Virüsün proteaz adı verilen bir proteinini hedef almaktadır. Bu grup ilaçlar HIV proteazın normal fonksiyonunu yerine getirmesini önlemekte olup böylelikle prekürsör viral proteinlerin olgun viral proteinlere proteolitik süreci engellenmiş olmaktadır (<https://www.aidsmap.com/files/file1004344.pdf> Erişim Tarihi:10.09.2018, Sulukan ve ark 2009).
- d) Füzyon ve giriş inhibitörleri: HIV'in özellikle immun sistemindeki hücelere tutunduğu noktayı hedefler ve ya doğrudan virüse tutunarak virüsün hücre içine girişini engellemektedir (<https://www.aidsmap.com/files/file1004344.pdf> Erişim Tarihi:10.09.2018, Sulukan ve ark 2009).
- e) Entegraz inhibitörleri: Virüsün entegraz adındaki bir proteinini hedeflemekte olup virüsün hücrenin içine yerleşmesini önlemektedir (<https://www.aidsmap.com/files/file1004344.pdf> Erişim Tarihi:10.09.2018, Sulukan ve ark 2009).
- Yapılan testler ve doktor kararına göre bu ilaçlardan biri ya da birkaçı hastalara başlanabilmektedir (<https://www.aidsmap.com/files/file1004344.pdf> Erişim Tarihi:10.09.2018).



2016'da, DSÖ, HIV enfeksiyonunun önlenmesi için antiretroviral ilaçların kullanılmasına ilişkin rehberlerin ikinci baskısını yayınlamıştır. Bu rehberde DSÖ, çocuklar, ergenler, yetişkinler, hamile ve emziren kadınlar da dahil olmak üzere HIV ile yaşayan tüm insanlara, yaşam boyu ART almayı önermektedir (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018). Tedaviye erişimin yaygınlaştırılması, 2020 yılına kadar dünyada AIDS salgınına sona erdirmek için planlanan hedeflerin kalbinde yer almaktadır (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018). Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı (UNAIDS) tarafından da "90-90-90" adı verilen, AIDS salgınına sona erdirmek için iddialı bir tedavi hedefi hazırlanmıştır. Bu hedefler 2020 itibariyle; HIV ile yaşayan tüm insanların % 90'ının HIV pozitif olduklarını bilmesi, teşhis edilmiş HIV enfeksiyonu olan tüm insanların % 90'ının kalıcı ART tedavi alması, ART alan tüm insanların % 90'ının viral baskılamasının olması şeklindedir (Sulukan ve ark 2009).

Sonuç olarak doğru ve hızlı bir şekilde tanılama yapılması, gecikmeden bireye özgü ve uluslararası rehberler doğrultusunda tedaviye başlanması, hastalığın ilerlemesini ve gelişebilecek fırsatçı enfeksiyonların, kanserlerin önlenmesini sağlayarak yaşam süre ve kalitesinin artırılmasına olanak sağlayacaktır ([https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/duyurular/hiv-aids-tani-klavuzu/HIV\\_AIDS\\_Tani\\_Klavuzu\\_Ek\\_47016636.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/duyurular/hiv-aids-tani-klavuzu/HIV_AIDS_Tani_Klavuzu_Ek_47016636.pdf) Erişim Tarihi: 20.10.2018).

## **2.5. HIV'İN ÖNLENMESİ**

Virüsün bulaşma yollarından en önemlisi cinsel yoldur. Bu yüzden cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanımının yaygınlaşması HIV'den korunmak için önemli bir yoldur. Kontrolsüz, test edilmemiş kan nakillerinin önlenmesi önemlidir.

Enjektör, diş hekimliği aletleri, akupunktur ve benzeri başka şekillerde kullanılan tüm kesici delici aletler tek kullanımlık olmalı, uygun dezenfeksiyon, sterilizasyon işlemleri sağlanmalıdır.

HIV aynı zamanda genital sıvının ve enfekte kanın alet ve eşyalara bulaşması nedeniyle yaralı dokuya teması söz konusu olursa da bulaşabilmektedir. Bu nedenle herhangi bir yaralanma durumunda yaraların uygun şekilde kapatılması önemlidir (<https://www.unicef.org/turkey/ir/ah16.html> Erişim Tarihi: 20.11.2018, [https://www.kirmizikurdele.org/hivkorunmayollari?gclid=EAIaIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAAYAAAEgKw9PD\\_BwE](https://www.kirmizikurdele.org/hivkorunmayollari?gclid=EAIaIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAAYAAAEgKw9PD_BwE) Erişim Tarihi: 20.11.2018).

HIV enfeksiyonunun önleyici tedavilerine baktığımız zaman maruziyet öncesi tedavi ve maruziyet sonrası tedavi olmak üzere iki şekilde incelenebilmektedir (<http://pozitifyasam.org/maruziyet-onesi-onleyici-tedavi-prep-m-22> Erişim Tarihi: 20.11.2018).

Ön-maruziyet profilaksisi (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP); HIV pozitifliği olmayan ancak önemli bir risk altında olan kişilere uygulanmaktadır. PrEP, HIV tedavisi için kullanılan iki ilaç kombinasyonundan oluşan bir ilacın kullanılmasını içerir. Sürekli olarak alındığında, PrEP'in yüksek risk altında olan kişilerde HIV enfeksiyon gelişme riskini% 92'ye kadar azalttığı gösterilmiştir. PrEP, tutarlı bir şekilde alınmadığında çok daha az etkilidir (<http://pozitifyasam.org/maruziyet-onesi-onleyici-tedavi-prep-m-22> Erişim Tarihi: 20.11.2018, <https://www.cdc.gov/hiv/risk/prep/index.html> Erişim Tarihi:20.11.2018, [https://www.kirmizikurdele.org/prep?gclid=EAIaIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAAYAAAEgKw9PD\\_BwE](https://www.kirmizikurdele.org/prep?gclid=EAIaIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAAYAAAEgKw9PD_BwE) Erişim Tarihi:20.11.2018).

PrEP güçlü bir HIV önleme aracıdır ve tek başına kullanıldığında olduğundan daha fazla koruma sağlamak için prezervatif ve diğer önleme yöntemleri ile birleştirilebilir. Ancak, PrEP kullanan kişiler her gün ilacı almaya ve her üç ayda bir takip için sağlık hizmeti sağlayıcısını görmeyi taahhüt etmelidir.

Türkiye’de bu ilaçların kullanımı sağlık güvencesi kapsamında değildir (<https://www.cdc.gov/hiv/risk/prep/index.html> Erişim Tarihi: 20.11.2018, <http://pozitifyasam.org/maruziyet-oncesi-onleyici-tedavi-prep-m-22> Erişim Tarihi: 20.11.2018).

Maruziyet sonrası profilaksi (Post-Exposure Prophylaxis; PEP), HIV enfeksiyonunu önlemeye yönelik bir yöntemdir. Bir kişinin virüse maruz kalmış olduğu kesin olarak bilindiğinde kullanılan bir yöntemdir. PEP, HIV bulaşını önlemek için düzenli bir yöntem olarak kullanılmak yerine, acil bir önlem olarak kullanılmaktadır (<http://pozitifyasam.org/riskli-durum-sonrasi-onleyici-tedavi-pep-m-57> Erişim Tarihi: 20.11.2018). PEP normalde farklı iki sınıftan üç anti-HIV ilacının kullanılmasından oluşur. NRTI sınıfından emtrisitabin ve tenofovir birleştiren sabit dozlu bir kombinasyon tableti ve integral inhibitör sınıfından raltegravir kullanılmasını önerilmektedir. Bunlardan birinin kullanılmayacağı bir sebep varsa, alternatif ilaçlar tercih edilmelidir (<http://www.aidsmap.com/Post-exposure-prophylaxis-PEP/page/1044883/> Erişim Tarihi: 20.11.2018, <http://pozitifyasam.org/riskli-durum-sonrasi-onleyici-tedavi-pep-m-57> Erişim Tarihi:20.11.2018, [https://www.kirmizikurdele.org/pep?gclid=EAIAIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAYAiAAEgKw9PD\\_BwE](https://www.kirmizikurdele.org/pep?gclid=EAIAIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAYAiAAEgKw9PD_BwE) Erişim Tarihi: 20.11.2018). PEP, HIV için bir “tedavi” değildir. PEP, HIV’in vücuttaki hücrelere girmesini önleyebilir ve böylece bir kişinin HIV almasını engelleyebilir. PEP %100 etkili değildir. Bununla birlikte PEP kullanımı sonrası çok az HIV enfeksiyonu bildirilmiştir (<http://www.aidsmap.com/Post-exposure-prophylaxis-PEP/page/1044883/> Erişim Tarihi:20.11.2018,[https://www.kirmizikurdele.org/pep?gclid=EAIAIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAYAiAAEgKw9PD\\_BwE](https://www.kirmizikurdele.org/pep?gclid=EAIAIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAYAiAAEgKw9PD_BwE) Erişim Tarihi: 20.11.2018, <http://pozitifyasam.org/riskli-durum-sonrasi-onleyici-tedavi-pep-m-57> Erişim Tarihi: 20.11.2018). Etkili olması için HIV’e maruz kaldıktan sonra mümkün olan en kısa sürede PEP almaya başlanmalıdır. PEP’i 72 saat içinde başlamak gerekir. 72 saatten daha uzun süreli durumlarda başlanmamalıdır. PEP 28 gün boyunca alınmalıdır.

PEP'in koruyuculuğunun başarılı olması için tüm dozları doğru zamanda ve doğru şekilde almak önemlidir (<http://www.aidsmap.com/Post-exposure-prophylaxis-PEP/page/1044883/> Erişim Tarihi:20.11.2018, [https://www.kirmizikurdele.org/pep?gclid=EAiaIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAYAiAAEgKw9PD\\_BwE](https://www.kirmizikurdele.org/pep?gclid=EAiaIQobChMIxY2z0Zzj3gIVi-iaCh19ewZJEAAYAiAAEgKw9PD_BwE) Erişim Tarihi:20.11.2018, <http://pozitifyasam.org/riskli-durum-sonrasi-onleyici-tedavi-pep-m-57> Erişim Tarihi: 20.11.2018).

## 2.6. HIV VE STİGMA

Stigma kavramı; Türkçe olarak yara, iz, işaret, gibi anlamlara gelmekte olup etiketleme ve damgalama olarak adlandırılmaktadır (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003, Arslan ve Şener 2009). Aynı zamanda stigma “birini damgalamak ve ayrımcılığa uğratmak, adaletsizce utanç verici ve ya onaysız davranmak olarak” tanımlanmıştır (<https://www.changeyourmindni.org/mental-health-and-stigma/what-is-stigma> Erişim Tarihi: 20.01.2019). Sosyolojide ise stigmatın tanımı 1963 yılında Goffman tarafından yapılmış Goffman Stigmatı “bu etiketi taşıyan insanlara daha az değer verme ve onları insan gibi algılamama olarak tanımlamıştır” (Arslan ve Şener 2009).

Damgalama belirli bir kişiye ya da özellikle bazı hasta gruplarına karşı oluşturulan toplumun tavır alması ve toplumdaki dışlanmaya kadar giden davranışları ifade etmektedir (Arslan ve Şener 2009, Arkan, Bademli ve Duman 2011).

Link ve Phelan (2001) stigma sürecini dört bileşen üzerinden tanımlamıştır. Bu bileşenler birleştiğinde stigma oluşmaktadır. Birinci bileşende insanlar, insan farklılıklarını ayırt eder ve etiketler. İkincisinde, baskın kültürel inançlar, etiketlenmiş kişileri istenmeyen özelliklere, olumsuz basmakalıplara bağlar. Üçüncüsü, etiketli kişiler “biz” in “onlardan” bir dereceye kadar ayrılmasını sağlamak için farklı

kategorilere yerleştirilir. Dördüncüsü, etiketli kişiler eşitsiz sonuçlara yol açan durum kaybı ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Damgalama, tamamen farklılığın tanımlanmasına, klişelerin yapımına, etiketli kişilerin ayrı kategorilere ayrılmasına ve onaylanmamasına, reddine, dışlanmasına ve ayrımcılığa karşı tam olarak uygulanmasına olanak sağlayan sosyal, ekonomik ve politik güce erişime bağlıdır (Link and Phelan 2001, Phelan, Lucas, Ridgeway and Taylor 2014).

Stigma özellikle toplumdaki önyargılardan doğmaktadır. Olumsuz ön yargılar sonucu oluşan stigma toplumun davranışlarını etkilemekte diğer insanların dışlanmasına ve ayrımcılığına neden olmaktadır. Toplum tarafından kişiler fiziksel özellikleri (şişman, zayıf vb), inanç ve tutumları, giyiniş tarzları, ekonomik durumları, konuşma tarzları nedeniyle stigmaya maruz kalabilmektedir. Bunun yanında özellikle şizofreni hastaları gibi psikiyatrik hasta grupları, kanser, epilepsi hastaları ve tüberküloz, HIV gibi bulaşıcı hastalığa sahip hastalar daha fazla stigmatizasyona uğramaktadır (Oran ve Şenuzun 2008, Arslan ve Şener 2009, Çam ve Bilge 2013).

Damgalanma günümüze ait bir kavram olmayıp eski çağlardan beri varlığını sürdürmektedir. Cüzzam, sifiliz, frengi, tüberküloz, HIV gibi bulaşıcı hastalıkları olan bireyler hem geçmişte hem de günümüzde stigmaya maruz kalmaktadır (Oran ve Şenuzun 2008).

Mak ve arkadaşları tarafından 3011 kişi ile Hong Kong da yapılan bir araştırmada; insan immun yetmezlik virüsü/ edinilmiş immun yetmezlik sendromu (HIV/AIDS), şiddetli akut solunum sendromu (SARS) ve tüberküloz hastalığını ele alınarak halk tarafından damgalanma durumları karşılaştırılmıştır. Bulgular stigma düzeyinin HIV/AIDS'e karşı en yüksek olduğunu ve bunu Tüberküloz ve SARS'ın izlediğini göstermiştir (Mak et al 2006). HIV/AIDS hastalığının hem hayatı tehdit eden bir hastalık olması, inandan insana bulaşabilmesi, tedavi ve aşısının olmaması, ahlaki bir davranıştan meydana gelmesi hem de bireylerde ölüm korkusu oluşturması gibi

nedenlerle HIV pozitif bireyler, toplum tarafından stigmaya maruz kalabilmektedir (Oran ve Şenuzun 2008).

Jacobi ve arkadaşları (2013) tarafından 200 HIV pozitif bireyle yapılan bir araştırmaya göre bireyler HIV nedeniyle sosyal toplantılardan, dini faaliyetlerden veya aile faaliyetlerinden dışlanmadığını bildirmiş fakat onlar hakkında dedikodu yapıldığını ve sözlü olarak hakarete maruz kaldıklarını söylemişlerdir. Aynı zamanda psikolojik baskı altında olduklarını ve durumlarının onlara karşı kullanıldığını ifade etmişlerdir. Yine bireyler HIV nedeniyle ikamet yerlerini değiştirmek zorunda kalmış ve işlerini kaybetmişlerdir (Jacobi et al 2013).

Rasoolinajad ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir araştırma bize stigmanın, psikolojik değişkenler, sosyal destek ve yaşam kalitesi ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu göstermiştir (Rasoolinajad et al 2018).

Sonuç olarak, HIV ile yaşayan bireyler toplum tarafından en çok stigmaya uğrayan hasta gruplarından olup çeşitli sebeplerden dolayı stigmaya maruz kalabilmektedir. Bu maruziyet sonucu bireylerin psikolojik durumları etkilenmekte olup yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri olumsuz etkilenmektedir.

## **2.7. HIV VE YAŞAM KALİTESİ**

Yaşam kalitesi kavramı Platon ve Aristo'nun eserlerinde konu olarak ele alınmış olup bu durum yaşam kalitesinin antik ve ortaçağlardan beri süregelen bir kavram olduğunu göstermektedir. Ancak 1960 yılında Long tarafından yayınlanan "On the Quantity and Quality of Life" adlı makalede ilk olarak yaşam kalitesi terimi kullanılmıştır (Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

Sağlık terimi 1946 yılında DSÖ tarafından ‘*yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali*’ olarak tanımlanmış bu tanım ile de yaşam kalitesi kavramı ön plana çıkmıştır. (<https://www.who.int/about/mission/en/> Erişim tarihi:28.01.18).

Yaşam kalitesi kavramının kişiden kişiye göre değişmesi, sürekli değişim ve gelişim göstermesi, çok yönlü olması, bireylerin bu hayatı nasıl yaşamak istedikleri ve nelerden zevk aldıklarını ifade etmesi, sosyal, kültürel, ekonomik gibi pek çok değişkenden etkilenmesi nedeniyle yaşam kalitesi, tanımlanması kolay olmayan bir terimdir (Akdemir ve Birol 2011). Bu nedenle yaşam kalitesi “*her bireyin kendi hayatına olan bakış açısı olarak değerlendirilmekle birlikte mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali*” olarak tanımlanabilmektedir (Akbolat, Turgut ve Över 2015).

Yaşam kalitesinin objektif ve subjektif olmak üzere iki temel göstergesi vardır. Objektif göstergeleri arasında bireyin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, gelir durumu, mesleği, yaşanılan konutun özellikleri, sağlık durumu, iş yaşamı gibi ögeler yer alırken subjektif göstergede ise bireylerin sahip olduğu her türlü imkandan duyduğu doyum yer almaktadır (Boylu ve Paçacıoğlu 2016).

Yaşam kalitesi farklı boyutlarda ele alınan bir kavram olarak karşıya çıkmaktadır. Hoes ve Sullivan’a göre yaşam kalitesi dört boyutta ele alınmıştır.

Bu boyutlar;

- 1) Psikolojik esenlik: Bireylerin doyum alma, oto kontrol, yararlılık, anksiyete, beden imajı ve meşguliyet durumları ile ilgilidir.
- 2) Fiziksel esenlik: Bireylerin iştah, yeme/içme, cinsel ilişki, uyku, yorgunluk ve sağlık-hastalık algısı ile ilişkilidir.

3) Sosyal ve bireysel esenlik: Bireylerin sosyal çevre ilişkileri, sosyal etkinlikleri, mahremiyet durumları başkalarından destek görme ve çevrede benimsenme durumuyla ilgilidir.

4) Parasal/maddi esenlik: Bireylere ait geleceğe ilişkin güven, barınma durumları, sigorta ve iş güvencesi durumları ile ilgilidir (Akdemir ve Birol 2011).

Bireylerde beden imajı değişiklikleri, temel gereksinimlerin karşılanamaması, yorgunluk, yeterli destek düzeylerinin olmaması, kaygılar, öz bakım eksikliği sağlık sorunları gibi durumlar yaşam kalitesini azaltırken, bireylerin güven içinde yaşaması, kendilerini ifade edebilmeleri, mahremiyetlerine özen gösterilmesi, ekonomik durumlarının iyi olması, çevresi ile olumlu ilişkiler kurabilmesi, zevk aldığı aktiviteleri yapıyor olması gibi durumlar ise yaşam kalitesini arttırmaktadır (Akdemir ve Birol 2011).

HIV gibi bulaşıcı hastalıklara sahip bireyler toplum tarafından stigmatize edilerek sosyal destek düzeyleri azalmaktadır. Bununla birlikte yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda bireylerin psikolojik desteklerini, sosyal ilişkilerini ve çevre sağlığını arttırarak damgalanmayı azaltmanın bireylerin yaşam kalitesini arttırdığını ortaya koyulmaktadır (Bhatta and Liabsuetrakul 2016, Surur, Teni, Wale, Ayalew and Tesfaye 2017, Garfın et al 2019). Aynı zamanda eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet ve mevcut sağlık sorunları gibi çeşitli sosyodemografik özelliklerin de yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür (Carvalho, Policarpo and Moreira 2017). Bir başka çalışmada antiretroviral tedaviye başlamanın HIV pozitif bireylerde yaşam kalitesini arttıran bir diğer durum olduğu belirtilmektedir (Thomas et al 2017).

Sonuç olarak HIV pozitif bireylerin hem toplum tarafından stigmaya maruz kalması hem de sosyal destek düzeylerinin azalması nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği yapılan çalışmalarla desteklenmiş olup bireylerin sosyal ilişkilerini



arttırmanın, psikolojik destek sağlamanın ve ilaç tedavisine başlamanın yaşam kalitesini arttırabileceği belirtilmektedir.

## **2.8. HIV VE DEPRESYON**

Depresyonun tanımlanması ilk olarak Hipokrat tarafından yapılmış olup günümüzde en yaygın, kronikleşen ve kendini yenileyebilen özellikle intihar riski ve iş gücü kaybına neden olan hem bireysel hem de toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın 2006, Aylaz, Güllü ve Güneş 2011).

Bir duygu durum bozukluğu olan depresyon; bireylerde duygusal, fiziksel, zihinsel ve davranışsal belirtilerle ortaya çıkmaktadır (Demir 2015). Depresyonun temelinde çökkünlük, yaşamdan zevk alamama, daha önce severek yaptığı aktivitelere karşı isteksizlik, ilgisizlik yer almaktadır. Bireyler kendilerini mutsuz ve neşesiz hissederler. Ayrıca konsantrasyon düzeyinde de bozulma olacağından televizyon izleme, kitap okuma gibi eylemleri yapamaz duruma gelirler. Yaşadıkları enerji kaybı nedeniyle bireyler günlük rutinlerini bile yapamaz hale gelmekte, sosyal ortamlardan uzaklaşmakta ve kendilerini yalnız hissetmektedir (Taycan ve ark 2006, Mete 2008, Aylaz ve ark 2011, Demir 2015).

Aile öyküsü, stresli yaşam olayları (sevdiği bir kişiyi kaybetme durumu, işinden ayrılma, aile içi geçimsizlikler, evlilik ve karşı cinsle ilişkiler, yaşam koşulları, düşük gelir düzeyi, cinsel sorunlar, kişiler arası ilişkiler, akut veya kronik hastalık durumu, sınavdan düşük not alma vb) ya da yapacak bir şeyin olmaması gibi bireylerin içinde yaşadıkları durum ve olaylar depresyona neden olabilmektedir (Ünal ve ark 2002, Aylaz ve ark 2011).

HIV gibi bulaşıcı hastalıklarda da depresyon görülmektedir (Feuillet et al 2016, Duko, Geja, Zewude and Mekonen 2018, Koenig and Leary 2019). Depresyon belirtileri iki aşamada ortaya çıkmaktadır.

Bu aşamalardan ilki HIV testi pozitifliğinin psikolojik etkisi, fiziksel belirtilerinin başlayarak hastalığın ve yeti yitiminin ilerlemesi ve hastalığın genç yaşlarda ortaya çıkması nedeniyle kişinin ailesel, toplumsal ve mesleki yaşantısında stigmaya maruz kalma sürecidir. İkinci aşamayı ise HIV virüsünün derin gri yapılarda oluşturduğu nöropatolojik değişimler sonucu duygu-durum ve motivasyon bozukluklarına sebep olması oluşturmaktadır (Bakım, Özçelik ve Karamustafalıoğlu 2005).

Yapılan bir çalışma HIV pozitif hastaların %48.6'sında depresyon olduğunu ortaya koymaktadır. Yine sosyal destek düzeyi düşük olanlar, HIV nedeniyle stigmaya maruz kalanlar ve CD4 düzeyi 200'ün altında olan bireylerin depresyona daha yatkın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Duko et al 2018). Başka bir çalışmada ise HIV pozitif bireylerin %41,2'sinde depresyon olduğu sonucuna ulaşılmış ve depresyon düzeyinin HIV stigmatası, kötü sosyal destek düzeyi, zayıf ilaç uyumu ve hastalığın üçüncü evreye kadar ilerlemiş olması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Tesfaw et al 2016).

Sonuç olarak yapılan çalışmalarda da HIV pozitif bireylerde depresyon oranları yüksek çıkmış olup bu durum stigmanın görülmesi, sosyal destek düzeylerinin azalması, hastalığın ilerlemiş olması, zayıf ilaç uyumu ve azalmış CD4 düzeyi gibi nedenlerle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

## **2.9. HIV VE SOSYAL DESTEK**

Sosyal destek kavramı 1970'li yıllardan beri bir başetme kaynağı olarak ortaya çıkmıştır (Eker ve Arkar 1995). 1979 yılında Johnson ve Saranson tarafından '*kişinin güvенеbileceği ilişkiler yoluyla, sosyal kaynaklardan yararlanabilme derecesi*' olarak tanımlanmıştır (Terzi 2016). Bireyler hayatları boyunca bir kriz durumu veya

emosyonel gerginlik yaşadıklarında aile üyeleri ve arkadaşlarından yardım ve destek görmek isterler (Yılmaz, Yılmaz ve Karaca 2008). Kişilerin psikolojik çevreleri sosyal destek sisteminin temelini oluşturmaktadır.

Kişilerin doğumdan ölüme kadar geçen süreçte yaşamlarında önemli bir yere sahip olan aile (anne, baba, eş, akraba, sevgili vb), komşu, arkadaşlar gibi kişiler bireylerde sosyal desteğin temelini oluşturmaktadır. Bu kaynaklar bireyler üzerinde maddi, zihinsel ve duygusal konularda destek sağlamaktadır (Terzi 2016).

Sosyal destek algılanan sosyal destek ve sağlanan sosyal destek olarak ikiye ayrılmaktadır. Algılanan sosyal destek bireyin başkaları tarafından sevildiğini, zor zamanlarında başka insanların kendine yardım edeceğini düşünmesi gibi bireysel olarak algıladığı destektir. Destek kaynaklarının varlığını ve yeterliliğinin değerlendirilebildiği aşamadır. Sağlanan sosyal destek ise diğer bireyler tarafından kişiye verilen sosyal destek olarak tanımlanmaktadır (Ardahan 2006).

Bütün bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi HIV pozitif bireylerde de hastalığın kabul aşamasından tedavi aşamasına kadar geçen her süreçte sosyal destek çok önemlidir. Hastalığın ilk aşamasında ortaya çıkan stigma bireylerin sosyal destek sistemlerini azaltmakta, depresyona neden olmaktadır. Sosyal desteğin artırılması HIV pozitif bireylerde hem hastalıkla baş etmeyi sağlamakta hem de depresif belirtileri iyileştirmekte olduğu yapılan çalışmalarda da vurgulanmaktadır (Jia et al 2004, Li, Lee, Thammawijaya, Jiraphongsa and Rotheram-Borus 2009).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışmanın amacı, HIV'li hastaların stigma, depresyon, yaşam kaliteleri, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

##### **3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular**

Araştırmamızda 4 ölçek kullanılmış olup yanıtlanması gereken sorular aşağıda belirtilmiştir.

- HIV'li hastalar stigmatize ediliyor mu?
- HIV'li hastaların depresyon puanları yüksek mi?
- HIV'li hastaların sosyal destek düzeyleri düşük mü?
- HIV'li hastaların yaşam kalitesi olumsuz olarak etkileniyor mu?

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulmuştur. Bu doğrultuda araştırmada hakkaniyet, gizlilik ve gizliliğin korunması, özerklik zarar vermeme/ yararlılık, aydınlatılmış onam gibi ilkeler göz önünde

bulunduruldu. Araştırma öncesi Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nden (Ek 1) kurum izni alındı. Kurum izni alındıktan sonra Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek 2) Etik Kurul Onayı alındı.

Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesi göz önünde bulundurularak anket uygulamadan önce hastalara, çalışmanın amacı ve yararı sözel olarak açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere aydınlatılmış onam imzalatılarak cevapladıkları anket verilerinin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, ikinci bir kişiye ileilmeyeceği açıklandı.

### **3.3. ARAşTIRMANIN YAPILDIğI YER VE ZAMAN**

Çalışmanın evrenini Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Polikliniği'ne kayıtlı olan ve HIV pozitifliği olan hastalar oluşturdu. Araştırma Mayıs 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### **3.4. ARAşTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini, araştırma tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Polikliniği'ne kayıtlı olan ve HIV pozitifliği olan bireyler (N=142) oluşturacaktır.

Araştırmanın örneklemine dahil edilecek hasta sayısı (n), evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak 40 olarak bulunmuştur. Bu sayı örnekleme alınacak minimum hasta sayısını belirtmektedir.

Kullanılan formül;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki hasta sayısı

n: Örneklem alınacak hasta sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,131)

$\alpha$ : Saptanan yanılma düzeyi (0,05)

$$n = \frac{142 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,131)^2 \times (142 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} = 40$$

Çalışmada toplamda 78 kişiye ulaşılmış olup 38 kişi anketleri cevaplamayı kabul etmemiştir. Bu nedenle araştırmanın örneklemini HIV pozitifliği olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim sorunu olmayan, tanı konmuş ileri derecede psikolojik rahatsızlığı olmayan, antidepresan ilaç kullanmayan, 18 yaşından büyük 40 birey oluşturdu. Bu durumda örneklem hesaplaması yapılarak hesaplanan minimum sayıya ulaşılmış olundu.

### **3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada veriler Hasta Tanılama Formu (Ek 3), HIV/AIDS Damgalama Ölçeği (HADÖ) (Ek 4), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek 5), Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 YKÖ) (Ek 6), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 7) ile toplandı.

#### **3.5.1. Hasta tanılama formu (Ek 3)**

Hasta Tanılama Formu araştırmacı tarafından güncel literatürden yararlanılarak hazırlandı (Savaş ve ark 2002, Rafique et al 2014, Dam et al 2016). Bu form hastaların demografik özelliklerini ve tıbbi öyküsünü içeren toplam 31 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.5.2. HIV/AIDS Damgalama Ölçeği (HADÖ) (Ek 4)**

Ölçek Holzemer ve arkadaşları tarafından 2003-2006 yılları arasında geliştirilmiştir. HIV/AIDS Damgalama Ölçeği son üç ay içinde hastaların deneyimlediği ve yaşadığı olayları içeren üç bölümden oluşmaktadır. Türkiye’de geçerlik güvenilirliği 2011 yılında Pakizer Çalışkan tarafından yapılmıştır. Ölçek maddelerinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,93 olarak belirlenmiş olup bizim çalışmamızda 0,46-0,88 aralığında bulunmuştur. Birinci bölüm hastaların yaşadığı olayları ele almış olup 21 ifadeden oluşmuştur. İkinci bölüm hastaların hastanede ve ya klinikte yaşadıkları deneyimlere ait ifadeleri ele almış olup 7 ifadeden oluşmuştur. Üçüncü bölüm ise 5 ifadeden oluşup hastaların duygu ve düşüncelerine ait ifadeler yer almaktadır. Ölçek dörtlü likert tip olacak şekilde oluşturulmuştur. Ölçeğin alt boyutları sözlü saldırı (7 madde), olumsuz benlik algısı (5 madde), sağlık bakım ihmali (7 madde), sosyal izolasyon (5 madde), bulaşma korkusu (6 madde), işyeri damgası (2 madde) olacak şekilde sıralanmıştır. Ölçekte 4 tip seçenek bulunmaktadır. Hiçbir zaman yanıtına 0

puan, bir ya da iki kez yanıtına 1 puan, birkaç kez yanıtına 2 puan ve çoğu zaman yanıtına 3 puan verilecek şekilde planlanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puan damgalanmanın fazla olduğunu göstermektedir (Çalışkan 2011).

### **3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek 5)**

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenirliği Tegin ve Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Bu ölçek depresyon riskini belirleyip depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. 15 yaşının üstünde olan sağlıklı bireylere ve psikiyatrik hastalara uygulanabilmektedir. Ölçek maddelerinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,80 olarak belirlenmiş olup bizim çalışmamızda 0,85 olarak bulunmuştur. Bireyler bu ölçekte kendi kendilerini değerlendirecekleri 21 soru ile karşılaşmaktadır.

Her soruya 0-3 puan aralığında puanlar verilebilmekte olup ölçekten alınabilecek toplam puan 0-63 arasında olmaktadır. 0-9 arasında alınan bir puan minimal depresyonu, 10-16 arasında alınan bir puan hafif depresyonu, 17-29 arasında alınan bir puan orta depresyonu, 30-63 arasında alınan bir puan şiddetli depresyonu göstermektedir. Alınan puan yükseldikçe depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğu sonucuna varılır (Hisli 1989).

### **3.5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 YKÖ) (Ek 6)**

Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilen ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği 1995 yılında Pınar tarafından, 1999 yılında ise Koçyiğit tarafından yapılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri 0,73-0,76 arasında saptanmış olup bizim çalışmamızda ise 0,84-0,86 arasında bulunmuştur. Ölçek toplam 36 sorudan oluşmakta olup bireylerden son dört haftayı göz önüne alarak soruları cevaplaması istenmektedir. Bu ölçek vitalite (canlılık), fiziksel fonksiyon, ağrı, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruhsal sağlık, genel sağlık durumu gibi parametreleri değerlendirme imkanı sağlamaktadır. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde diğer maddeler likert tipi (üçlü-altılı) olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 12-84 arasında



değişebilmektedir. Alınacak puanın yüksek olması sağlık durumunun iyi olduğunu göstermektedir (Pınar 1996).

### **3.5.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 7)**

Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin Türkiye'deki geçerlik güvenirliği Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmış ve 2001 yılında form yeniden gözden geçirilmiştir. 2001 yılında ölçeğin alt boyut Cronbach alfa değerleri 0,85-0,92 arasında olduğu saptanmış olup bizim çalışmamızda 0,84-0,96 arasında bulunmuştur. Likert tipi olan ölçek toplamda 12 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru "kesinlikle hayır" ile "kesinlikle evet" arasında değişen yedi dereceli (1-7 puan) olacak şekilde oluşturulmuştur. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere oluşturulan üç alt ölçeği bulunmaktadır. Sonuçta alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (Eker ve Arkar 1995, Eker, Arkar ve Yıldız 2001).

## **3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ**

Çalışmamızda veriler Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği hekimleri ve hastane yöneticileri tarafından izin alınarak toplandı. Her hafta salı ve çarşamba günleri hepatit polikliniğine gelen hastalara anketler uygulandı. Anket formlarını uygulamadan önce hastalara araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verildi. Etik Kurul Onayı alındıktan sonra araştırmaya başlandı. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, HIV/AIDS Damgalama Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemiyle hastanın rahat edeceği bir ortamda toplandı. Görüşmeler yaklaşık 25-30 dakikasüdü.

## **3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çalışma 40 denek üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktararak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler için denek sayısı 50 den az olması sebebiyle Shapiro-Wilk testi ile normal dağılıma uygunluğuna bakılmış, uygun olmayan parametrelerin ise aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının

$\pm 1$  sınırları içinde 0'a yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin  $\pm 1,96$  sınırları içinde 0'a yakın olması, standart sapma ile ortalamanın oranını yüzde olarak ifade eden bağıl değişim katsayısının 20 ile 25 aralığında olması sebebiyle normal dağılımın uygunluğu kanıt olarak değerlendirilerek parametrik testlerden yararlanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde "iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi" (bağımsız t testi), grup sayısı ikiden fazla ise "tek yönlü varyans analizi" (ANOVA) ile test edilmiştir. Analiz sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı "çoklu karşılaştırma testi"(Bonferonni ya da Tamhane's T2) ile kontrol edilmiştir.

Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferonni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane's T2 testine bakılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden, ölçeklerin güvenilirliği için cronbach's alfa değerinden yararlanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Mayıs 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'nde kayıtlı olan HIV pozitif bireylerde stigma, yaşam kalitesi, depresyon ve sosyal destek düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular iki başlık altında sunuldu.

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- Tanımlayıcı değişkenler arasında ölçek bakımından farklılıkların ve ilişkilerin incelenmesi

#### 4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 4. Demografik Dağılımlar (N=40)**

DEĞİŞKENLER		n	%
Yaş (Ort±SS)		36,85±11,45	
Cinsiyet	Erkek	35	87,5
	Kadın	5	12,5
Eğitim Durumu	İlköğretim	15	37,5
	Lise	12	30,0
	Üniversite	13	32,5
Medeni Durum	Bekar	18	45,0
	Evli	17	42,5
	Boşanmış	5	12,5
Mesleği	Serbest meslek	21	52,5
	Memur	9	22,5
	Ev hanımı	3	7,5
	Öğrenci	2	5,0
	Çalışmıyor	2	5,0
	Emekli	1	2,5
	İşçi	1	2,5
	Çiftçi	1	2,5
Yaşadığı Yer	Kırsal Alan	16	40,0
	Kentsel Alan	24	60,0
Sigara Kullanma	Var	24	60,0
	Yok	16	40,0
Alkol Kullanma	Var	8	20,0
	Yok	32	80,0
Ailede Hastalık Durumu	Var	20	50,0
	Yok	20	50,0
Ailedeki Hastalıklar*	Diyabet	14	35,0
	Hipertansiyon	10	25,0
	Kalp yetmezliği	6	15,0
	İnme	1	2,5
	Kronik böbrek yetmezliği	1	2,5
	Astım	1	2,5

\*Katılımcılar birden fazla işaretleme yapmıştır.

Yaş ortalaması 36,85±11,45 olan katılımcıların %87,5'i erkek, %37,5'i ilköğretim mezunu, %45,0'i bekar ve %52,5'i serbest meslek sahibiydi. Hastaların yarısından fazlasının kentsel alanda yaşadığı, %60,0'ının sigara, %20'sinin alkol kullandığı belirlendi. Hastaların yarısının ailesinde kronik hastalık olduğu, en sık görülen hastalıkların da (%35,0) diyabet, hipertansiyon (%25,0) ve (%15,0) kalp yetersizliği olarak sıralandığı görüldü (Tablo 4).

**Tablo 5. Hastalıkla İlişkili Durumlar (N=40)**

DEĞİŞKENLER		n	%
<b>İlaç Grupları</b>	Nükleozit nükleotit revers transkriptaz inhibitörleri	16	40,0
	Nükleozit nükleotit reverz transkriptaz inhibitörleri ve proteaz inhibitörleri	14	35,0
	Nükleozit nükleotit revers transkriptaz inhibitörleri ve nonnükleotit revers transkriptaz inhibitörleri	4	10,0
	Nonnükleotit revers transkriptaz inhibitörleri	2	5,0
	Proteaz inhibitörleri	2	5,0
	Nonnükleotit revers transkriptaz inhibitörleri ve proteaz inhibitörleri	2	5,0
	<b>Yan Etki Yaşama Durumu</b>	Yan etki yaşıyor	13
	Yan etki yaşamıyor	27	67,5
<b>Yan Etkiler*</b>	Diyare	5	12,5
	Bulantı öğürme kusma	3	7,5
	Mide ağrısı	2	5,0
	Sersemlik	2	5,0
	Baş dönmesi	1	2,5
	Ağız kuruluğu	1	2,5
	Baş ağrısı	1	2,5
	Karın ağrısı	1	2,5
	Kaşıntı	1	2,5
	Deri döküntüsü	1	2,5
	Nefes darlığı	1	2,5
<b>Hastaneye Yatış Durumu</b>	Var	11	27,5
	Yok	29	72,5
<b>Hastalık Hakkındaki Bilgi Durumu*</b>			
	<i>Bulaşma Yolları</i>		
	Var	29	72,5
	Yok	11	27,5
	<i>Nelere Dikkat Etmesi Gerektiği</i>		
	Var	9	22,5
	Yok	31	77,5
<i>İlaç Tedavisinin Nasıl Olacağı</i>			
Var	34	85,0	
Yok	6	15,0	
<i>Hastalığın Seyri</i>			
Var	17	42,5	
Yok	23	57,5	
<b>Yaşanılan Kişi</b>	Ailesiyle	24	60,0
	Arkadaşları	1	2,5
	Kendisi	13	32,5
	Kız arkadaşı	2	5,0
<b>Hastalığı ilk duyduklarında ne hissettikleri*</b>	Şok	29	72,5
	Üzüntü	26	65,0
	Şaşkınlık	7	17,5
	Mutsuzluk	5	12,5
	Kabullenmiş	2	5,0
	Korku	1	2,5
	İnkâr	1	2,5
	Stres	1	2,5
	Panik	1	2,5
Pişmanlık	1	2,5	
<b>Ailesine</b>	Söylemiş	25	62,5
	Söylememiş	15	37,5
<b>Arkadaşına</b>	Söylemiş	14	35,0
	Söylememiş	26	65,0
<b>Aile içi İlişkinin Etkilenme Durumu</b>	Evet	12	30,0
	Hayır	28	70,0
<b>İş arkadaşları ilişkisi</b>	Evet	4	10,0
	Hayır	36	90,0

\*Katılımcılar birden fazla işaretleme yapmıştır.

Hastaların %7,5'inde (3 kişi) ek hastalık bulunmakta iken bu tanılar diyabet, hepatit B ve karpal tünel sendromudur (Tabloda verilmemiştir). Hastaların %40,0'ı nükleozit nükleotit revers transkriptaz inhibitörleri, %35,0'i nükleozit nükleotit reverz transkriptaz inhibitörleri ve proteaz inhibitörleri, %10,0'nu nükleozit nükleotit revers transkriptaz inhibitörleri ve nonnkleotit revers transkriptaz inhibitörlerini kullanmaktadır. Hastaların %32,5'inin yan etki yaşadığı en sık yaşadığı yan etkinin sırasıyla diyare (%12,5), bulantı-öğürme-kusma (%7,5), mide ağrısı (%5,0) ve sersemlik (%5,0) olduğu belirlendi (Tablo 5). Hastaların %27,5'inin herhangi bir nedenle daha önce hastaneye yattığı saptandı ( Tablo 5). Hastaların %72,5'i bulaşma yolları, %22,5'i nelere dikkat etmesi gerektiği, %85,0'i ilaç tedavisinin nasıl olacağı hakkında bilgi sahibiydi. Hastaların %60,0'ı ailesiyle, %32,5'i yalnız yaşamakta olup, hastalığı ilk duyduklarında %72,5'i şok, %65,0'i üzüntü, %17,5'i şaşkınlık hissi yaşadığı belirlendi. Hastaların hastalığını kime söylediği sorulduğunda en fazla ailelerine (%62,5) söyledikleri belirlendi. Hastaların %30,0'u hastalığının aile ilişkilerini, %10,0'u ise iş arkadaşları ile ilişkilerini olumsuz etkilediğini bildirdi ( Tablo 5).

**Tablo 6. Hastalıkla İlgili Yaşanılan En Önemli Sorun ya da Sıkıntılar\* (N=40)**

	n	%
Hastalığı başkalarına bulaştırabilecek olmak	3	7,5
Bu hastalık yüzünden başkaları tarafından eleştirilmek	2	5,0
İlaç yan etkilerinden rahatsız olmak	2	5,0
Başka hastalara kan verememek	1	2,5
Bu hastalığın başta sorun olduğunu düşünüyor	1	2,5
İşyerindeki doktorun sen insanlardan uzak dur demesi	1	2,5
Evlenmenin sorun olabileceğini düşünüyor	1	2,5
Hastanın eşini bu durumundan dolayı işten çıkarmışlar	1	2,5
İlaçları her gün aynı saatte almak	1	2,5
İlk zamanlarda gördüğü dışlanma	1	2,5
Memur olarak atanmasına engel olacağı korkusu	1	2,5
Sürekli gribal enfeksiyon geçirmek	1	2,5
Stres yorgunluk	1	2,5
Halsizlik kendini kötü hissetme	1	2,5
Yeniden anne olma isteğini engelleyeceği düşüncesi	1	2,5

\*Katılımcılar birden fazla işaretleme yapmıştır.

Hastalar hastalık ile ilgili yaşadıkları en önemli sorun ya da sıkıntılarını hastalığı başkalarına bulaştırabilecek olmak (%7,5), bu hastalık yüzünden başkaları tarafından eleştirilmek (%5,0) ve ilaç yan etkilerinden rahatsız olmak (%5,0) şeklinde ifade etti (Tablo 6).

**Tablo 7. Sorunların Çözülmesine İlişkin Düşünceleri\* (N=40)**

	n	%
Hayatına hastalığını kabullenerek devam etmek istiyor	34	85,0
Bu hastalığa sahip olmamak istiyor	6	15,0
Bulaşma olasılığını en aza indirmek istiyor	4	10,0
Evlenip çocuk sahibi olmak istiyor	3	7,5
Yan etkisi daha az olan bir ilaç kullanmak istiyor	2	5,0
İlerde onu nasıl bir hayat beklediğini merak ediyor	2	5,0
Hastalığının nasıl ilerleyeceğini merak ediyor	2	5,0
Bu hastalıkla kabul edilmek istiyor	1	2,5
Sorununun çözümünün olmadığını düşünüyor	1	2,5
İş sahibi olmak istiyor	1	2,5
Vücut direncinin yüksek olması istiyor	1	2,5
Olabildiğince ilaç kullanmamak istiyor	1	2,5
Huzurlu bir yaşama sahip olmak istiyor	1	2,5

\*Katılımcılar birden fazla işaretleme yapmıştır.

Sorunların çözülmesi için hastaların %85,0'i hayatına hastalığını kabullenerek devam ettiğini, %15,0'i bu hastalığa sahip olmak istemediğini ve %10,0'u ise bulaşma olasılığını en aza indirmek istediğini ifade etti (Tablo 7).

**Tablo 8. Destek Durumları (N=40)**

		n	%
Destek alma	Evet	5	12,5
	Hayır	22	55,0
	Böyle bir yer olduğunu bilmiyorum	13	32,5
Destek yeri	Dernekler	2	5,0
	Sosyal medya	1	2,5
	Psikolog	2	5,0
	Destek almıyor	35	87,5
Neden almadı	Gerek görmüyor	19	47,5
	Kendisi üstesinden geleceğini düşünüyor	3	7,5
	Bilmediği için destek almıyor	13	32,5
	Destek alıyor	5	12,5
Destek konu	Duygularını paylaşmak için	2	5,0
	Arkadaş edinip sohbet etmek için	3	7,5
	Almıyor	35	87,5

Hastaların %12,5'i destek almakta iken %55,0'i destek almamakta ve %32,5'i böyle bir yer olduğunu bilmediğini ifade etti. Destek alan hastalar en çok destek aldıkları yerleri dernekler (%5,0), psikolog (%5,0) ve sosyal medya (%2,5) olarak sıralarken en çok (%7,5) arkadaş edinip sohbet etmek için destek aldıklarını söyledi. Destek almayan hastaların yarısına yakını (%47,5) gerek görmediği için destek almadığını bildirdi (Tablo 8).



## 4.2. TANIMLAYICI DEĞİŞKENLER ARASINDA ÖLÇEK BAKIMINDAN FARKLILIKLARIN VE İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

**Tablo 9. Ölçek ve Alt Boyutlara Dair Tanımlayıcı İstatistikler (N=40)**

	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
Fiziksel fonksiyon	80,75	24,352	20,0	100,0
Fiziksel rol güçlüğü	83,13	37,291	0,0	100,0
Emosyonel rol güçlüğü	85,00	36,162	0,0	100,0
Enerji-canlılık	55,13	15,627	10,0	90,0
Ruhsal sağlık	58,70	11,859	32,0	92,0
Sosyal işlevsellik	66,56	16,356	25,0	100,0
Ağrı	85,00	10,470	67,5	100,0
Genel sağlık algısı	59,25	13,280	40,0	90,0
Fiziksel ana boyut	77,03	16,666	34,4	97,5
Mental ana boyut	66,35	16,487	17,8	91,3
BDÖ	9,65	6,262	2,0	29,0
BDÖ grupları	Minimal depresyon (N, %)		(23, 57,5)	
	Hafif depresyon (N, %)		(13, 32,5)	
	Orta depresyon (N, %)		(4, 10,0)	
Aile	15,25	4,976	4,0	24,0
Özel bir insan	16,10	4,100	9,0	24,0
Arkadaş	14,40	4,934	5,0	27,0
ÇBASDÖ	45,75	9,325	31,0	68,0
Sosyal izolasyon	0,30	0,500	0,0	2,6
Sağlık bakım ihmali	0,01	0,050	0,0	0,3
Olumsuz benlik algısı	0,74	0,343	0,0	1,8
Sözlü saldırı	0,24	0,254	0,0	1,4
Bulaşma korkusu	0,18	0,164	0,0	0,7
İşyeri damgası	0,06	0,232	0,0	1,0

Hastaların yaşı ile tüm ölçekler arası ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizi sonucuna göre yaş ile fiziksel fonksiyon ( $p=0,529$ ), fiziksel rol güçlüğü ( $p=0,626$ ), emosyonel rol güçlüğü ( $p=0,104$ ), enerji-canlılık ( $p=0,253$ ), ruhsal sağlık ( $p=0,575$ ), sosyal işlevsellik ( $p=0,778$ ), ağrı ( $p=0,878$ ), genel sağlık algısı ( $p=0,918$ ), fiziksel ana boyut ( $p=0,999$ ), mental ana boyut ( $p=0,184$ ), BDÖ ( $p=0,426$ ), aile ( $p=0,812$ ), özel bir insan ( $p=0,968$ ), arkadaş ( $p=0,186$ ), ÇBASDÖ

( $p=0,380$ ), sosyal izolasyon ( $p=0,378$ ), sağlık bakım ihmalı ( $p=0,889$ ), olumsuz benlik algısı ( $p=0,968$ ), sözlü saldırı ( $p=0,064$ ), bulaşma korkusu ( $p=0,380$ ) ve işyeri damgası ( $p=0,662$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tabloda gösterilmemiştir).

**Tablo 10. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Eğitim Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	İlköğretim		Lise		Üniversite		F	P	Fark
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.			
Fiziksel fonksiyon	73,67	23,411	71,67	29,949	97,31	4,837	5,509	<b>0,008**</b>	1,2<3
Fiziksel rol güçlüğü	68,33	46,739	83,33	38,925	100,00	0,000	2,735	0,078	-
Emosyonel rol güçlüğü	73,33	45,774	91,67	28,868	92,31	27,735	1,267	0,294	-
Enerji-canlılık	55,67	20,862	51,67	12,492	57,69	11,108	0,465	0,632	-
Ruhsal sağlık	56,53	17,361	60,00	8,356	60,00	5,657	0,388	0,681	-
Sosyal işlevsellik	60,00	20,156	68,75	11,307	72,12	13,649	2,190	0,126	-
Ağrı	85,67	12,044	84,79	9,912	84,42	9,798	0,050	0,951	-
Genel sağlık algısı	57,67	17,099	57,08	11,572	63,08	9,251	0,798	0,458	-
Fiziksel ana boyut	71,33	19,337	74,22	18,265	86,20	4,582	3,385	<b>0,045*</b>	1<3
Mental ana boyut	61,38	22,165	68,02	12,629	70,53	10,557	1,170	0,322	-
BDÖ	11,07	8,049	9,67	5,348	8,00	4,491	0,828	0,445	-
Aile	16,80	5,747	15,17	5,254	13,54	3,230	1,540	0,228	-
Özel bir insan	16,47	4,086	14,92	4,522	16,77	3,789	0,723	0,492	-
Arkadaş	15,33	4,909	14,25	5,786	13,46	4,274	0,496	0,613	-
ÇBASDÖ	48,60	10,487	44,33	10,756	43,77	5,644	1,140	0,331	-
Sosyal izolasyon	0,36	0,656	0,33	0,548	0,20	0,141	0,382	0,685	-
Sağlık bakım ihmali	0,01	0,037	0,02	0,082	0,00	0,000	0,704	0,501	-
Olumsuz benlik algısı	0,83	0,433	0,63	0,339	0,72	0,192	1,074	0,352	-
Sözlü saldırı	0,32	0,348	0,21	0,215	0,15	0,092	1,679	0,200	-
Bulaşma korkusu	0,20	0,191	0,17	0,159	0,18	0,144	0,137	0,872	-
İşyeri damgası	0,17	0,362	0,00	0,000	0,00	0,000	2,628	0,086	-

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Hastaların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi, depresyon, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve stigma düzeyleri karşılaştırıldığında, fiziksel fonksiyon ve fiziksel ana boyut puan ortalamaları dışında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05). Üniversite mezunlarının fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamasının ilköğretim ve lise mezunlarına göre ve üniversite mezunlarının fiziksel ana boyutu puan ortalamasının ilköğretim mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05) (Tablo 10).

**Tablo 11. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Medeni Durumlar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	<u>Bekar/Bosanmış</u>		<u>Evli</u>		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	79,57	25,801	82,35	22,921	-0,354	0,725
Fiziksel rol güçlüğü	83,70	36,625	82,35	39,295	0,111	0,912
Emosyonel rol güçlüğü	86,96	34,435	82,35	39,295	0,394	0,696
Enerji-canlılık	54,35	12,368	56,18	19,568	-0,362	0,720
Ruhsal sağlık	59,13	9,720	58,12	14,568	0,264	0,793
Sosyal işlevsellik	66,30	13,290	66,91	20,224	-0,115	0,909
Ağrı	84,67	10,344	85,44	10,941	-0,226	0,822
Genel sağlık algısı	58,04	12,130	60,88	14,920	-0,664	0,511
Fiziksel ana boyut	76,49	16,446	77,76	17,439	-0,234	0,816
Mental ana boyut	66,68	13,951	65,89	19,863	0,149	0,882
BDÖ	9,61	6,900	9,71	5,486	-0,048	0,962
Aile	14,22	5,178	16,65	4,457	-1,554	0,128
Özel bir insan	15,13	4,192	17,41	3,692	-1,788	0,082
Arkadaş	15,70	5,295	12,65	3,888	2,005	0,052
ÇBASDÖ	45,04	9,527	46,71	9,245	-0,552	0,584
Sosyal izolasyon	0,34	0,639	0,25	0,207	0,570	0,572
Sağlık bakım ihmali	0,01	0,060	0,01	0,035	0,248	0,805
Olumsuz benlik algısı	0,74	0,354	0,73	0,339	0,087	0,931
Sözlü saldırı	0,22	0,307	0,25	0,164	-0,347	0,730
Bulaşma korkusu	0,16	0,163	0,22	0,164	-1,077	0,288
İşyeri damgası	0,07	0,229	0,06	0,243	0,085	0,933

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, BDÖ, aile, özel bir insan, arkadaş, ÇBASDÖ, sosyal izolasyon, sağlık bakım ihmali, olumsuz benlik algısı, sözlü saldırı, bulaşma korkusu ve işyeri damgası alt boyut puan ortalamaları bakımından medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 11).

**Tablo 12. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Yaşanılan Yerler Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	<b>Kırsal</b>		<b>Kentsel</b>		<b>t</b>	<b>P</b>
	<b>Ort.</b>	<b>S.S.</b>	<b>Ort.</b>	<b>S.S.</b>		
Fiziksel fonksiyon	71,88	26,949	86,67	20,990	-1,948	0,059
Fiziksel rol güçlüğü	70,31	45,843	91,67	28,233	-1,665	0,110
Emosyonel rol güçlüğü	81,25	40,311	87,50	33,783	-0,531	0,599
Enerji-canlılık	56,88	12,500	53,96	17,568	0,573	0,570
Ruhsal sağlık	59,00	11,547	58,50	12,304	0,129	0,898
Sosyal işlevsellik	68,75	17,678	65,10	15,630	0,686	0,497
Ağrı	84,53	11,373	85,31	10,063	-0,228	0,821
Genel sağlık algısı	59,06	13,567	59,38	13,377	-0,072	0,943
Fiziksel ana boyut	71,45	19,691	80,76	13,487	-1,651	0,112
Mental ana boyut	66,47	17,441	66,27	16,201	0,038	0,970
<b>BDÖ</b>	<b>8,75</b>	<b>3,661</b>	<b>10,25</b>	<b>7,537</b>	<b>-0,838</b>	<b>0,408</b>
Aile	17,06	5,836	14,04	3,994	1,947	0,059
Özel bir insan	16,38	4,365	15,92	3,999	0,342	0,734
Arkadaş	14,13	4,689	14,58	5,183	-0,284	0,778
ÇBASDÖ	47,56	9,487	44,54	9,217	1,004	0,322
Sosyal izolasyon	0,20	0,193	0,37	0,623	-1,033	0,308
Sağlık bakım ihmali	0,01	0,036	0,01	0,058	-0,182	0,856
Olumsuz benlik algısı	0,76	0,285	0,72	0,382	0,409	0,685
Sözlü saldırı	0,21	0,148	0,25	0,307	-0,431	0,669
Bulaşma korkusu	0,19	0,103	0,18	0,196	0,146	0,885
İşyeri damgası	0,09	0,272	0,04	0,204	0,692	0,493

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Tablo 12’de de görüldüğü gibi hastaların tüm ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ile yaşanılan yer değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 12).

**Tablo 13. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Sigara Kullanma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Var		Yok		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	79,58	22,598	82,50	27,447	-0,367	0,716
Fiziksel rol güçlüğü	84,38	35,974	81,25	40,311	0,257	0,799
Emosyonel rol güçlüğü	87,50	33,783	81,25	40,311	0,531	0,599
Enerji-canlılık	54,79	14,632	55,63	17,500	-0,163	0,871
Ruhsal sağlık	57,00	10,954	61,25	13,041	-1,114	0,272
Sosyal işlevsellik	67,19	15,114	65,63	18,540	0,292	0,771
Ağrı	84,90	11,094	85,16	9,809	-0,076	0,940
Genel sağlık algısı	58,54	12,201	60,31	15,107	-0,409	0,685
Fiziksel ana boyut	76,85	14,952	77,30	19,473	-0,084	0,934
Mental ana boyut	66,62	15,454	65,94	18,445	0,127	0,900
BDÖ	9,75	6,576	9,50	5,967	0,122	0,903
Aile	14,83	5,616	15,88	3,914	-0,691	0,494
Özel bir insan	15,75	4,194	16,63	4,031	-0,656	0,516
Arkadaş	14,75	5,674	13,88	3,667	0,592	0,557
ÇBASDÖ	45,33	10,865	46,38	6,662	-0,376	0,709
Sosyal izolasyon	0,37	0,623	0,20	0,193	1,033	0,308
Sağlık bakım ihmalı	0,01	0,058	0,01	0,036	0,182	0,856
Olumsuz benlik algısı	0,72	0,377	0,75	0,297	-0,223	0,825
Sözlü saldırı	0,27	0,302	0,19	0,154	0,980	0,333
Bulaşma korkusu	0,20	0,184	0,16	0,129	0,852	0,400
İşyeri damgası	0,10	0,294	0,00	0,000	1,735	0,096

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, BDÖ, aile, özel bir insan, arkadaş, ÇBASDÖ, sosyal izolasyon, sağlık bakım ihmalı, olumsuz benlik algısı, sözlü saldırı, bulaşma korkusu ve işyeri damgası alt boyut puan ortalamaları bakımından sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) ( Tablo 13).

**Tablo 14. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Yan Etki Yaşama Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Yan etki yaşıyor		Yan etki yaşamıyor		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	74,62	23,225	83,70	24,752	-1,109	0,274
Fiziksel rol güçlüğü	78,85	40,628	85,19	36,201	-0,499	0,621
Emosyonel rol güçlüğü	76,92	43,853	88,89	32,026	-0,980	0,333
Enerji-canlılık	48,46	16,251	58,33	14,544	-1,936	0,060
Ruhsal sağlık	56,92	9,543	59,56	12,906	-0,653	0,518
Sosyal işlevsellik	64,42	16,013	67,59	16,720	-0,569	0,573
Ağrı	85,38	11,449	84,81	10,189	0,159	0,874
Genel sağlık algısı	58,46	12,481	59,63	13,862	-0,257	0,798
Fiziksel ana boyut	74,33	16,418	78,33	16,935	-0,708	0,484
Mental ana boyut	61,68	18,582	68,59	15,239	-1,250	0,219
BDÖ	11,38	7,500	8,81	5,533	1,223	0,229
Aile	16,69	3,521	14,56	5,466	1,283	0,207
Özel bir insan	17,77	4,919	15,30	3,462	1,841	0,074
Arkadaş	14,15	5,800	14,52	4,577	-0,216	0,830
ÇBASDÖ	48,62	10,627	44,37	8,500	1,363	0,181
Sosyal izolasyon	0,37	0,522	0,27	0,496	0,602	0,551
Sağlık bakım ihmalı	0,02	0,079	0,01	0,027	0,738	0,473
Olumsuz benlik algısı	0,75	0,328	0,73	0,356	0,238	0,813
Sözlü saldırı	0,22	0,199	0,24	0,280	-0,272	0,787
Bulaşma korkusu	0,19	0,178	0,18	0,160	0,238	0,813
İşyeri damgası	0,00	0,000	0,09	0,279	-1,727	0,096

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Hastaların yan etki yaşama durumları ile SF36 YKÖ, BDÖ, ÇBASDÖ ve HADÖ ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (p>0,05) (Tablo 14).

**Tablo 15. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Hastaneye Yatış Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Var		Yok		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	77,73	26,207	81,90	23,995	-0,479	0,635
Fiziksel rol güçlüğü	81,82	40,452	83,62	36,764	-0,135	0,894
Emosyonel rol güçlüğü	81,82	40,452	86,21	35,093	-0,339	0,737
Enerji-canlılık	52,27	22,843	56,21	12,222	-0,706	0,484
Ruhsal sağlık	58,18	17,651	58,90	9,190	-0,128	0,900
Sosyal işlevsellik	67,05	18,769	66,38	15,706	0,114	0,910
Ağrı	84,77	10,456	85,09	10,659	-0,083	0,934
Genel sağlık algısı	57,73	17,939	59,83	11,377	-0,362	0,723
Fiziksel ana boyut	75,51	18,401	77,61	16,269	-0,351	0,727
Mental ana boyut	64,83	20,743	66,92	14,956	-0,354	0,725
BDÖ	12,82	8,507	8,45	4,830	1,608	0,133
Aile	14,73	5,101	15,45	5,004	-0,405	0,688
Özel bir insan	16,64	4,365	15,90	4,056	0,505	0,617
Arkadaş	12,82	5,600	15,00	4,621	-1,258	0,216
ÇBASDÖ	44,18	8,364	46,34	9,737	-0,650	0,519
Sosyal izolasyon	0,40	0,759	0,26	0,371	0,775	0,443
Sağlık bakım ihmali	0,01	0,043	0,01	0,053	0,175	0,862
Olumsuz benlik algısı	0,89	0,450	0,68	0,280	1,822	0,076
Sözlü saldırı	0,31	0,418	0,21	0,155	0,810	0,435
Bulaşma korkusu	0,15	0,204	0,20	0,148	-0,753	0,456
İşyeri damgası	0,09	0,302	0,05	0,205	0,473	0,639

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, BDÖ, aile, özel bir insan, arkadaş, ÇBASDÖ, sosyal izolasyon, sağlık bakım ihmali, olumsuz benlik algısı, sözlü saldırı, bulaşma korkusu ve işyeri damgası alt boyut puan ortalamaları bakımından hastaneye yatış durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Tablo 15).



**Tablo 16. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Ailede Hastalık Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Var		Yok		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	77,75	26,332	83,75	22,471	-0,775	0,443
Fiziksel rol güçlüğü	81,25	38,793	85,00	36,635	-0,314	0,755
Emosyonel rol güçlüğü	90,00	30,779	80,00	41,039	0,872	0,389
Enerji-canlılık	58,00	17,199	52,25	13,715	1,169	0,250
Ruhsal sağlık	59,80	12,681	57,60	11,194	0,582	0,564
Sosyal işlevsellik	68,13	17,432	65,00	15,496	0,599	0,553
Ağrı	84,75	10,969	85,25	10,224	-0,149	0,882
Genel sağlık algısı	62,00	13,898	56,50	12,365	1,322	0,194
Fiziksel ana boyut	76,44	17,470	77,63	16,253	-0,223	0,825
Mental ana boyut	68,98	15,897	63,71	17,047	1,011	0,318
BDÖ	9,25	5,533	10,05	7,037	-0,400	0,692
Aile	15,25	5,190	15,25	4,887	0,000	1,000
Özel bir insan	16,15	4,196	16,05	4,110	0,076	0,940
Arkadaş	12,45	4,211	16,35	4,923	-2,692	0,011
ÇBASDÖ	43,85	9,642	47,65	8,827	-1,300	0,201
Sosyal izolasyon	0,24	0,201	0,36	0,682	-0,754	0,455
Sağlık bakım ihmalı	0,01	0,032	0,01	0,064	-0,447	0,657
Olumsuz benlik algısı	0,79	0,263	0,68	0,407	1,014	0,317
Sözlü saldırı	0,22	0,157	0,25	0,327	-0,352	0,727
Bulaşma korkusu	0,17	0,143	0,20	0,184	-0,639	0,527
İşyeri damgası	0,00	0,000	0,13	0,319	-1,751	0,096

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Ailesinde kronik bir hastalık olma durumunun hastaların yaşam kalitesi, depresyon sosyal destek ve stigma düzeylerini etkilemediği belirlendi (p>0,05) (Tablo 16).

**Tablo 17. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Bulaşma Yolları Hakkında Bilgisi Olma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Var		Yok		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	81,55	21,676	78,64	31,471	0,334	0,740
Fiziksel rol güçlüğü	82,76	38,443	84,09	35,834	-0,100	0,921
Emosyonel rol güçlüğü	82,76	38,443	90,91	30,151	-0,632	0,531
Enerji-canlılık	54,14	16,907	57,73	11,909	-0,644	0,524
Ruhsal sağlık	57,10	12,231	62,91	10,134	-1,399	0,170
Sosyal işlevsellik	65,95	16,669	68,18	16,167	-0,381	0,705
Ağrı	83,97	10,405	87,73	10,633	-1,015	0,316
Genel sağlık algısı	58,97	13,847	60,00	12,247	-0,217	0,829
Fiziksel ana boyut	76,81	16,405	77,61	18,142	-0,134	0,894
Mental ana boyut	64,99	17,738	69,93	12,633	-0,844	0,404
BDÖ	10,21	6,894	8,18	4,070	0,911	0,368
Aile	14,72	5,063	16,64	4,675	-1,088	0,284
Özel bir insan	16,24	4,223	15,73	3,927	0,350	0,728
Arkadaş	14,48	5,207	14,18	4,355	0,170	0,866
ÇBASDÖ	45,45	9,829	46,55	8,226	-0,328	0,744
Sosyal izolasyon	0,34	0,575	0,18	0,166	0,918	0,364
Sağlık bakım ihmalı	0,01	0,053	0,01	0,043	-0,175	0,862
Olumsuz benlik algısı	0,81	0,320	0,53	0,326	2,514	0,016
Sözlü saldırı	0,24	0,286	0,22	0,148	0,226	0,822
Bulaşma korkusu	0,20	0,180	0,14	0,101	1,122	0,269
İşyeri damgası	0,09	0,270	0,00	0,000	1,722	0,096

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, SF36 YKÖ ana/alt boyutları, BDÖ, aile, özel bir insan, arkadaş, ÇBASDÖ, sosyal izolasyon, sağlık bakım ihmalı, olumsuz benlik algısı, sözlü saldırı, bulaşma korkusu ve işyeri damgası alt boyut puan ortalamaları bakımından bulaşma yolları bilgi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 18. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Hastalık Seyri Hakkında Bilgisi Olma Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Var		Yok		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	73,82	27,187	85,87	21,195	-1,576	0,123
Fiziksel rol güçlüğü	83,82	36,380	82,61	38,755	0,101	0,920
Emosyonel rol güçlüğü	88,24	33,211	82,61	38,755	0,482	0,633
Enerji-canlılık	56,76	14,136	53,91	16,852	0,566	0,575
Ruhsal sağlık	61,41	10,482	56,70	12,629	1,252	0,218
Sosyal işlevsellik	66,91	15,898	66,30	17,037	0,115	0,909
Ağrı	87,21	11,000	83,37	9,989	1,150	0,257
Genel sağlık algısı	61,18	12,934	57,83	13,637	0,785	0,437
Fiziksel ana boyut	76,51	17,099	77,42	16,714	-0,169	0,867
Mental ana boyut	68,33	15,106	64,88	17,624	0,649	0,520
BDÖ	8,71	5,764	10,35	6,644	-0,816	0,419
Aile	17,76	4,816	13,39	4,304	3,021	<b>0,004**</b>
Özel bir insan	16,47	4,571	15,83	3,798	0,487	0,629
Arkadaş	14,82	5,065	14,09	4,926	0,462	0,647
ÇBASDÖ	49,06	10,527	43,30	7,672	2,002	0,052
Sosyal izolasyon	0,33	0,458	0,28	0,538	0,316	0,754
Sağlık bakım ihmali	0,03	0,076	0,00	0,000	1,376	0,188
Olumsuz benlik algısı	0,68	0,324	0,77	0,358	-0,831	0,411
Sözlü saldırı	0,27	0,174	0,21	0,301	0,707	0,484
Bulaşma korkusu	0,23	0,155	0,15	0,166	1,419	0,164
İşyeri damgası	0,03	0,121	0,09	0,288	-0,772	0,445

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, BDÖ, özel bir insan, arkadaş, ÇBASDÖ, sosyal izolasyon, sağlık bakım ihmali, olumsuz benlik algısı, sözlü saldırı, bulaşma korkusu ve işyeri damgası alt boyut puan ortalamaları bakımından hastalık seyri durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ( $p>0,05$ ) iken aile alt boyutu puan ortalaması bakımından hastalık seyri hakkında bilgisi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre, hastalık seyri hakkında bilgisi olanlarda aile alt boyut puan ortalamasının olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 18).

**Tablo 19. Ölçek ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığı İlk Duyduğunda Şok Hissi Yaşama Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Var		Yok		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	79,14	27,093	85,00	15,166	-0,862	0,395
Fiziksel rol güçlüğü	83,62	36,764	81,82	40,452	0,135	0,894
Emosyonel rol güçlüğü	86,21	35,093	81,82	40,452	0,339	0,737
Enerji-canlılık	54,48	16,548	56,82	13,467	-0,418	0,679
Ruhsal sağlık	58,34	12,491	59,64	10,500	-0,304	0,763
Sosyal işlevsellik	64,66	15,334	71,59	18,617	-1,204	0,236
Ağrı	84,74	9,963	85,68	12,201	-0,251	0,803
Genel sağlık algısı	58,62	13,222	60,91	13,932	-0,482	0,633
Fiziksel ana boyut	76,53	16,618	78,35	17,530	-0,305	0,762
Mental ana boyut	65,92	16,356	67,47	17,582	-0,261	0,795
BDÖ	10,45	7,044	7,55	2,697	1,885	0,067
Aile	14,21	4,960	18,00	4,025	-2,264	<b>0,029*</b>
Özel bir insan	15,48	4,231	17,73	3,379	-1,575	0,124
Arkadaş	15,31	4,914	12,00	4,313	1,963	0,057
ÇBASDÖ	45,00	10,050	47,73	7,101	-0,822	0,416
Sosyal izolasyon	0,33	0,579	0,22	0,166	0,632	0,531
Sağlık bakım ihmalı	0,01	0,053	0,01	0,043	-0,175	0,862
Olumsuz benlik algısı	0,73	0,356	0,75	0,324	-0,117	0,907
Sözlü saldırı	0,24	0,283	0,22	0,161	0,226	0,822
Bulaşma korkusu	0,16	0,164	0,24	0,156	-1,425	0,162
İşyeri damgası	0,05	0,205	0,09	0,302	-0,473	0,639

\*:p<0,05 \*\*p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, BDÖ, özel bir insan, arkadaş, ÇBASDÖ, sosyal izolasyon, sağlık bakım ihmalı, olumsuz benlik algısı, sözlü saldırı, bulaşma korkusu ve işyeri damgası alt boyut puan ortalamaları bakımından hastalığı ilk duyduğunda şok hissi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ( $p>0,05$ ) iken aile alt boyutu puan ortalaması bakımından hastalığı ilk duyduğunda şok hissi yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre, şok hissi yaşamayanların aile alt boyut puan ortalaması şok hissi yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 19).

**Tablo 20. Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığı İlk Duyduğunda Üzüntü Hissi Yaşama Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Var		Yok		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	77,50	27,175	86,79	17,277	-1,155	0,255
Fiziksel rol güçlüğü	85,58	34,766	78,57	42,582	0,562	0,578
Emosyonel rol güçlüğü	92,31	27,175	71,43	46,881	1,533	0,143
Enerji-canlılık	53,85	14,581	57,50	17,732	-0,701	0,488
Ruhsal sağlık	58,15	12,092	59,71	11,789	-0,393	0,697
Sosyal işlevsellik	63,94	12,413	71,43	21,611	-1,397	0,170
Ağrı	85,29	11,188	84,46	9,363	0,235	0,816
Genel sağlık algısı	59,42	12,909	58,93	14,435	0,111	0,912
Fiziksel ana boyut	76,95	16,365	77,19	17,836	-0,043	0,966
Mental ana boyut	67,06	13,210	65,02	21,838	0,320	0,752
BDÖ	9,58	6,217	9,79	6,577	-0,099	0,921
Aile	15,12	4,642	15,50	5,721	-0,230	0,819
Özel bir insan	16,12	4,320	16,07	3,812	0,032	0,975
Arkadaş	14,12	4,693	14,93	5,498	-0,492	0,625
ÇBASDÖ	45,35	9,566	46,50	9,163	-0,369	0,714
Sosyal izolasyon	0,35	0,602	0,20	0,192	0,926	0,360
Sağlık bakım ihmalı	0,01	0,056	0,01	0,038	0,047	0,963
Olumsuz benlik algısı	0,73	0,366	0,74	0,308	-0,105	0,917
Sözlü saldırı	0,27	0,292	0,17	0,150	1,143	0,260
Bulaşma korkusu	0,18	0,182	0,19	0,128	-0,200	0,843
İşyeri damgası	0,08	0,272	0,04	0,134	0,532	0,598

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Hastalığını ilk duyduğunda üzüntü yaşama değişkeninin hastaların tüm ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği belirlendi (p>0,05) (Tablo 20).

**Tablo 21. Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığı Ailesine Söyleme Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Söylemiş		Söylememiş		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	84,40	20,682	74,67	29,244	1,131	0,270
Fiziksel rol güçlüğü	85,00	35,355	80,00	41,404	0,406	0,687
Emosyonel rol güçlüğü	88,00	33,166	80,00	41,404	0,673	0,505
Enerji-canlılık	54,00	16,330	57,00	14,736	-0,583	0,563
Ruhsal sağlık	57,28	12,368	61,07	10,951	-0,977	0,335
Sosyal işlevsellik	66,00	18,930	67,50	11,378	-0,277	0,783
Ağrı	86,30	10,132	82,83	11,014	1,014	0,317
Genel sağlık algısı	60,00	12,332	58,00	15,095	0,456	0,651
Fiziksel ana boyut	78,93	14,637	73,88	19,732	0,926	0,360
Mental ana boyut	66,32	17,242	66,39	15,732	-0,013	0,990
BDÖ	9,52	6,571	9,87	5,927	-0,167	0,868
Aile	17,44	4,673	11,60	2,947	4,845	<b>0,000***</b>
Özel bir insan	16,56	3,652	15,33	4,791	0,914	0,366
Arkadaş	13,44	4,908	16,00	4,706	-1,621	0,113
ÇBASDÖ	47,44	8,733	42,93	9,896	1,503	0,141
Sosyal izolasyon	0,36	0,497	0,20	0,507	0,979	0,334
Sağlık bakım ihmali	0,01	0,029	0,02	0,074	-0,813	0,421
Olumsuz benlik algısı	0,73	0,374	0,75	0,297	-0,164	0,870
Sözlü saldırı	0,31	0,266	0,11	0,181	2,496	<b>0,017*</b>
Bulaşma korkusu	0,23	0,159	0,11	0,150	2,275	<b>0,029*</b>
İşyeri damgası	0,10	0,289	0,00	0,000	1,732	0,096

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, yaşam kalitesinin ana ve tüm alt boyutları, BDÖ, özel bir insan, arkadaş, ÇBASDÖ, sosyal izolasyon, sağlık bakım ihmali, olumsuz benlik algısı ve işyeri damgası alt boyut puan ortalamaları bakımından hastalığı ailesine söyleme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ( $p>0,05$ ) iken ÇBASDÖ aile alt boyutu, HADÖ sözlü saldırı ve bulaşma korkusu alt boyutları puan ortalamaları bakımından hastalığı ailesine söyleme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre, hastalığı ailesine söyleyenlerin aile, sözlü saldırı ve bulaşma korkusu alt boyutları puan ortalamaları hastalığı ailesine söylemeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 21).

**Tablo 22. Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığı Arkadaşına Söyleme Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Söylemiş		Söylememiş		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	79,64	25,303	81,35	24,313	-0,208	0,836
Fiziksel rol güçlüğü	78,57	42,582	85,58	34,766	-0,562	0,578
Emosyonel rol güçlüğü	71,43	46,881	92,31	27,175	-1,533	0,143
Enerji-canlılık	52,14	17,177	56,73	14,829	-0,883	0,383
Ruhsal sağlık	57,71	10,723	59,23	12,599	-0,382	0,705
Sosyal işlevsellik	62,50	17,678	68,75	15,512	-1,158	0,254
Ağrı	84,46	9,363	85,29	11,188	-0,235	0,816
Genel sağlık algısı	55,00	11,929	61,54	13,621	-1,509	0,139
Fiziksel ana boyut	74,42	18,103	78,44	16,030	-0,723	0,474
Mental ana boyut	60,95	20,704	69,25	13,266	-1,359	0,190
BDÖ	11,57	7,521	8,62	5,345	1,444	0,157
Aile	14,07	5,181	15,88	4,844	-1,102	0,277
Özel bir insan	15,00	4,206	16,69	3,998	-1,254	0,217
Arkadaş	18,36	3,973	12,27	4,035	4,575	<b>0,000***</b>
ÇBASDÖ	47,43	10,818	44,85	8,507	0,832	0,411
Sosyal izolasyon	0,31	0,519	0,29	0,500	0,131	0,897
Sağlık bakım ihmalı	0,02	0,076	0,01	0,028	0,898	0,375
Olumsuz benlik algısı	0,70	0,349	0,75	0,346	-0,469	0,642
Sözlü saldırı	0,19	0,199	0,26	0,280	-0,761	0,451
Bulaşma korkusu	0,17	0,146	0,19	0,174	-0,468	0,643
İşyeri damgası	0,04	0,134	0,08	0,272	-0,532	0,598

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Tablo 22’de görüldüğü gibi hastalığı arkadaşlarına söyleme durumunun hastaların SF36 YKÖ, BDÖ, HADÖ, ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu dışındaki tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği belirlendi (p>0,05). Hastalığını arkadaşına söyleyenlerin ÇBASDÖ arkadaş alt boyut puan ortalamasının söylemeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 22).

**Tablo 23. Ölçek Puan Ortalamaları Bakımından Hastalığın Aile İçi İlişkileri Etkileme Durumları Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (N=40)**

	Evet		Hayır		t	P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon	81,67	25,166	80,36	24,454	0,154	0,879
Fiziksel rol güçlüğü	91,67	28,868	79,46	40,285	1,081	0,289
Emosyonel rol güçlüğü	91,67	28,868	82,14	39,002	0,759	0,452
Enerji-canlılık	50,00	19,540	57,32	13,436	-1,373	0,178
Ruhsal sağlık	55,33	11,672	60,14	11,850	-1,181	0,245
Sosyal işlevsellik	62,50	19,218	68,30	15,016	-1,029	0,310
Ağrı	82,71	7,266	85,98	11,554	-1,081	0,288
Genel sağlık algısı	57,08	12,873	60,18	13,573	-0,671	0,506
Fiziksel ana boyut	78,28	12,449	76,50	18,359	0,307	0,761
Mental ana boyut	64,88	17,108	66,98	16,492	-0,366	0,717
BDÖ	12,08	8,207	8,61	5,043	1,644	0,108
Aile	15,92	5,054	14,96	5,007	0,550	0,586
Özel bir insan	16,17	3,713	16,07	4,320	0,066	0,947
Arkadaş	14,08	4,814	14,54	5,066	-0,263	0,794
ÇBASDÖ	46,17	9,379	45,57	9,469	0,183	0,856
Sosyal izolasyon	0,55	0,661	0,19	0,379	2,165	<b>0,037*</b>
Sağlık bakım ihmali	0,00	0,000	0,02	0,059	-0,885	0,382
Olumsuz benlik algısı	0,85	0,392	0,69	0,315	1,405	0,168
Sözlü saldırı	0,40	0,344	0,16	0,164	3,034	<b>0,004**</b>
Bulaşma korkusu	0,31	0,172	0,13	0,131	3,513	<b>0,001**</b>
İşyeri damgası	0,08	0,289	0,05	0,208	0,368	0,715

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut, mental ana boyut, BDÖ, aile, özel bir insan, arkadaş, ÇBASDÖ, sağlık bakım ihmali, olumsuz benlik algısı ve işyeri damgası alt boyut puan ortalamaları bakımından hastalığın aile içi ilişkileri etkileme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ( $p>0,05$ ) iken sosyal izolasyon, sözlü saldırı ve bulaşma korkusu alt boyutları puan ortalamaları bakımından hastalığın aile içi ilişkileri etkileme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre, hastalığı aile içi ilişkilerini etkilediğini bildirenlerin HADÖ sosyal izolasyon, sözlü saldırı ve bulaşma korkusu alt boyutları puan ortalamalarının etkilemediğini söyleyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 23).



**Tablo 24. Ölçek ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=40)**

		BDÖ	Aile	Özel bir insan	Arkadaş	ÇBASDÖ	Sosyal izolasyon	Sağlık bakım ihmali	Olumsuz benlik algısı	Sözlü saldırı	Bulaşma korkusu	İşyeri damgası
Fiziksel fonksiyon	r	-0,209	-0,043	0,097	-0,114	-0,040	-0,011	-0,097	-0,052	0,003	0,045	0,003
	p	0,195	0,793	0,552	0,486	0,805	0,949	0,551	0,748	0,984	0,783	0,986
Fiziksel rol güçlüğü	r	-0,292	-0,167	0,007	-0,182	-0,182	0,120	0,099	-0,098	0,063	0,047	<b>-0,320</b>
	p	0,067	0,304	0,965	0,261	0,261	0,460	0,541	0,548	0,698	0,772	<b>0,044</b>
Emosyonel rol güçlüğü	r	<b>-0,477</b>	-0,235	-0,266	<b>-0,454</b>	<b>-0,483</b>	-0,142	-,314	-0,287	-0,044	-0,101	<b>-0,344</b>
	p	<b>0,002</b>	0,144	0,097	<b>0,003</b>	<b>0,002</b>	0,383	0,048	0,072	0,788	0,535	<b>0,030</b>
Enerji-canlılık	r	<b>-0,737</b>	0,085	-0,078	<b>-0,332</b>	-0,164	<b>-0,507</b>	-0,189	<b>-0,343</b>	<b>-0,432</b>	-0,251	-,356
	p	<b>0,000</b>	0,601	0,631	<b>0,037</b>	0,311	<b>0,001</b>	0,242	<b>0,030</b>	<b>0,005</b>	0,117	0,024
Ruhsal sağlık	r	<b>-0,607</b>	0,117	0,007	-0,257	-0,071	<b>-0,403</b>	-0,050	<b>-0,314</b>	<b>-0,460</b>	-0,270	<b>-0,530</b>
	p	<b>0,000</b>	0,473	0,966	0,109	0,665	<b>0,010</b>	0,759	<b>0,049</b>	<b>0,003</b>	0,091	<b>0,000</b>
Sosyal işlevsellik	r	<b>-0,558</b>	0,007	0,113	<b>-0,374</b>	-0,144	-0,176	0,113	-0,135	-0,226	-0,066	<b>-0,407</b>
	p	<b>0,000</b>	0,966	0,486	<b>0,017</b>	0,374	0,277	0,486	0,408	0,162	0,686	<b>0,009</b>
Ağrı	r	-0,250	0,287	0,287	0,067	<b>0,314</b>	0,049	<b>0,315</b>	-0,193	0,128	0,019	-0,251
	p	0,119	0,073	0,073	0,681	<b>0,048</b>	0,764	<b>0,048</b>	0,233	0,433	0,909	0,118
Genel sağlık algısı	r	<b>-0,452</b>	0,154	<b>0,322</b>	-0,232	0,101	-0,081	0,288	-0,146	-0,098	-0,014	<b>-0,359</b>
	p	<b>0,003</b>	0,342	<b>0,043</b>	0,150	0,535	0,619	0,071	0,369	0,546	0,933	<b>0,023</b>
Fiziksel ana boyut	r	<b>-0,369</b>	-0,033	0,148	-0,179	-0,047	0,055	0,127	-0,133	0,037	0,043	-0,289
	p	<b>0,019</b>	0,839	0,361	0,269	0,773	0,736	0,434	0,412	0,820	0,792	0,071
Mental ana boyut	r	<b>-0,684</b>	-0,086	-0,135	<b>-0,467</b>	-,352	<b>-0,314</b>	-0,198	<b>-0,329</b>	-0,265	-0,180	<b>-0,469</b>
	p	<b>0,000</b>	0,598	0,405	<b>0,002</b>	0,026	<b>0,049</b>	0,221	<b>0,038</b>	0,098	0,266	<b>0,002</b>
BDÖ	r	1	-0,186	-0,023	<b>0,469</b>	0,139	<b>0,650</b>	0,281	<b>0,531</b>	<b>0,546</b>	<b>0,348</b>	<b>0,395</b>
	p		0,252	0,890	<b>0,002</b>	0,392	<b>0,000</b>	0,079	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,028</b>	<b>0,012</b>
Aile	r		1	<b>0,527</b>	-0,107	<b>0,709</b>	-0,058	0,180	-0,080	0,062	0,226	0,019
	p			<b>0,000</b>	0,513	<b>0,000</b>	0,724	0,265	0,622	0,702	0,161	0,905
Özel bir insan	r			1	0,118	<b>0,783</b>	0,168	0,281	0,151	0,132	0,303	-0,074
	p				0,467	<b>0,000</b>	0,302	0,079	0,354	0,418	0,057	0,649
Arkadaş	r				1	<b>0,524</b>	<b>0,474</b>	0,279	0,228	<b>0,347</b>	<b>0,378</b>	0,224
	p					<b>0,001</b>	<b>0,002</b>	0,081	0,157	<b>0,028</b>	<b>0,016</b>	0,164
ÇBASDÖ	r					1	0,294	<b>0,367</b>	0,144	0,275	<b>0,454</b>	0,096
	p						0,066	<b>0,020</b>	0,376	0,086	<b>0,003</b>	0,554

BDÖ ile emosyonel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, fiziksel ana boyut arasında negatif yönde orta seviyede iken enerji-canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve mental ana boyut arasında negatif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24). Buna göre hastaların depresyon düzeyleri artıkça yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir.

Özel bir insan alt boyutu ile genel sağlık algısı arasında pozitif yönde orta seviyede anlamlı ilişki mevcut iken, aile alt boyutu ile pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24). Aile ve özel bir insan desteği artıkça hastaların genel sağlık algısı olumlu yönde etkilenmektedir.

Emosyonel rol güçlüğü, enerji-canlılık, sosyal işlevsellik ve mental ana boyutu ile ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu arasında negatif yönde orta seviyede, ağrı alt boyutu ile pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24). BDÖ ile arkadaş desteği arasında da pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Buna göre depresyon düzeyleri artıkça ve yaşam kalitesi azaldıkça HIV pozitif bireylerin algıladıkları arkadaş desteklerinin arttığı görülmektedir.

ÇBASDÖ ile emosyonel rol güçlüğü arasında negatif yönde orta seviyede iken ağrı alt boyutu ile pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24).

Sosyal izolasyon alt boyutu ile ruhsal sağlık ve mental ana boyut arasında negatif yönde orta seviyede iken enerji-canlılık arasında negatif yönde yüksek seviyede anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ). Buna göre hastaların sosyal izolasyon yaşama durumları artıkça ruhsal ve mental sağlık alanındaki yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Sosyal izolasyon alt boyutu ile ÇBASDÖ arkadaş

alt boyutu arasında pozitif yönde orta seviyede, BDÖ arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24). Buna göre hastaların sosyal izolasyonları arttıkça hastaların daha depresif belirtilere sahip olduğu ve daha fazla arkadaş desteği algıladıkları görülmektedir.

Sağlık bakım ihmali alt boyutu ile SF36 YKÖ ağrı alt boyutu ve ÇBASDÖ arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24).

Olumsuz benlik algısı alt boyutu ile enerji-canlılık, ruhsal sağlık, mental ana boyut arasında negatif yönde orta seviyede, BDÖ arasında ise pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24). Bireylerin olumsuz benlik algıları arttıkça yaşam kaliteleri olumsuz etkilenirken, depresyon düzeylerinin de artmaktadır.

Sözlü saldırı alt boyutu ile enerji-canlılık, ruhsal sağlık arasında negatif yönde orta seviyede iken arkadaş ve BDÖ arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24).

Bulaşma korkusu alt boyutu ile BDÖ arasında pozitif yönde yüksek seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24).

İşyeri damgası alt boyutu ile fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı, mental ana boyut arasında negatif yönde orta seviyede iken ruhsal sağlık arasında negatif yönde yüksek seviyede ve BDÖ arasında pozitif yönde orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,00$ ) (Tablo 24). İş yeri stigma düzeyleri arttıkça yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmekte ve depresif belirtiler gösterme düzeyleri artmaktadır.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünya’da ilk olarak 1960 yılında görülmeye başlanan HIV enfeksiyonu hızla yayılmış olup 2017’nin sonunda 36,9 milyon insanın HIV enfeksiyonuna maruz kaldığı bildirilmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,1722/basin-aciklamasi.html> Erişim Tarihi: 0.09.2018, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018, Aydın 2017). HIV’in dünyada yaygın olarak bulunan türü HIV-1 virüsüdür (Akdemir ve Birol 2011). Bu virüs özellikle bağışıklık sistemini hedef alarak bireylerde immun yetmezliğe neden olmaktadır (Argon 1995, Babayiğit ve Bakir 2004, Hunt 2016, Aslan ve Altındış 2017, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.08.2018). Erken tanı yöntemlerinin gelişmesiyle doğru ve hızlı bir şekilde tanılama yapılması ve gecikmeden bireye özgü ve uluslararası rehberler doğrultusunda tedaviye başlanması, hastalığın ilerlemesini ve gelişebilecek fırsatçı enfeksiyonların, kanserlerin önlenmesini sağlayarak yaşam süre ve kalitesinin artırılmasına olanak sağlamaktadır ([https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/duyurular/hiv-aids-tani-klavuzu/HIV\\_AIDS\\_Tani\\_Klavuzu\\_Ek\\_47016636.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/duyurular/hiv-aids-tani-klavuzu/HIV_AIDS_Tani_Klavuzu_Ek_47016636.pdf) Erişim Tarihi: 20.10.2018). HIV enfeksiyonunun cinsel yolla bulaşan bir hastalık olması nedeniyle HIV pozitif bireyler toplum tarafından hoş karşılanmamakta ve stigmaya maruz kalabilmektedir. Stigma nedeniyle iş bulmada zorlanma, evlenememe, dışlanma çocuk sahibi olamama, sosyal yaşamdan uzak kalma gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Oran ve Şenuzun 2008, Jacobi et al 2013, Gökengin, Çalık, ve Öktem 2017, Than et al 2019). Bu çalışmada da katılımcılar, hastalıkla ilgili yaşadıkları en önemli sıkıntıları başkaları tarafından eleştirilmek, dışlanmak, işini kaybetme korkusu, iş bulma durumuna engel olacağı düşüncesi ve evlenmenin, çocuk sahibi olmanın sorun teşkil edebileceği düşüncesi olduğu şeklinde ifade ettiler. Bu çalışmayla benzer şekilde Jacobi ve arkadaşlarının 200 HIV pozitif kişi ile yaptıkları görüşmede bireylerin yaşadıkları sıkıntılar dedikodu ve sözel hakarete maruz kalmak, işten çıkarılmak, hastalıkları nedeniyle evlenmek ve çocuk sahibi olmak istemedikleri şeklinde sıralanmıştır (Jacobi et al 2013).

Yine benzer şekilde Gökengin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerin hastalıkları nedeniyle çocuk sahibi olmaktan ve evlenmekten vazgeçtikleri, iş ya da terfi için başvuru yapamadıkları şeklinde belirtilmiştir (Gökengin, Çalık, ve Öktem 2017). Çalışmamızdan farklı olarak bu iki çalışmada HIV pozitif bireyler yaşadıkları diğer sıkıntıları sağlık hizmetlerinden mahrum edilmek, gerektiğinde hastaneye gidememek, aile ve arkadaşlarından uzaklaşmak, sosyal toplantılara katılmamak olarak ifade etmişlerdir (Jacobi et al 2013, Gökengin, Çalık, ve Öktem 2017).

Yapılan çalışmalarda HIV pozitif bireylerin bulaşıcı hastalıklar içinde en fazla stigmaya maruz kalan hasta grubu olduğu ve bu durumun bireylerde sosyal destek sistemlerini azalttığı, depresyona neden olduğu ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Jia et al 2004, Mak et al 2006, Oran ve Şenuzun 2008, Li, Lee, Thammawijaya and Jiraphongsa 2009, Jacobi et al 2013, Bhatta and Liabsuetrakul 2016, Tesfaw et al 2016, Surur, Teni, Wale, Ayalew and Tesfaye 2017, Duko, Geja, Zewude and Mekonen 2018). Çalışma kapsamında HIV Stigma ölçeği alt boyut puan ortalamalarının  $0,01 \pm 0,050$  ile  $0,74 \pm 0,343$  arasında değiştiği belirlendi. Çalışkan'ın çalışmasında HADÖ puan ortalamasının  $0,06 \pm 0,03$  ile  $0,90 \pm 0,08$  arasında olduğu saptanmıştır (Çalışkan 2011). Holzemer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise stigma puan ortalamasının  $0,15 \pm 0,37$  ile  $0,95 \pm 0,97$  arasında olduğu belirlenmiştir (Holzemer et al 2007). Bu çalışmalar mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir. Li ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise stigma puanlarının  $21,5 \pm 4,9$  ile  $24,3 \pm 6,2$  arasında değiştiği görülmüştür (Li et al 2009). Açikel ve arkadaşlarının tüberkülozlu hastalarda yaptıkları çalışmada damgalanma puanlarının  $15,83 \pm 2,24$  ile  $33,00 \pm 3,05$  arasında değiştiği saptanırken Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada stigma puanlarının  $10,0 \pm 3,0$  ile  $30,9 \pm 6,0$  arasında bulunduğu görülmüştür (Açikel ve Pakyüz 2015, Şimşek, Özmen ve Çetinkaya 2016). Bu farklılığın sebebi, bireylerin stigma düzeylerinin başka hastalıklar üzerinde ve farklı ölçeklerle ölçülmüş olmasından kaynaklanabilir. Çalışma kapsamında hastaların ÇBASDÖ puan ortalamasının  $45,75 \pm 9,325$  olduğu görüldü. Nazik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerinin sosyal destek puan ortalamasının  $28,65 \pm 9,56$  olduğu saptanmıştır (Nazik ve ark 2013).

Başka bir çalışmada bireylerin sosyal destek puanının  $39,3\pm 8,3$  olduğu görülmüştür (Li et al 2009). Tüberkülozlu bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada ise sosyal destek puanı  $32,56\pm 7,86$  olarak bulunmuştur (Chen et al 2016). Bangkok ve Chiang Mai de yapılan bir araştırmada algılanan sosyal destek puanlarının Bangkok'ta 26 ve Chiang Mai'de 25,5 olduğu görülmüştür (Johnston et al 2018). Bu farklılığın sebebi çalışmalarda farklı ölçek kullanılmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Mevcut çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyut puan ortalamalarının  $55,13\pm 15,62$  ile  $85,00\pm 10,470$  arasında değiştiği belirlendi. Başka bir çalışmada ise yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ana boyut ve mental ana boyut puan ortalaması  $33.19\pm 13.35$  ile  $43.96\pm 9.64$  arasında değiştiği gözlenmiştir (Betancur, Lins, Oliveira and Brites 2017). Biambo ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastaların genel yaşam kalitesi skorunun  $59,40\pm 18,66$  olduğu saptanmıştır (Biambo, Adibe, Liman and Ukwe 2018). Carvalho ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise yaşam kalitesi puanları  $63,2 \pm 21,5$  ile  $72,1 \pm 20,2$  arasında olduğu görülmüştür (Carvalho et al 2017). Nazik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamalarının  $19,18\pm 6,25$  ve  $42,59\pm 14,70$  arasında değiştiği saptanmıştır (Nazik ve ark 2013). Than ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada bireylerin yaşam kalitesi puanının  $68,8\pm 17,3$  olduğu saptanmıştır (Than et al 2019). Bu durumda çalışmanın puan ortalamasının literatür çalışmaları ile kısmen benzer olduğu söylenebilir. Çalışmada bireylerin %57,5'i minimal depresif belirtilere sahipken %42,5'i hafif ve orta düzey depresif belirtilere sahipti. Ayrıca çalışmada hastaların depresyon puan ortalamalarının  $9,65\pm 6,26$  olduğu belirlendi. Duko ve arkadaşlarının 401 HIV pozitif hasta ile yaptıkları çalışma, hastaların %48,6'sında depresyon olduğunu ortaya koymuştur (Duko et al 2018). Tesfaw ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerin depresyon prevalanslarının %41,2 bulunmuştur (Tesfaw et al 2016). Başka bir çalışmada ise bireylerin depresyon puanı  $12,9 \pm 8,4$  olarak bulunmuştur (Li et al 2009). Tüberküloz hastalarında yapılan bir çalışmada ise bireylerin depresyon puan ortalamasının  $19.28\pm 12.30$  olduğu saptanmıştır (Polat ve Ergüney 2012). Ünal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aktif tüberkülozlu bireylerin %26.5'inde orta, %18.4'ünde şiddetli derecede depresyon olduğu tespit edilmiştir (Ünal, Baştürk, Soyuer, Ceyhan ve Öztürk 2007). Demir ve arkadaşlarının hepatitli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada depresyon puan ortalamasının  $6,2\pm 8$  olduğu görülmüştür (Demir ve ark 2013).

Başka bir çalışmada ise bireylerdeki depresyon oranı 14,6 olarak saptanmıştır (Gebrezgabher et al 2019). Bu çalışmadaki katılımcıların, HIV'li hastalarla yapılan çalışmalarda benzer depresyon oranlarına sahip olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmada yaş ile SF 36 YKÖ, BDÖ, ÇBASDÖ ve HADÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ). Epilepsi hastalarında yapılan araştırmalarda yaş ile yaşam kalitesi, depresyon ve sosyal destek düzeyi ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Akçalı, Altındağ, Geyik ve Cansel 2009, Yaşar ve ark 2014). Tüberkülozlu bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda yaş ile stigma düzeyi arasında bir ilişki görülmemiştir (Rafique et al 2014, Şimşek, Özmen ve Çetinkaya 2016). Hepatitli hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda bireylerin yaşı ile depresyon düzeyi arasında bir ilişki tespit edilememiştir (Demir ve ark 2013, Çelik, Demir, Sümer ve Demir 2015). Bu çalışmalar mevcut çalışma ile paralellik göstermektedir. Nazik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlı AIDS hastalarının yaşam kalitesinin genç hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Nazik ve ark 2013). Skevington tarafından yapılan bir çalışma da yaşlı HIV pozitif bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Skevington 2012). Başka bir çalışmada ise yaşam kalitesinin yaşla pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (Mahalakshmy, Premarajan and Hamide 2011). Bu çalışmaların aksine başka çalışmalarda ise genç hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Canavarro and Pereira 2012, Razavi et al 2012). Than ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada genç hastaların daha çok damgalanma yaşadığı saptanmıştır (Than et al 2019). Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşla beraber depresyon görülme sıklığının da arttığı bulunmuştur (Çelik ve ark 2012). Yaşın gerçek etkisinin ortaya çıkarılması açısından daha büyük örneklem grubuna sahip çalışmaların yapılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Çalışmada bireylerin eğitim düzeyinin, stigma, depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve fiziksel ana boyut dışında hiçbir alt boyutunu istatistiksel olarak etkilemediği ( $p>0,05$ ), ancak üniversite mezunu bireylerin fiziksel fonksiyon durumlarının lise ve ilköğretim mezunlarına göre, fiziksel ana boyutunun

ise ilköğretim mezunlarına göre daha iyi olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Carvalho ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eğitim durumu ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Carvalho et al 2017). Yine yapılan başka çalışmalarda da bireylerin eğitim durumu arttıkça yaşam kalitesinin de artacağı bulunmuştur (Taşkın ve Olgun 2010, Canavarro and Pereira 2012, Reis, Santos and Gir 2012). Başka bir çalışmada eğitim durumu ile stigma arasında bir ilişki saptanmamıştır (Xie et al 2019). Tüberkülozlu hastalar ile yapılan çalışmada ise bireylerin eğitim durumu ile stigma arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Şimşek, Özmen ve Çetinkaya 2016). Hepatitli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin eğitim durumu ile depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Savaş ve ark 2002). Bu çalışmalar mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir. Li ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılan bir çalışmada bireylerin eğitim durumu ile duygusal sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Li et al 2009). Başka bir çalışmada ise üniversite mezunu bireylerin sosyal desteklerinin daha iyi olduğu ortaya konulmuştur (Nazik ve ark 2013). Brown ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise bireylerin eğitim durumu arttıkça arkadaşları tarafından algılanan sosyal desteğin de arttığı görülmüştür (Brown, Serovich, Laschober, Kimberly and Lescano 2019). Açıklık ve Pakyüz'ün (2015) çalışmasında ise ilköğretim mezunlarının daha fazla damgalanma yaşadığı bulunurken Zhang ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise bireylerde eğitim durumu arttıkça damgalanmanın daha fazla olacağı saptanmıştır (Zhang et al 2016). Başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça bireylerde daha az depresyon belirtileri ortaya çıkmıştır (Brown et al 2019). Mevcut çalışma ile benzerlik göstermeyen bu durumların nedeninin, farklı örneklem ve hastalık grupları üzerinde araştırma yapılmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışma kapsamında medeni durumun bireylerde görülen stigma, yaşam kalitesi, depresyon ve sosyal destek üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi görülmedi ( $p>0,05$ ). Duko ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise medeni durum (boşanmış veya bekar olmak) ve depresyon düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Duko et al 2018). Hepatitli hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda ise medeni durum ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Savaş ve ark 2002, Yiğit ve ark 2017).



Yapılan çalışmalarda medeni durum ve yaşam kalitesi arasında bir fark görülmemiştir (Mahalakshmy, Premarajan and Hamide 2011, Razavi et al 2012, Carvalho et al 2017). Tüberkülozlu hastalar ile yapılan çalışmalarda ise medeni durum ile stigma arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Açikel ve Pakyüz 2015, Şimşek, Özmen ve Çetinkaya 2016). Razavi ve arkadaşlarının çalışmasında ve Mahalakshmy ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Mahalakshmy, Premarajan and Hamide 2011, Razavi et al 2012). Bu çalışmalar mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmadan farklı olarak Nazik ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada evli bireylerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu ve aynı zamanda boşanmış olan bireylerin yaşam kalitesinin evli bireylerden daha iyi olduğu görülmüştür (Nazik et al 2012). Kosti, Koci and Todorovi (2016) çalışmasında ise evlenmemiş bireylerin evli bireylere göre daha fazla damgalanma skoru olduğu görülmüştür. Epilepsi hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada ise evli bireylerin depresyon oranı daha düşük ve fiziksel fonksiyon durumunun ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (Akçalı, Altındağ, Geyik ve Cansel 2009).

Surur ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kentsel alanda yaşayan bireylerin kırsal alanda yaşayan bireylere göre yaşam kalitesinin bütün alanlarında daha yüksek değerler gösterdiği saptanmıştır (Surur et al 2017). Kosti, Koci ve Todorovi (2016)'nin çalışmasında ise kentte yaşayan bireylerde stigma durumunun daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Çalışma kapsamında ise bireylerin stigma, yaşam kalitesi, depresyon ve sosyal destek düzeyi ve yaşanılan yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Bu farklılığın sebebi mevcut çalışmadaki örneklem grubunun büyük çoğunluğunun (%60) şehirde yaşayan bireylerden oluşması olabilir. Yapılan başka bir çalışmada ise uzun süre yaşanılan yer ile bireylerde görülen stigma arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Şimşek, Özmen ve Çetinkaya 2016). Hepatitli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin yaşadıkları yer ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Yiğit ve ark 2017). Bu çalışmalar mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Mevcut çalışmada HIV pozitif bireylerin sigara içme durumu ile stigma, depresyon, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Yapılan bir çalışmada HIV pozitif bireylerin sigara kullanma durumu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Lasser et al 2018). Hepatitli bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada sigara içme durumu ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır (Savaş ve ark 2002). Yaşar ve arkadaşlarının epilepsi tanısı almış bireylerle yaptıkları bir çalışmada sigara kullanımının depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır (Yaşar ve ark 2014). Bu çalışmalar mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir. Başka bir çalışmada ise bireylerin stigmaya maruz kalması durumunda sigara kullanımının artacağı saptanmıştır (Zhang et al 2016). Tüberkülozlu hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada sigara içen bireylerin sigarayı bırakan bireylere göre aile ve arkadaş desteklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Açıkel ve Pakyüz 2015).

Çalışma kapsamında bireylerin hastaneye yatma durumu ile stigma, yaşam kalitesi, depresyon ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ). Carvalho ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bireylerin hastaneye yatma durumu ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Carvalho et al 2017). Hepatitli bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin hastaneye yatma durumu ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır (Savaş ve ark 2002). Bu çalışmalar mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir. Yapılan başka bir çalışmada ise hastaneye yatış sıklığının fazla olması bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Taşkın ve Olgun 2010). Mevcut çalışmada hastaneye yatış sıklığı sorgulanmadığı için Taşkın ve Olgun'un çalışmasından farklı bir sonuç elde edilmiş olabilir.

Feuillet ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bireylerin HIV durumunu yakın akrabaları (aile ve arkadaşlar) ile ne kadar paylaşırsa depresyon sıklıklarının da o kadar artacağı belirtilmiştir (Feuillet et al 2017). Başka bir çalışmada yalnız yaşayan hastaların, aileleri ile yaşayanlara göre daha fazla depresyon geçirme olasılığı olduğu

saptanmış olup aile desteğinin önemi belirtilmiştir (Gebrezgiabher et al 2019). Thai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aileleriyle birlikte yaşadıklarını ve aileleri tarafından duygusal destek aldıklarını bildirenler, ailesiyle yaşamayan ve duygusal destek almayanlardan daha az depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır (Thai et al 2018). Bu çalışmada ise bireylerin hastalığı ailesine ve arkadaşlarına söyleme durumu ile depresyon arasında fark olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ). Bu durumun hem farklı ölçek kullanımından hem de farklı gruplar üzerinde çalışma yapılmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ancak bireylerin hastalığını ailesine söyleyenlerde ÇBASDÖ'nin aile alt boyutu, HADÖ'nün ise sözlü saldırı ve bulaşma alt boyutları puan ortalamaları hastalığı ailesine söylemeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Bu durum hastalığını ailesine söyleyen bireylerin aile desteklerinin de iyi olduğu ancak toplum tarafından stigmaya maruz kalmaya devam etmeleri ve çevrenin bulaşma korkusu taşımasından kaynaklanabilir. Hastalığı arkadaşlarına söyleyenlerde ÇBASDÖ'nin arkadaş alt boyut puan ortalamasının söylemeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ( $p<0,05$ ). Bu durum hastalığı arkadaşlarına söyleyenlerin arkadaş desteklerinin de iyi olduğunu göstermektedir. Şimşek ve arkadaşlarının tüberkülozlu hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada hastalığını söylemeyen bireylerin içselleştirilmiş stigma alt boyut puan ortalamalarının söyleyenlere göre daha yüksek olduğu, başka bir çalışmada ise hastalığını söylemeyenlerin kendini algılama alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Açıkel ve Pakyüz 2015, Şimşek, Özmen ve Çetinkaya 2016). Mevcut çalışmada hastalığını arkadaşlarına söyleme durumu stigma düzeyini istatistiksel olarak anlamlı oranda etkilemese de hastalığını arkadaşına söylemeyenlerin HADÖ'nin sosyal izolasyon ve sağlık bakım ihmali dışındaki tüm alt boyutlarında puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı.

Mevcut çalışma kapsamında bireylerin ilaç yan etkisi yaşama durumu, ailede hastalık durumu, hastalığın bulaşma yolları hakkında bilgi durumları, hastalığı ilk duyduklarında üzüntü yaşama durumları ile bireylerin stigma, yaşam kalitesi, depresyon, sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Literatürde bu değişkenleri inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamış olmakla birlikte örneklem sayısının az olmasına bağlı gruplar arasında anlamlı farklılık ortaya konulamamış olabilir. Örneklem sayısının fazla olduğu çalışmalara gereksinim olduğu düşüncesindeyiz.

Çalışmada bireylerin hastalık seyri hakkında bilgisi olanların ve hastalığını ilk duyduklarında şok hissi yaşayan bireylerin aile desteğinin daha iyi olduğu görüldü. Ayrıca hastalığın aile içi ilişkilerini etkilediğini bildiren bireylerin daha çok sosyal alanlardan kendilerini izole ettikleri, sözlü saldırı yaşadıkları ve aynı zamanda çevresindeki insanların bulaşma korkusu yaşadığı görüldü. Literatür tarandığında bu değişkenleri inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamış olmakla birlikte hastalığı nedeniyle ailesinde sorun yaşayanların toplum tarafından daha fazla stigma görmesi beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmada bireylerde görülen stigma arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı görüldü. Yapılan literatür taramalarındaki çalışmalarda da (Kalichman et al 2009, Li et al 2009, Tesfaw et al 2016, Feuillet et al 2017, Shrestha et al 2017, Kalomo 2018, Thai et al 2018, Casale, Boyes, Pantelic, Toska and Cluver 2019, Houston et al 2019, Turan et al 2019) stigma ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmış olup, mevcut çalışma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda bireylerde algılanan sosyal destek arttıkça daha az depresyon durumunun görüldüğü saptanmıştır (Li et al 2009, Tesfaw et al 2016, Kalomo 2018, Casale, Boyes, Pantelic, Toska and Cluver 2019). Bu çalışmada ise bireylerin arkadaş destekleri arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı görüldü. Literatür çalışmaları ile uymayan bu durumun nedeninin bireylerin depresyon düzeylerinin arttıkça daha çok arkadaş desteğine ihtiyaç duymaları ve arkadaşlarından daha fazla destek almaları olabilir. Willis ve arkadaşlarının 21 HIV pozitif ergen ile yaptıkları çalışmada aile desteğinin depresyon düzeyini azalttığı saptanmıştır (Willis, Mavhu, Wogrin, Mutsinze and Kagee 2018). Mevcut çalışmada ise aile desteği arttıkça depresyonun azaldığı ancak bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlendi

( $p>0,05$ ). Willis'in çalışmasında farklı sonuç elde edilmesinin nedeni mevcut çalışmanın yetişkinler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Kalichman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada bireylerde görülen stigma düzeyinin sosyal destek ile ters orantıda olduğu saptanmıştır (Kalichman et al 2009). Parcesepe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada HIV ile ilgili tüm damgalama biçimlerini düşük sosyal destek düzeyi ile ilişkilendirmiştir (Parcesepe et al 2018). Yine başka bir çalışmada HIV'li hastalarda damgalanmanın yaygın olarak görüldüğü, bu durumun sosyal destek azlığı ile ilişkili olduğunu görülmüştür (Houston et al 2019). Li ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma da ise bireylerde daha yüksek algılanan stigma düzeyleri daha düşük duygusal sosyal destek düzeyleriyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür (Li et al 2009). Mevcut çalışmada ise sosyal izolasyon, sözlü saldırı ve sağlık bakım ihmali yaşayanların daha fazla arkadaş desteğine sahip oldukları belirlendi. Bu farklılığın nedeninin hastaların sosyal izolasyonlarının artması aynı zamanda sözlü saldırı ve sağlık bakım ihmaline uğrama durumlarını daha fazla arkadaşlarıyla paylaşmaları ve onlardan destek almaları olabilir. Ancak gerçek etkinin ortaya çıkarılmasında bu sorunlar nedeniyle mi arkadaşlarından daha fazla destek aldıkları sorgulanmalıdır.

Garfin ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan bir çalışmada bireylerdeki yaşam kalitesininin yüksek sosyal destek, düşük depresyon ve düşük stigma düzeyi ile ilgili olduğu görülmüştür (Garfin et al 2019). Yine yapılan başka bir çalışmada stigma düzeyi ile yaşam kalitesinin negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Than et al 2019). Aktif tüberküloz hastaları ile yapılan bir çalışmada depresyon arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Ünalın, Baştürk, Soyuer, Ceyhan ve Öztürk 2007). Yine başka bir çalışmada daha yüksek seviyelerde içselleştirilmiş damgalama bildiren bireylerin, daha az sosyal destek ve daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olabileceği görülmüştür (Ekstrand et al 2018). Lam ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise zayıf sosyal desteğin aynı zamanda depresyon ve damgalanmaya da katkıda bulunduğu saptanmıştır (Lam, Mayo, Scott, Brouillette and Fellows 2019). Mevcut çalışmada ise bireylerde depresyon düzeyi azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı görüldü.

Yapılan çalışmalarda da depresyon ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmış olup (Jia et al 2004, Shrestha et al 2017, Andersson et al 2019, Rooney et al 2019), bu çalışma sonucunun literatür çalışmaları ile benzer olduğu görüldü. Bu çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplamı ile yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ve mental ana boyutu arasında anlamlı ilişki olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ). Nazik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ve sosyal destek arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Nazik et al 2013). Mevcut çalışmada, aile ve özel bir insan desteği olan bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülürken arkadaş desteği fazla olan bireylerde ise yaşam kalitesinin daha az olduğu saptandı. Bu durumun nedeninin yaşam kalitesi azalmış bireylerin arkadaş desteğine daha çok ihtiyaç duymaları olarak düşünülebilir. Ayrıca sözlü saldırıya uğrayan, iş yeri stigmatı yaşayan hastaların kendilerini daha çok sosyal yönden izole ettikleri, olumsuz benlik algısı geliştirdikleri ve bu durumun yaşam kalitesini azalttığı saptandı. Bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu görüldü.

HIV'li hastaların stigma, depresyon, sosyal destek düzeyleri ve yaşam kalitelerini değerlendiren bu çalışmada bulunan temel sonuçlar şunlardır:

- HIV pozitif bireylerin stigma ölçeğinin en çok olumsuz benlik algısı alt boyutunda stigmaya maruz kaldığı, yaşam kalitesi ile algıladıkları sosyal desteğin etkilendiği ve yarısından fazlasında minimal depresyonun olduğu görüldü.
- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular göz önünde bulundurulduğunda; yaş, medeni durum, yaşanılan yer, bireylerin sigara içme ve hastaneye yatma durumları bireylerde görülen stigma, depresyon, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini etkilemezken, eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilediği görüldü. Ayrıca hastalıklarını aile ve arkadaşlarına söyleme durumunun ise bireylerin stigma ve sosyal destek düzeylerinin etkilendiği saptandı.

- Ölçekler arasındaki ilişki durumuna bakıldığında ise; bireylerde görülen stigma düzeyinin depresyon durumu ile pozitif, sosyal destek düzeyi ile negatif yönde ilişkili olduğu, bireylerin aile ve özel bir insan desteği ile yaşam kalitesinin arttığı fakat yaşam kalitesi düşük ve depresif belirtileri fazla olan bireylerin ise daha fazla arkadaş desteğine ihtiyaç duydukları, bireylerin yaşam kalitesinin stigma ve depresyon düzeyi ile negatif yönde ilişkili olduğu görüldü.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Hemşire öncülüğünde, HIV enfeksiyonunun bulaşma yolları ve korunma yöntemleri konusunda eğitimlerin düzenli aralıklarla yapılması, özelliklere bireylere HIV testi öncesi ve sonrasında danışmanlık yapılması,
- HIV pozitif bireylerin damgalanmalarını önlemek için hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun yeterli düzeyde bilgilendirilmesi ve yanlış bilgilerinin düzeltilmesinin sağlanması,
- Hemşire tarafından HIV pozitif bireylere ilaç kullanımı, yan etki yaşama, beslenme ve aktivite düzeyi gibi konularda rehberlik yapılarak yaşam kalitesinin artırılmasının sağlanması,
- Aileleri ve sosyal ağları tedavi yaklaşımına dahil etmek ve destek vermeye teşvik etmek için stratejilerin geliştirilmesi,
- Bireylerin stigma, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi için hastaların rutin olarak değerlendirilmesi ve düzenli takibinin yapılması,

- Stigmanın, depresyonun önlenmesi ve sosyal destek düzeyleri ile yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik eylem planlarının oluşturulması, projelerin geliştirilmesi önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- Açikel GY, Pakyüz SÇ. (2015). Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Damgalamanın Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2):136–145.
- Akar FY. (2007). Anti-HIV İlaçlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(1):13–18.
- Akbolat M, Turgut M, Över G. (2015). Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Algılarının Motivasyonlarına Etkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(2):65-82.
- Akçalı A, Altındağ A, Geyik S, Cansel N. (2009). E Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46:91–97.
- Akdemir N. (2011). Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, (Eds) Akdemir N, Birol L. Geliştirilmiş 3. Baskı, Sistem Ofset, Ankara.
- Aksakoğlu G. (2001). Dünya’ da AIDS’ in Durumu. *AIDS-Turkish Journal of AIDS*, 9:15:21-6.
- Aksoy M. (2008). HIV / AIDS ve Beslenme. (Sağlık Bakanlığı, Ed.). Ankara.  
Retrieved from <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t57.pdf>
- Andersson GZ, Eriksson LE, Schönnesson LN, Månehall P, Ekström AM, Eriksson LE, Schönnesson LN. (2019). Beyond Viral Suppression : The Quality Of Life Of People Living With HIV In Sweden. *AIDS Care*, 31(4):403–412.
- Ardahan M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2):68–75.

- Argon G. (1995). Edinilmiş İmmun Yetmezlik Sendromunda İmmunolojik Değişmeler ve Klinik Yansıması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 11:1*.
- Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2):214-231. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/115113>
- Arslan H, Şener DK. (2009). Stigma, Spiritüalite ve Konfor Kavramlarının Meleis’in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1):52–58.
- Aslan FG, Altındış M. (2017). Current Diagnostic Algorithm of HIV and Emerging Prevention Methods. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 47(2):47–60.
- Ataman Ç, Deveci A, Eren Ş, Kocagül A, Sayın S, Taşdelen N. (2016). HIV Bilgilendirme Kitabı. Klimik Derneği HIV/AIDS Çalışma Grubu. Retrieved from <https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2016/11/HIV.BILGILENDIRME.KITABI.pdf>
- Aydın A. (2017). Türkiye’de HIV/AIDS Yürütülen Hizmetler. In H. S. G. Müdürlüğü (Ed.) (pp. 4–40). T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. Retrieved from <https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2017/10/TÜRKİYE’DE-HIV- AIDS-YÜRÜTÜLEN-HİZMETLER-AYLA-AYDIN.pdf>
- Aylaz R, Güllü E, Güneş G. (2011). Aerobik Yürüme Egzersizin Depresif Belirtilere Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(4):172–177.

- Bakım B, Özçelik B, Karamustafaloğlu KO. (2005). HIV İle Enfekte Hastalarda Gözlenen Psikiyatrik Bozukluklar. *Düşünen Adam*, 18(3):149–156.
- Babayigit MA, Bakir B. (2004). HIV Enfeksiyonu ve AIDS : Epidemiyoloji ve Korunma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(11):280–290.
- Betancur MN, Lins L, Oliveira IRD, Brites C. (2017). Quality Of Life, Anxiety and Depression İn Patients With HIV/AIDS Who Present Poor Adherence To Antiretroviral Therapy: A Cross-Sectional Study İn Salvador, Brazil. *The Brazilian Journal Of Infectious Diseases*, 21(5):507–514.
- Bhatta DN, Liabsuetrakul T. (2017). Efficacy of a Social Self-Value Empowerment Intervention to Improve Quality of Life of HIV Infected People Receiving Antiretroviral Treatment in Nepal: A Randomized Controlled Trial. *AIDS and Behavior*, 21(6):1620–1631.
- Biambo AA, Adibe MO, Liman HM, Ukwe CV. (2018). Health-Related Quality Of Life Of HIV-Infected Patients Taking Different Antiretroviral Regimens At A Tertiary Healthcare Facility İn Northern Nigeria. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 17 (3): 549-557.
- Boylu AA, Paçacıoğlu B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (Akad)*, (December), 8(15):137–150.
- Brown MJ, Serovich JM, Laschober TC, Kimberly JA, Lescano CM. (2019). Mediating Effects Of Depressive Symptoms On Perceived Social Support And HIV Disclosure : Assessing Moderation By Sex. *AIDS and Behavior*, 23(3):636– 648.
- Carvalho BD, Policarpo S, Moreira AC. (2017). Nutritional Status and Quality of Life in HIV-infected patients. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4):923–933.
- Canavarro MC, Pereira M. (2012). Factor Structure and Psychometric Properties Of The European Portuguese Version Of A Questionnaire To Assess Quality Of Life İn HIV-Infected Adults : The WHOQOL-HIV-Bref. *AIDS Care*, 24(6):799–808.

- Casale M, Boyes M, Pantelic M, Toska E, Cluver L. (2019). Journal Of Affective Disorders Suicidal Thoughts and Behaviour Among South African Adolescents Living With HIV : Can Social Support Buffer The Impact Of Stigma ? *Journal of Affective Disorders*, 245(February 2018), 82–90.
- Chen B, Peng Y, Zhou L, Chai C, Yeh H, Chen S, Wang F, Zhang M, He T, Wang X. (2016). Social Support Received By Multidrug-Resistant Tuberculosis Patients and Related Factors: A Crosssectional Study İn Zhejiang Province, People’s Republic Of China. *Preference and Adherence*, 10:1063–1070.
- Çalışkan P. (2011). HIV-AIDS Damgalama Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nuray Enç).
- Çam O, Bilge A. (2013). Türkiye’de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematik Derleme The Process of Stigmatization, Attitude, and Belief about Mental Illness and Patient in Turkey: A Systematic Review. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2):91–101.
- Çelik SB, Can H, Kılınç EA, Önde M, Çelepkolu T, Altuntaş M. (2012). Aktif Tüberküloz Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Birlikteliği. *Smyrna Tıp Dergisi*, (6):34–40.
- Çelik M, Demir NA, Sümer Ş, Demir LS. (2015). Kronik Hepatit B Hastalarında Sosyodemografik Özellikler, Antiviral Tedavi ve Nekroinflamatuvar Aktivitenin Depresyon ve Anksiyete İle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(6):405–412.
- Dam L, Cheng A, Tran P, Wong SS, Hershov R, Cotler S, Cotler SJ. (2016). Hepatitis B Stigma and Knowledge among Vietnamese in Ho Chi Minh City and Chicago. *Canadian Journal Of Gastroenterology and Hepatology*, 8.
- Demir V. (2015). Bilinçli Farkındalık Temelli Kognitif Terapi Programının Bireylerin Depresif Belirti Düzeyleri Üzerine Etkisi. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 35(1): 15–26.

- Duko B, Geja E, Zewude M, Mekonen S. (2018). Prevalence and Associated Factors Of Depression Among Patients With HIV / AIDS İn Hawassa, Ethiopia, Cross - Sectional Study. *BMC Psychiatry*, 15(1):21
- Eker D, Arkar H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34):45–55.
- Eker D, Arkar H. ve Yaldız H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1):17–25.
- Ekstrand ML, Heylen E, Mazur A, Steward WT, Carpenter C, Yadav K, Sinha S, Nyamathi A. (2018). The Role of HIV Stigma in ART Adherence and Quality of Life Among Rural Women Living with HIV in India. *AIDS and Behavior*, 22(12):3859–3868.
- Mete HE. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11: 3–18. Retrieved from [https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD\\_11\\_70\\_3\\_18.pdf](https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_11_70_3_18.pdf)
- Feuillet P, Lert F, Tron L, Aubriere C, Spire B, Spira RD.(2017). Prevalence Of and Factors Associated With Depression Among People Living With HIV İn France. *HIV Medicine*, 18:383–395.
- Garfin DR, Shin SS, Ekstrand ML, Yadav K, Carpenter CL, Sinha S, Nyamathi AM. (2019). Depression, Social Support, and Stigma As Predictors Of Quality Of Life Over Time : Results From An Asha-Based HIV / AIDS İntervention İn India. *AIDS Care*, 0(0):1–9.
- Gebrezgabher BB, Abraha TH, Hailu E, Siyum H, Mebrahtu G, Gidey B, Abay M, Hintsu S, Angesom T. (2019). Depression among Adult HIV / AIDS Patients Attending ART Clinics at Aksum Town, Aksum, Ethiopia : A Cross-Sectional Study. *Depression Research and Treatment*, 1–8.

- Gökengin D, Çalık Ş, Öktem P. (2017). Türkiye’de HIV’le İlgili Damgalama ve Ayrımcılığın Analizi: HIV İle Yaşayan Kişiler İçin Damgalanma Göstergesi Sonuçları. *Klimik Dergisi*, 30(1):15–21.
- Graham S, Nunn P, Maher D. (2004). Diagnosis Of HIV Infection In Adults With Tuberculosis.Tb/HIV. In A Clinical Manual (Pp. 91–98).
- Hisli N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23):3–13.
- Houston P, Powell E, Khan J, Sultana S, Kwagyan J, Kharfen M, Rana S. (2019). Thirty-Five Years Later: HIV Stigma in Washington, DC Health Care Workers, 00(00):1–8.
- Holzemer WL, Uys LR, Chirwa MI, Greeff M, Makoe LN, Kohi TW, Dlamini PS, Stewart AL, Mullan, J, Phetlhu RD, Wantland D, Durrheim K. (2007). Validation Of The HIV/AIDS Stigma Instrument \* PLWA (HASI-P). *AIDS Care*, 19(8):1002–1012.
- Hunt R. (2016). İnsan İmmünyetmezlik Virüsü ve AIDS Hastalığın Tarihi. In Viroloji. Retrieved From <http://www.microbiologybook.org/turkish-virology/virolchapter7cturk.htm>.
- Jacobi CA, Atanga PNJI, Bin LK, Mbome VN, Akam W, Bogner JR, Kropf S, Malfertheiner P. (2013). HIV/AIDS-related stigma felt by people living with HIV from Buea, Cameroon. *AIDS Care*, 25(2):173-180.
- Jia H, Uphold CR, Wu S, Reid K, Findley K, Duncan PW. (2004). Health-Related Quality Of Life Among Men With HIV Infection: Effects Of Social Support, Coping, And Depression. *Aids Patient Care & Stds*, 18(10):594–603.

- Johnston L, Steinhaus M, Sass J, Benjarattanaporn P, Sirinirund P, Siraprapasiri T, Gass R. (2018). The Associations of Perceived Social Support with Key HIV Risk and Protective Factors Among Young Males Who Have Sex with Males in Bangkok and Chiang Mai, Thailand. *AIDS and Behavior*, 22(6):1899–1907.
- Kalichman SC, Simbayi LC, Cloete A, Mthembu PP, Mkhonta RN, Ginindzad T. (2009). Measuring AIDS Stigmas In People Living With HIV / AIDS: The Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, 21(1):87–93.
- Kalomo EN. (2018). Associations Between HIV-Related Stigma, Self- Esteem , Social Support , And Depressive Symptoms In Namibia Depressive Symptoms In Namibia. *Aging & Mental Health*, 22(12):1570–1576.
- Koenig LJ, Leary AO. (2019). Improving Health Outcomes For Women With HIV: The Potential Impact Of Addressing Internalized Stigma and Depression. *AIDS*, 33(3):577–579.
- Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. (2003). Stigmatizasyon. *Yeni Symposium*, 41(4):190–192.
- Kosti M, Koci B, Todorovi B. (2016). Stigmatization and Discrimination Of Patients With Chronic Hepatitis C. *Vojnosanit Pregled*, 73(12):1116–1124.
- Lam A, Mayo NE, Scott S, Brouillette M, Fellows LK. (2019). HIV-Related Stigma Affects Cognition in Older Men Living With HIV. *Acquir Immune Defic Syndr*, 80(2):198–204.
- Lasser KE, Lunze K, Cheng DM, Blokhina E, Walley Y, Tindle HA, Quinn E, Gnatenko N, Krupitsky E, Samet JH. (2018). Depression and Smoking Characteristics Among HIV-Positive Smokers In Russia : A Cross-Sectional Study. *Plos One*, 1–12.
- Li L, Lee S, Thammawijaya P, Jiraphongsa C, Rotheram-Borus MJ. (2009). Stigma, Social Support, and Depression Among People Living With HIV In Thailand. *AIDS Care*, 21(8):1007–1013.

- Link BG, Phelan JC. (2001). Conceptualizing Stigma. *Source: Annual Review of Sociology*, Vol. 27, pp. 363-385 Retrieved from <https://www.montefiore.org/documents/Original-Article-Conceptualizing-Stigma.pdf>
- Mahalakshmy T, Premarajan KC, Hamide A. (2011). Quality of Life and its Determinants in People Living with Human Immunodeficiency Virus Infection in Puducherry, India. *Quality of Life of People Living with HIV*, 36(24):1–6.
- Mak WWS, Mo PKH, Cheung RYM, Woo J, Cheung FM, Lee D. (2006). Comparative Stigma Of HIV/AIDS, SARS, and Tuberculosis In Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 63(7):1912–1922.
- Meyer, Ralph R, Adler R. (2017). Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). In *Magill's Medical Guide (Online Edition)*, 2017. 6p.
- Nazik E, Arslan S, Nazik H, Kurtaran B, Nazik S, Ulu A, Taşova Y. (2013). Determination of Quality of Life and Their Perceived Social Support from Family of Patients with HIV / AIDS. *Sex Disabil*, 31:263–274.
- Oran NT, Şenuzun F. (2008). Toplumda Kırılması Gereken Bir Zincir: HIV/AIDS Stigması ve Baş Etme Stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1):1– 15.
- Parcesepe A, Tymejczyk O, Remien R, Gadisa T, Gorrell SK, Hoffman S, Melaku Z, Elul B, Nash D. (2018). HIV - Related Stigma, Social Support, and Psychological Distress Among Individuals Initiating ART in Ethiopia. *AIDS and Behavior*, 22(12):3815–3825.
- Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ. (2014). Stigma, Status, and Population Health. *Social Science & Medicine (1982)*, 103:15–23.
- Pınar R. (1996). SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kullanımı: Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. *Sendrom*, 8:109–114.



- Polat H, Ergüney S. (2012). Tüberküloz Hastalarının Yalnızlık ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1): 40–47.
- Rafique I, Siddiqui S, Munir MA, Qureshi H, Javed N, Naz S, Tirmazi IZ. (2014). Experiences Of Stigma Among Hepatitis B and C Patients İn Rawalpindi and Islamabad, Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal La Revue De Santé De La Méditerranée Orientale*, 20(12):796–803.
- Rasoolinajad M, Abedinia N, Noorbala AA, Mohraz M, Badie, BM, Hamad A, Sahebi L. (2018). Relationship Among HIV-Related Stigma, Mental Health and Quality Of Life For HIV-Positive Patients İn Tehran. *AIDS and Behavior*, 22(12):3773– 3782.
- Razavi P, Hajifathalian K, Saeidi B, Djavid GE, Rasoulinejad M, Hajiabdolbaghi M, Paydary K, Kheirandish P, Foroughi M, SeyedAlinaghi S, Mohraz M, Mcfarland W. (2012). Quality of Life among Persons with HIV / AIDS in Iran : Internal Reliability and Validity of an International Instrument and Associated Factors. *AIDS Research and Treatment*, 1–7.
- Reis RK, Santos CB, Gir E. (2012). Quality Of Life Among Brazilian Women Living With HIV / AIDS. *AIDS Care*, 24(5):626–635.
- Rooney AS, Moore RC, Paolillo EW, Gouaux B, Umlauf A, Letendre SL, Jeste DV, Moore DJ. (2019). Journal of Aff ective Disorders Depression and aging with HIV : Associations with health-related quality of life and positive psychological factors. *Journal of Affective Disorders*, 251:1–7.
- Savaş N. (2015). İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu). *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*, 1:29–36.
- Savaş N, Öner S, Tamam L, Öner H, Saltoğlu N, Aytaç N, Akbaba M.(2002). Çütf Balcalı Hastanesi Klinik Bakteriyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'nde İzlenen Kronik B Hepatitli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Görülme Sıklığı. *Flora Dergisi*, 7(3):177–184.

- Shrestha R, Copenhaver M, Bazazi AR, Huedo-medina TB, Krishnan A, Altice FL. (2017). A Moderated Mediation Model of HIV-Related Stigma, Depression , and Social Support on Health-Related Quality of Life among Incarcerated Malaysian Men with HIV and Opioid Dependence. *AIDS Behav*, 21:1059–1069.
- Skevington SM. (2012). Is Quality Of Life Poorer For Older Adults With HIV / AIDS ? International Evidence Using The WHOQOL-HIV. *AIDS Care*, 24(10):1219–1226.
- Sulukun EE, Küçüköğlü K. Gül Hİ. (2009). AIDS ve Tedavisinde Kullanılan İlaçlar. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 38(1):47-78.,
- Surur AS, Teni FS, Wale W, Ayalew Y, Tesfaye B. (2017). Health Related Quality Of Life Of HIV/AIDS Patients On Highly Active Anti-Retroviral Therapy At A University Referral Hospital İn Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 17(1):1–8.
- Sütçü M, Somer A. (2014). Anneden Bebeğe HIV Geçişinin Önlenmesi. *Çocuk Dergisi*, 14(4):138-142.
- Şahin GÖ, Çalık NB, Ünal S. (2005). HIV Bulaş Yolları ve Hızları. *Türk HIV/AIDS Dergisi*, 8(1):5–12.
- Şimşek H, Özmen D, Çetinkaya AÇ. (2016). Tüberküloz Hastalarında İ çselleştirilmiş Damgalamanın Değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 7(1):156–173.
- Taşkın F, Olgun N. (2010). Akciğer Tüberkülozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal*, 11(1):19–26.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi Relation Between Sociodemographic Characteristics Depression and Burnout Levels Of Nurse Working İn University Hospital. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:100–108.

- Terzi Ş. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi Üniversite*, 3(29).
- Tesfaw G, Ayano G, Awoke T, Assefa D, Birhanu Z, Miheretie G. Abebe G. (2016). Prevalence and Correlates Of Depression and Anxiety Among Patients With Hiv On-Follow Up At Alert Hospital, Addis Ababa Ethiopia ,*Bmc Psychiatry*, 1–8.
- Thai TT, Jones MK, Harris LM, Heard RC, Hills NK, Lindan CP. (2018). Symptoms of Depression in People Living with HIV in Ho Chi Minh City, Vietnam : Prevalence and Associated Factors. *AIDS and Behavior*, 22(s1):76–84.
- Than PQT, Tran BX, Nguyen CT, Truong NT, Thai TPT, Latkin, CA, Ho CSH. Ho RCM. (2019). Stigma Against Patients With HIV / AIDS In The Rapid Expansion Of Antiretroviral Treatment In Large Drug Injection-Driven HIV Epidemics Of Vietnam. *Harm Reduction Journal*, 16(6):1–11.
- Thomas R, Burger R, Harper A, Kanema S, Mwenge L, Vanqa N, Mandla NB, Smith PC, Floyd S, Bock K, Ayles H, Beyers N, Donnel D, Fidler S, Hayes R, Hauck K.(2017). Differences In Health-Related Quality Of Life Between Hiv-Positive and Hiv-Negative People In Zambia and South Africa: A Cross-Sectional Baseline Survey Of The Hptn 071 (Popart) Trial. *The Lancet Global Health*, 5(11):E1133–E1141.
- Turan B, Rice WS, Crockett KB, Johnson M, Neilands TB, Ross SN, Kempf MC, Parker DK, Wingood G, Tien PC, Cohen M, Wilson TE, Logie CH, Sosanya O, Plankey M, Golub E, Adimora AA, Parish C, Weiser SD, Turan JM. (2019). Longitudinal Association Between Internalized HIV Stigma and Antiretroviral Therapy Adherence For Women Living With HIV : The Mediating Role Of Depression. *AIDS*, 33(3):571–576.

- Tümer A, Ünal S. (2001). HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma. *Aile ve Toplum*, 1(4).
- Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5:8–15.
- Ünal D, Baştürk M, Soyuer F, Ceyhan O, Öztürk A. (2007). Tüberkülozlu Hastalarda Depresyonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Aktif, İnaktif ve Kontrol Gruplarında Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 10:113–124.
- Yaşar H, Alay S, Kendirli T, Tekeli H, Şenol MG, Türker T, Saraçoğlu M. (2014). Genç Erkek Epilepsi Hastalarında Yaşam ve Uyku Kalitesi Quality of Life and Sleep in Young Male Patients with Epilepsy. *Epilepsi*, 20(1):17–22.
- Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2):71–79.
- Yiğit Ö, Ural O, Aktuğ-Demir N, Sümer Ş, Güler Ö, Demir LS. (2017). Kronik Hepatit B Hastaları ve İnaktif Hepatit B Virusu Taşıyıcılarında Depresyon , Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Evaluation of Depression , Anxiety Level and Quality of Life in Patients With Chronic. *Klinik Dergisi*, 30(3):136–141.
- Zhang C, Li X, Liu Y, Qiao S, Zhou Y, Shen Z, Chen Y. (2016). Substance Use and Psychosocial Status Among People Living With HIV / AIDS Who Encountered HIV Stigma In China : Stratified Analyses By Socio-Economic Status. *PLOS ONE*, 1–15.
- Xie H, Yu H, Watson R, Wen J, Xiao L, Yan M, Chen Y. (2019). Cross - Cultural Validation of the Health Care Provider HIV / AIDS Stigma Scale (HPASS) in China. *AIDS and Behavior*, 23(4):1048–1056.

Willis N, Mavhu W, Wogrin C, Mutsinze A, Kagee A. (2018). Understanding The Experience and Manifestation Of Depression In Adolescents Living With Hiv In Harare, Zimbabwe. *Plos One*, 1–12.

# EKLER

## Ek 1. T.C. Sakarya Üniversitesi'nden Alınan Kurum İzni

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
SAKARYA İLÜ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Sorumlu yürütücüsü olduğum "HIV'li Hastaların Stigma, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi" isimli çalışma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın Tıp Fakültesinde/Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim

Uygundur  
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Prof. Dr. Özgür KARABAY  
Etiler Sok. No: 49521-58502

20.08.2017

  
Adı ve soyadı

Sorumlu yürütücü

Yrd. Doç. Dr. Hawa SERT

Hemşirelik Anabilim dalı

UYGUNDUR

  
Adı, soyadı, T.C.  
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Doç. Dr. Behmet KILIÇ  
Eğitim ve Araştırma Yöneticisi V.

S.İL. SAĞLIK BAKANLIĞI SAKARYA  
ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
S.İL. SAĞLIK BAKANLIĞI SAKARYA  
ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
20.08.2017 09:29:34

Ek 2. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

10/2017-E.14737



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 71522473/050.01.04/ **182**  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul  
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva SERT  
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği

İlgi : 20.09.2017 tarihli 167 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "HIV'li Hastaların Stigma, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

**Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER**  
Etik Kurulu Başkanı

29/09/2017

Y.DEMİR

Evrakı Doğrulamak için : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENNA00R4F>

rm-178

### Ek 3. Hasta Tanılama Formu

#### Hasta Soru Formu

1. **Cinsiyet:** 1) Erkek 2) Kadın
2. **Yaş:** .....
3. **Eğitim durumu:** 1)Okur yazar değil 2) Okuryazar 3) İlköğretim 4) Lise  
5)Önlisans 6) Lisans 7)Lisansüstü
4. **Medeni durum :** 1) Bekar 2)Nişanlı 3)Evli 4)Boşanmış 5)Dul
5. **Mesleği:** 1)Emekli 2)işçi 3)Memur 4)Serbest Meslek 5)Çiftçi 6)Öğrenci 7)Ev Hanımı
6. **Yaşadığı yer:** 1) Köy 2)Kasaba 3)Kent 4)Büyükkent
7. **Sigara kullanımı:** 1) Var (...../gün) 2) Yok 3) Bırakmış (Bırakma süresi:.....)
8. **Alkol kullanımı:** 1) Var (Miktar:.....) 2) Yok 3) Bırakmış (Bırakma süresi:.....)
9. **Tanı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?** 1)Var (Tanı:.....) 2) Yok
10. **Hastalık Süresi:** .....
11. **İlaç Tedavisi:** 1) Var 2) Yok 3) Bırakmış (Nedeni:.....)
12. **Kullandığı ilaçlar:**.....
13. **Kullanım şekli/protokolü:**.....
14. **İlaçlara Bağlı Herhangi bir şikayeti var mı?**.....
15. **Laboratuvar Bulguları:**.....
16. **Psikiyatik Öykü:** 1)Var (Tanı:.....) 2) Yok
17. **Hastaneye yatış :** 1) Var (Nedeni.....)(Ne zaman:.....)  
2) Yok
18. **Düzenli kontrol:** 1) Var 2) Yok 3) Diğer.....
19. **Ailede herhangi bir hastalık olma durumu:** 1) Var  
(Tanı:.....) 2) Yok
20. **Hastalık Hakkında Bilgisi:** 1) Var (Ne Biliyorsunuz:.....)  
2) Yok
21. **Yaşanılan kişiler:**
22. **Hastalığınızı ilk duyduğunuzda ne hissettiniz?**.....
23. **Hastalığınızı herhangi birine söylediniz mi?** 1) Evet  
(Kime:.....) 2) Hayır (Neden:.....)



24. Hastalığınız aile içi ilişkilerinizi etkiledi mi? 1)Evet (Nasıl: .....)  
2)Hayır
25. Hastalığınız iş/arkadaşlık ilişkilerinizi etkiledi mi? 1)Evet(Nasıl: .....)  
2)Hayır
26. Hastalığınızla ilgili yaşadığınız en önemli sorun /sıkıntı nedir?.....
27. Bu sorunların çözülmesi için ne yapılmasını isterdiniz?.....
28. Gelecekle ilgili planlarınız/düşünceleriniz neler?.....
29. Hastalığınızla ilgili destek aldığınız bir yer/kuruluş/dernek var mı? 1.Evet  
(Adı:.....) 2 Hayır (Neden:.....) 3)  
Böyle bir yer olduğunu bilmiyorum
30. Hangi konularda destek alıyorsunuz?.....
31. Hangi konularda destek almak isterdiniz?.....

#### Ek 4. HIV/AIDS Damgalama Ölçeği (HADÖ)

##### HIV/AIDS DAMGALAMA ÖLÇEĞİ -H (HADÖ-H)

Size son üç ay içerisinde HIV (+) olmanızdan dolayı başınıza gelebilecek durumların bir listesini okuyacağım. Her maddeyi okuduktan sonra, lütfen bana bunların size ne sıklıkla olduklarını söyleyiniz.				
Son üç ay içerisinde HIV (+) olmanızdan dolayı aşağıdaki olaylar ne sıklıkla oldu?	Hiçbir zaman	Bir yada iki kez	Birkaç kez	Çoğu zaman
1. Kendi yemek takımımı (çatal, kaşık, tabak vb.) kullanmam söylendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Birisinin çocuğuna dokunmamam söylendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir kaptan en son içmem istendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ben yanından geçerken birisi benimle dalga geçti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diğer insanlarla birlikte yemek yemeği bıraktım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Öksürdüğüm için bulunduğum yeri terk etmem istendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Birisi benimle arkadaşlığını bıraktı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bir arkadaşım benimle sohbet etmez oldu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kötü isimlerle çağırıldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bana bir geleceğimin olmadığı söylendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Birisi beni azarladı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tanrının beni cezalandırdığı söylendi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Yalnız yemek yemek zorunda bırakıldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Birisi beni aşağıladı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. İnsanlar benden uzak durdu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. İnsanlar beni ziyaret etmeyi bıraktı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. İnsanlar benimle olan ilişkilerini bitirdiler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. HIV durumum nedeniyle suçlandım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Birisi beni işimden kovdurmaya çalıştı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. İşverenim beni fırsatlardan yoksun bıraktı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sıradaki sorular sizin hastanede ya da klinikteki deneyimlerinize ilgilidir.				
Son üç ay içerisinde HIV (+) olmanızdan dolayı aşağıdaki olaylar ne sıklıkla oldu?	Hiçbir zaman	Bir ya da iki kez	Birkaç kez	Çoğu zaman
21. Sağlık bakımı/tedavi almayı reddettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bir şekilde öleceğim söylendiği için tedaviyi reddettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Bakıma ihtiyacım olduğu halde hastaneden taburcu edildim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Bir hemşireden yardım alabilmek için çok uğraştım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hastanede ya da klinikte en sona bırakıldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hastanede kirli bir yatakta bırakıldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hastanede ya da klinikte ağrım önemsenmedi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bu sorular sizin düşünceleriniz ya da hislerinizle ilgilidir				
Son üç ay içerisinde HIV (+) olmanız nedeniyle ne kadar sıklıkla bu şekilde düşündünüz ya da hissettiniz?	Hiçbir zaman	Bir yada iki kez	Birkaç kez	Çoğu zaman
28. Yaşamayı hak etmediğimi hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Bu hastalığa sahip olduğum için utandım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Kendimi tamamen değersiz hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Aileme çok fazla sıkıntı verdiğimi hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Artık bir birey olmadığımı hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ek 5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

### BECK DEPRESYON ENVANTERİ

#### AÇIKLAMA:

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

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
  1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
  1. Gelecek hakkında karamsarım.
  2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
  1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
  2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
  3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
  2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
  2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
  2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
  3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
  2. Kendime çok kızıyorum.
  3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
  2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
  3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
  2. Kendimi öldürmek isterdim.
  3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
  2. Çoğu zaman ağlıyorum.
  3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
  2. Şimdi hep sinirliyim.
  3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
  3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
  3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
  2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
  3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
  2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
  3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
  2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
  3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-0.** Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
  2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
  3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-0.** İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
  2. İştahım çok azaldı.
  3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
  2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
  3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
  2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
  3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21-0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
  2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
  3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

<b>Depresyon derecesi</b>	<b>Toplam</b>
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63



## Ek 6. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek-1

### MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

## Ek 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

### EK

#### Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

## ÖZGEÇMİŞ

### I-Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Sebahat Gökçe DOĞAN  
Doğum yeri ve tarihi : Erzincan / 16 Haziran 1993  
Uyruğu : TC  
Medeni durumu : Bekar  
Askerlik durumu :  
İletişim adresi ve telefonu : Sakarya Eğitim Araştırma  
Hastanesi  
Yabancı dili : İngilizce

### II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Yüksek Lisans	İç hastalıkları Hemşireliği AD	Sakarya Üniversitesi 2016
Lisans	Hemşirelik	Süleyman Demirel Üniversitesi 2015

### III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Hemşire	Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi	11.11.2015-
---------	------------------------------------	-------------

#### **IV- Mesleki Deneyimi**

Hemşire                      Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi                      11.11.2015-

#### **V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar**

#### **VI- Bilimsel İlgi Alanları**

##### **Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler**

SEVEN A, **DOĞAN SG**, KINIK A, TORAMAN K, DAŞKIN G, SEVİNEN GG, DOĞRU T. (2019). Hemşirelik Bölümü İntörn Öğrencilerin Merhamet Düzeyi ve Etkileyen Faktörler: Pilot Çalışma. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3):273-282.

##### **Uluslararası-Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler**

Sert Havva, **Doğan Sebahat Gökçe**, Çetinkaya Serap, Pelin Meryem, Seven Ahmet (2017). Enfeksiyon Servisinde Yatan Hastaların Sağlık Durumları ve Bakım Verenlerin Bilgi Gereksinimleri: Pilot Çalışma. 19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, (**Poster Bildiri**)

##### **Aldığı Ödüller**

Sert Havva, **Doğan Sebahat Gökçe**, Çetinkaya Serap, Pelin Meryem, Seven Ahmet (2017). Enfeksiyon Servisinde Yatan Hastaların Sağlık Durumları ve Bakım Verenlerin Bilgi Gereksinimleri: Pilot Çalışma. 19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, (**Poster Bildiri Ödülü**)

## **VII- Bilimsel Etkinlikleri**

19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 11-15 Ekim 2017

20. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 10-14 Ekim 2018

1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sakarya, 15-17 Kasım 2018

## **VIII- Diğer Bilgiler**

### **Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri**

Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifika Programı, 2015-2016 Eğitim- Öğretim Yılı, Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Sakarya

Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programı, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Sakarya, 09.04.2018-22.05.2018

Eğitim Hemşireliği Sertifika Programı, Selçuk Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi, Konya, 21.09.2018- 21.10.2018

Farkındalık Temelli Zihin-Beden Uygulamaları Kursu, 20. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 10.10.2018

Kendin Olmak ve Özgüven Atölyesi, 1. Uluslararası 5. Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sakarya, 15-17 Kasım 2018

Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu "Etkin Bakım Sıfır Enfeksiyon" Sakarya, 26 Mart 2019