



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**HIV İLE YAŞAYAN İNSANLARDA İNTİHARIN
DAMGALANMA, AİDİYET VE DİĞER PSİKOLOJİK
FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ertuğrul SARAL
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Haziran, 2022



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**HIV İLE YAŞAYAN İNSANLARDA İNTİHARIN
DAMGALANMA, AİDİYET VE DİĞER PSİKOLOJİK
FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ertuğrul SARAL
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emrah KARADERE

TEZ EŞ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Rümeysa YENİ ELBAY

İSTANBUL
Haziran, 2022

Yazar Bildirimi

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği bünyesinde hazırladığım bu uzmanlık tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- Alıntılanan başkalarına ait tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntılarladığım metinlerini kaynak göstererek atıfta bulunduğum gibi, yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,
- Tezin hazırlanmasında katkısı olan, tez danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emrah KARADERE ve tez eş danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Rümeysa YENİ ELBAY beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

Haziran, 2022

Dr. Ertuğrul SARAL

İmza:

- Bu tez kabulünden önce hiçbir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezle ilgili herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Ertuğrul SARAL



Uzmanlık eğitimim sürecinde kendisinden çok şey öğrendiğim, tez sürecinde ilgisi ve bilgisi ile her zaman yanında hissettiren sayın Hocam Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emrah KARADERE'ye;

Psikiyatri yolculuğuna çıktığım ilk günden beri akademik ve klinik anlamda her zaman bana örnek olan, doktorluğun usta-çırak ilişkisi içinde engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden her zaman yararlandığım ve yararlanmak istediğim sayın Hocam Doç. Dr. Aynur GÖRMEZ'e;

Kliniğe ilk adım attığım günden bu yana çalışma fırsatı bulduğum, psikiyatri ve psikoterapiler konusundan her zaman yol gösterici olan sayın Hocam Doç. Dr. Hasan Turan KARATEPE'ye;

Birlikte çalıştığım için kendimi şanslı hissettiğim, klinik bilgi ve deneyimlerinden her zaman çok şey öğrendiğim, sayın Hocam Dr. Öğr. Üyesi Rumeysa YENİ ELBAY, Uzm. Dr. Selim ARPACIOĞLU, Uzm. Dr. Pelin Su ŞİRİN ve Prof. Dr. Serhat ÇITAK'a;

Akademik ve klinik anlamda, teori ile pratiği bir kasede nasıl harmanlarınız sorusunun yanıtını birlikte çalışırken çokça aldığım, tez sürecimde de yardımlarıyla yanımda olan sevgili uzmanım Dr. Ayşe KURTULMUŞ'a;

Kendisiyle kısa süre önce tanışma fırsatı bulduğum, kendisinden çok şey öğrendiğim, tezimde destekleriyle yanımda olan uzmanım Dr. Zülal ÇELİK'e;

Tez sürecime büyük katkısı olan, öğrencilik yıllarımda dahiliye asistanım olan ve tıp doktorluğuna dair çok şey öğrendiğim, Uzm. Dr. Kübra AKAN'a ve tüm gastroenteroloji kliniğine;

Rotasyonlarımda birlikte çalışma fırsatı bulduğum, kendilerinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Vahdet GÖRMEZ, Prof. Dr. Temel TOMBUL, Uzm. Dr. Didem DARICI, Uzm. Dr. Mine ERGELEN, Uzm. Dr. Gamze USTA ve Doç. Dr. Engin Emrem BEŞTEPE'ye;

Asistanlık sürecimde yanımda olan tüm asistan doktor ve psikolog arkadaşlarıma;

Öğrencilik yıllarımdan bu yana tanıdığım, HIV ile yaşayan insanlarla birlikte çalışmaya başlamamda büyük etkisi olan ve tez sürecinde çok büyük destekleri olan Çiğdem ŞİMŞEK'e;

Teşekkür

İç Hastalıkları serüvenimden, öğrencilik yıllarımdan itibaren istediğim psikiyatrist olma serüvenime geçişte en büyük destekçim, dostum, Uzm. Dr. Elif TARİHÇİ ÇAKMAK'a;

Değerli bilgisi ve ilgisi ile tez sürecimde de her zaman yanımda olan, dostum, Uzm. Ecz. Metin Sinan ELMALIOĞLU'na;

İç Hastalıkları yolculuğumun bana kattığı, değerli dostum Dr. Dilber Gülsüm ÖZMEN'e;

Tez sürecimde deneyimlerini benimle paylaşan ve büyük destekçim olan, tanımaktan mutluluk duyduğum, Uzm. Dr. Alper BÜLBÜL'e;

Bugünlere gelmemde en büyük emeği veren, her zaman destekçim sevgili aileme;

Tüm bu engebeli yollarda ne olduğunu çok anlamasa da yanımda olan :) değerlim Nyx'e;

Son olarak tezime katkıda bulunan tüm HIV ve Hepatit B ile yaşayan insanlara;

POZİTİFİZ derneğine;

En içten duygularımla sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Ertuğrul SARAL

Özet

HIV İLE YAŞAYAN İNSANLARDA İNTİHARIN DAMGALANMA, AİDİYET VE DİĞER PSİKOLOJİK FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

Amaç: HIV ile yaşayan insanlarda (HİYİ) önlenabilir ölüm nedenlerinden olan intihar, genel popülasyona kıyasla belirgin olarak fazladır. İntihar davranışını anlamakla ilgili çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Bunlardan biri kişiler arası intihar teorisi ve bu teoriye göre engellenmiş aidiyet ve başkalarına yük olma algısı artmış intihar riskiyle ilişkilidir. Bu çalışmada HIV ile yaşayan insanlarda depresyon, anksiyete, aidiyet, reddedilme ve damgalanmanın intihar ile ilişkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı özellikte tasarlanmıştır. 85 HIV ve 75 Hepatit B enfeksiyonu ile yaşayan insanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu HİYİ'ler, kontrol grubunu ise Hepatit B ile yaşayan insanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların HİYİ grubunu oluşturan kişilere sivil toplum kuruluşu sosyal medya hesaplarından; Hepatit B grubuna ise gastroenteroloji kliniğinden ulaşılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik form, İntihar Davranış Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, İçselleştirilmiş AIDS ilişkili Damgalama Ölçeği, Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği, Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi, Genel Aidiyet Ölçeği, Modifiye Morisky Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: HİYİ'lerin yaş ortalamasının $33,63 \pm 9,81$ olduğu ve büyük çoğunluğunun erkek katılımcılardan (%79,8) oluştuğu gözlenmiştir. HİYİ'lerin kontrol grubuna göre, damgalanma, başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet duygusu, reddedilme, anksiyete, depresyon, intihar davranışının ciddiyeti, tedaviye yönelik motivasyon ve bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu (sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,002$, $p<0,001$, $p=0,014$, $p=0,009$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$); kabul edilme ve genel aidiyet duygusunun daha düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla, $p=0,008$, $p<0,001$). HİYİ'lerde intihar davranışının ciddiyetinin damgalanma, reddedilme, başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet, anksiyete ve depresyon artışı ile arttığı (sırasıyla, $p=0,003$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$); kabul edilme ve genel aidiyet

duygusunda artış ile azaldığı saptanmıştır (sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,001$). HIYİ'lerde damgalanma miktarının artması ile depresyonun, anksiyetenin, intihar davranışının ciddiyetinin, başkalarına yük olma algısının, engellenmiş aidiyetin ve reddedilmenin arttığı (sırasıyla, $p=0,001$, $p=0,004$, $p=0,003$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$); kabul edilme ve genel aidiyet duygusunun azaldığı gözlenmiştir (sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,001$). Enfekte olma süreleri incelendiğinde, HIYİ'lerde enfekte olma süresi azaldıkça intihar davranışının ciddiyetinde artış görülmüştür ($p= 0,046$). Son olarak, reddedilmenin HIYİ'lerde damgalanma ve intihar davranışının ciddiyetini yordadığı bulunmuştur (sırasıyla, $p=0,007$, $p=0,01$).

Sonuç: HIYİ'lerin artmış olan depresyon, anksiyete ve intihar riski hastalığın her evresinde göz önünde bulundurulmalı ve multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. İntihar ve damgalanma ile ilişkili bulunan reddedilmeyi azaltmak için, hasta ile temastaki tüm sağlık çalışanlarının eğitilmesi; sağlık politikaları, yasalar oluşturulması; çeşitli damgalayıcı ve marjinalleştirici konularda toplumun bilgilendirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: HIV, İntihar, Kişiler arası intihar teorisi, Damgalanma, Aidiyet, Engellenmiş aidiyet, Başkalarına yük olma algısı

Abstract

THE RELATIONSHIP BETWEEN SUICIDE AND STIGMA, BELONGINGNESS AND OTHER PSYCHOLOGICAL FACTORS IN PEOPLE LIVING WITH HIV

Objective: Suicide, a preventable cause of death in people living with HIV (PLWH), is significantly higher than general population. Various theories of suicidal behavior have been proposed in the literature. Interpersonal-psychological theory of suicide suggests that increased suicidality is related to thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. In this study, the relationship between depression, anxiety, belongingness, rejection, stigma and suicide was assessed in PLWH.

Methods: The study was designed as cross-sectional and descriptive. It was carried out with 85 PLWH and 75 people living with Hepatitis B. The study group consists of PLWH, and the control group consists of people living with Hepatitis B. PLWH group was invited to be participated in the study by the social media accounts of a non-governmental organization; The hepatitis B group was reached from Istanbul Medeniyet University Gastroenterology Outpatient Clinic. The survey consists of Sociodemographic Form, Suicidal Behaviors Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Internalized AIDS-Related Stigma Scale, Chronic Illness Anticipated Stigma Scale, Interpersonal Needs Questionnaire, General Belongingness Scale, Modified Morisky Scale were applied to the participants.

Result: Participants' mean age was $33,63 \pm 9,81$ and the majority was male (79,8%). PLWH had higher levels of stigma, perceived burdensomeness, thwarted belongingness, rejection, anxiety, depression, motivation and knowledge for treatment and higher severity of suicidal behavior compared to the control group ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,002$, $p < 0,001$, $p = 0,014$, $p = 0,009$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, respectively). However, acceptance and general belongingness was lower in PLWH ($p = 0,008$, $p < 0,001$, respectively). The severity of suicidal behavior was associated with increased levels of stigma, rejection, perceived burdensomeness, thwarted belongingness, anxiety and depression ($p = 0,003$, $p < 0,001$, $p < 0,001$,

$p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, respectively), and decreased levels of acceptance and general belongingness in PLWH ($p < 0,001$, $p < 0,001$, respectively). Increased level of stigma was positively correlated with depression, anxiety, perceived burdensomeness, thwarted belongingness and rejection levels and the severity of suicidal behavior ($p = 0,001$, $p = 0,004$, $p = 0,003$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, respectively), whereas was negatively correlated with the acceptance and general belongingness ($p < 0,001$, $p < 0,001$, respectively). In terms of the duration of infection, PLWH had higher severity of suicidal behavior during the first years after diagnosis ($p = 0.046$). Finally, rejection was found to predict stigma and the severity of suicidal behavior in PLWH ($p = 0.007$, $p = 0.01$, respectively).

Conclusion: The increased risk of depression, anxiety and suicide of PLWH should be considered at all stages of the disease and should be evaluated with a multidisciplinary approach. Educating healthcare workers in contact with PLWH, establishing healthcare policies; and informing the society on various stigmatized and marginalized issues related to HIV are highly warranted to reduce rejection which is associated with stigma and suicidal behavior.

Keywords: HIV, Suicide, Interpersonal-psychological theory of suicide, Stigma, Belongingness, Perceived burdensomeness, Thwarted belongingness

İçindekiler

Tablo Listesi	xi
Şekil Listesi	xii
Kısaltmalar	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.2 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 HIV/AIDS Tanımı.....	4
2.1.1 HIV ve AIDS'in genel özellikleri	4
2.1.2 HIV Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2.1 Başlıca bulaş yolları	6
2.1.3 HIV Tanı ve Tedavisi	7
2.1.4 HIV ve Psikiyatrik Komorbiditeler	9
2.1.5 HIV ve Damgalanma	12
2.2 İNTİHAR.....	13
2.2.1 Tanım ve Epidemiyoloji.....	13
2.2.2 İntihar İçin Risk Faktörleri	15
2.2.2.1 Toplumsal risk faktörleri	15
2.2.2.2 Bireysel risk faktörleri	16
2.2.3 İntihar teorileri	17
2.2.3.1 Biyolojik açıdan intihar	18
2.2.3.2 Psikanalitik açıdan intihar.....	18
2.2.3.3 Sosyolojik açıdan intihar	19
2.2.3.4 Psikolojik açıdan intihar	19
2.2.4 HIV ve İntihar	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1 ÖRNEKLEM ve YÖNTEM	32
3.2 DAHİL ETME ve HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ.....	33
3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	33
3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	34
3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu	34
3.4.2 İçselleştirilmiş AIDS İlişkili Damgalama Ölçeği (İAİDÖ)	34

3.4.3 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	35
3.4.4 İntihar Davranış Ölçeği (İDÖ)	35
3.4.5 Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği (KHBSÖ)	35
3.4.6 Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi (KİA)	36
3.4.7 Modifiye Morisky Ölçeği (MMÖ)	36
3.4.8 Genel Aidiet Ölçeği (GAÖ)	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	57
5.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK ÖZELLİKLERİ .	59
5.2 KATILIMCILARIN TAMAMININ PSİKİYATRİK ve PSİKOSOSYAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	61
5.3 ÇALIŞMA ve KONTROL GRUBUNUN ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	64
5.4 HİYİ'LERDE DAMGALANMA, AİDİYET ve PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR.....	66
5.5 HİYİ'LERDE DAMGALANMA ve İNTİHAR CİDDİYETİNİ YORDAYAN FAKTÖRLER.....	69
5.6 ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI.....	72
5.7 SONUÇLAR ve ÇALIŞMANIN KLİNİK ÖNEMİ.....	72
Kaynaklar	75
Ekler	93
Ek A. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	93
Ek B. Anket Formu	96
Etik Kurul Onay Formu	126

Tablo Listesi

2.1: Bireysel risk faktörleriyle ilişkili rölâtif riskler	17
2.2: HIV ile yaşayan insanlarda intihardan koruyucu faktörler	28
2.3: HIV ile yaşayan insanlarda intihar için predispozan faktörler.....	29
4.1: Hepatit B ve HIV grupları arasında demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması	38
4.2: Araştırmada değerlendirilen vakaların enfekte olma süre özellikleri	41
4.3: Katılımcıların psikolojik destek ve enfeksiyon ile ilgili sosyal sorulara verdikleri yanıtlar	42
4.4: HiYİ'ler arasında psikometrik ölçümler arasındaki korelasyon	44
4.5: HiYİ'lerde enfekte olma süresi ile İDÖ skorları arasındaki ilişki	48
4.6: HIV ve Hepatit B grupları arasında psikometrik ölçümlerin karşılaştırılması	48
4.7: Araştırmada değerlendirilen tüm katılımcılar arasında HIV / Hepatit B ile ilişkili demografik özelliklere göre psikometrik özelliklerin karşılaştırılması	50
4.8: Tüm katılımcılar arasında intihar tehdidine göre psikometrik özelliklerin karşılaştırılması	52
4.9: HIV grubunda İAİDÖ açıklamada etkili olan faktörler	53
4.10: HIV grubunda İDÖ davranışlarını açıklamada etkili olan faktörler	54

Şekil Listesi

2.1: HIV Enfeksiyonlarının Nüfus Dağılımı, UNAIDS özel analizi, 2021.....	5
2.2: HIV enfeksiyonlarının taramasına yönelik ulusal algoritma (2018).	8
2.3: HIV ve Psikiyatrik hastalıkların karşılıklı etkileşimi	10
2.4: 2019 yılının dünya genelindeki yaşa göre intihar oranları (Oranlar, 100.000 kişide ölçülen intihar başına ölüm sayısını göstermektedir.).....	14
2.5: İntihar nedenli ölümlerin ülkelere göre dağılımı (2019)	15
2.6: Kişiler arası intihar teorisinin varsayımları	23
2.7: Ölümcül intihar davranışına neden olan yolaklar.	25

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome - Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
AL.....	Alt Limit
ART.....	Antiretroviral Tedavi
CD4	Cluster of Differentiation 4
DBT	Dialectical Behavior Therapy - Diyalektik Davranışçı Terapi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GA	Güven Aralığı
GAÖ.....	Genel Aidiyet Ölçeği
GDTM.....	Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri
H	Hipotez
HAD.....	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HIV	Human Immunodeficiency Virus - İnsan İmmünyetmezlik Virüsü
HIYİ	HIV ile Yaşayan İnsanlar
İAİDÖ.....	İçselleştirilmiş AIDS İlişkili Damgalama Ölçeği
İBH	İnflamatuvar Barsak Hastalığı
İDÖ.....	İntihar Davranış Ölçeği
INSTI	integraz inhibitörü
KHBSÖ	Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği
KİA	Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi
MMÖ.....	Modifiye Morisky Ölçeği
N.....	Kişi Sayısı
NAAT	Nükleik Asit Arama Testleri
NNRTI.....	Non-Nükleozit Reverstranskriptaz İnhibitörü
NRTI	Nükleozit Reverstranskriptaz İnhibitörü
Ort.....	Ortalama
p	Olasılık Değeri
PI.....	Proteaz İnhibitörü
SH	Standart Hata
SS.....	Standart Sapma
t.....	Bağımsız Değişken
TCSB	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Kısaltmalar

ÜL.....	Üst Limit
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS - Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı



GİRİŞ VE AMAÇ

HIV (Human Immunodeficiency Virus - İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) ve AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome - Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu) çağımızın önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Yaklaşık olarak 37,7 milyon insanın günümüzde HIV enfeksiyonu tanısına sahip olduğu bilinmektedir. Enfeksiyon hastalıkları yanında hastalığın doğası gereği oluşabilecek komorbid durumların en önemlilerinden birini psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır. HIV ile yaşayan insanlar (HİYİ) ile yapılan birçok çalışma bizlere göstermektedir ki depresyon, anksiyete, intihar riski genel toplumla kıyaslandığında yüksektir. HİYİ'lerin maruz kaldıkları damgalanmanın psikiyatrik komorbiditelere olan etkisinin büyük olduğu bilinmektedir. HIV ile ilişkili damgalanma ve neden olduğu sonuçlar son dönemde önemli araştırma konularından birisidir. UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı) tarafından yapılan tanımına bakıldığında, HIV ve AIDS ile yaşayan veya HIV ve AIDS ile ilişkili olan kişilerin “değersizleştirilme süreci” olduğu görülmektedir. Damgalamanın kaynağının çok farklı nedenleri olabileceği, en önemlileri arasında hastalığın bulaş yolu, damar içi ilaç kullanımı olduğu çeşitli kaynaklarda görülmektedir. Damgalanmaya maruz kalan kişiler ardından ayrımcılıkla yüz yüze gelmektedir. Ayrımcılık, bir kişiye karşı, belirli bir gruba ait olması ya da ait olduğu düşünülmesi sonucunda haksız bir muameleye maruz bırakılması, böylece kişilerin farklı kılınmasını ifade etmektedir. HİYİ'lerin maruz kaldıkları damgalanma, kendilerini izole edilmiş, reddedilmiş hissetmelerine, olumsuz yargı/suçluluktan kaçmak için kendilerini sosyal hayattan çekmelerine, hastalıkla baş etme yeteneklerinde azalmaya, anksiyete, depresyon ve intihar riskinde artmaya neden olmaktadır. Ayrıca HIV ilişkili damgalanmada sosyal destekte artışın, damgalanmanın azalması ve aidiyet

hissinin artması ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Tüm toplum için en önemli önlenabilir ölüm nedenlerinden biri olan intiharın HİYİ'lerde daha da fazla görülmesi, mevcut tedavilerle sağlıklı bir yaşam sürebilen HİYİ'ler için yaşam boyu risk oluşturmaktadır.

İntiharı anlamak için birçok farklı teori geliştirilmiştir. Bunlar, Baumeister'in kaçış kuramı, Shneidman'ın psikolojik acı teorisi, Linehan'ın duygu düzenleme teorisi, Umutsuzluk teorisi, Rudd'un değişken yatkınlık teorisi, Williams'ın aşırı genel anı teorisi ve intiharın acı çığılığı modeli ve Joiner'in kişilerarası intihar teorisi olarak sıralanabilir. Fiziksel hastalıklar ve intihar üzerine yapılmış olan araştırmalarda HİYİ'lerde kişiler arası intihar teorisinin intiharı araştırmak için uygun olduğu vurgulanmıştır. Kişiler arası intihar teorisi, kişinin intihar girişiminde bulunabilmesi için iki farklı koşulu karşılaması gerektiğini ileri sürmektedir. Bunlar, kişinin intihar ile ölüm arzusunun ve ölümcül olarak kendine zarar verebilirliğinin/zarar verme yeteneğinin olmasıdır. Kişide intihar arzusunun, başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet nedeniyle ortaya çıktığı öne sürülmüştür. HİYİ'lerde yapılmış olan kişiler arası intihar teorisi konulu çalışmalara baktığımızda, başkalarına yük olma algısı ve intihar riskini HİYİ'lerde araştıran az sayıda çalışma olduğu; kişiler arası intihar teorisinin kavramlarından engellenmiş aidiyetin, tutarlı olarak HİYİ'lerde intihar ile ilişkili olduğu görülmüştür. Önlenabilir ölüm nedenlerinin en önemlilerinden olan ve HİYİ'lerde genel popülasyondan daha sıklıkla görülen intiharı yordayan faktörlerin bulunabilmesi halinde gerekli önlemler alınarak intihar riskini ortadan kaldırılabılırız. Araştırmanın amacı HİYİ'lerde intihar davranışının damgalanma, aidiyet, reddedilme, depresyon, anksiyete ve diğer sosyodemografik verilerle ilişkisini incelemek; elde ettiğimiz verilerle HİYİ'lerin psikiyatrik ve genel tıbbi anlamda yönetimine katkıda bulunmak ve bu konuda yapılacak çalışmaların önünü açmaktır.

1.2 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1: HİYİ'lerde intihar davranışının ciddiyeti, damgalanma, depresyon ve anksiyete puanları ile pozitif ilişkilidir.

Hipotez 2: HİYİ'lerde intihar davranışının ciddiyeti ve damgalanma, aidiyet puanları ile negatif ilişkilidir.

Hipotez 3: HİYİ'lerde depresyon ve anksiyete puanlarının artması intihar davranışı ciddiyetinin puanları ile pozitif ilişkilidir.

Hipotez 4: HİYİ'lerde Hepatit B ile yaşayan insanlara kıyasla damgalanma, anksiyete, depresyon, intihar davranışının ciddiyeti, reddedilme, başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet puanları daha yüksek, kabul edilme ve genel aidiyet puanları daha düşüktür.

Hipotez 5: HİYİ'lerde intihar davranışının ciddiyeti enfekte olma süresi ile ters ilişkilidir.

Hipotez 6: HİYİ'lerde reddedilme damgalanmayı yordar.

Hipotez 7: HİYİ'lerde başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet intihar davranışının ciddiyetini yordar.

GENEL BİLGİLER

2.1 HIV/AIDS Tanımı

2.1.1 HIV ve AIDS'in genel özellikleri

HIV modern zamanların başlıca halk sağlığı sorunlarından biridir. Virüs, Retroviridae ailesinin Lentivirüs türünde bir RNA virüsüdür. Enfekte olan kişide AIDS ile sonuçlanabilmektedir. HIV-1 ve HIV-2 olmak üzere 2 tipi mevcuttur. HIV-1 en yaygın ve patojenik tipidir (1).

Virüsün primer hedefi CD4+ T lenfositleridir. Bu hücrelerde sayıca azalma nedeniyle enfekte kişide immunsupresyon, fırsatçı enfeksiyonlar ve çeşitli maligniteler görülebilmektedir. Tedavi edilmeyen HIV enfeksiyonunun klinik spektrumu akut retroviral sendrom, asemptomatik enfeksiyon, erken semptomatik enfeksiyon ve fırsatçı komplikasyonlarla birlikte ileri düzeyde immün yetmezlik ve ölümü içermektedir (2).

2.1.2 HIV Epidemiyolojisi

AIDS ilk kez 1981 yılında New York ve San Francisco'da yaşayan, genç ve önceden sağlıklı homoseksüel erkeklerde *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi gibi fırsatçı enfeksiyonlar ve Kaposi Sarkomu olgularında artış sonrasında tanımlanmıştır (3, 4). Virüsün ilk kez izole edilmesi 1983 yılında olmuştur (5). Tanı için serolojik testler 1985 yılında kullanılmaya başlanmıştır. 1986 yılında da HIV-1'den farklı antijenik özellikler gösteren HIV-2 virüsü Afrika'da 2 vakada izole edilip tanımlanmıştır (6).

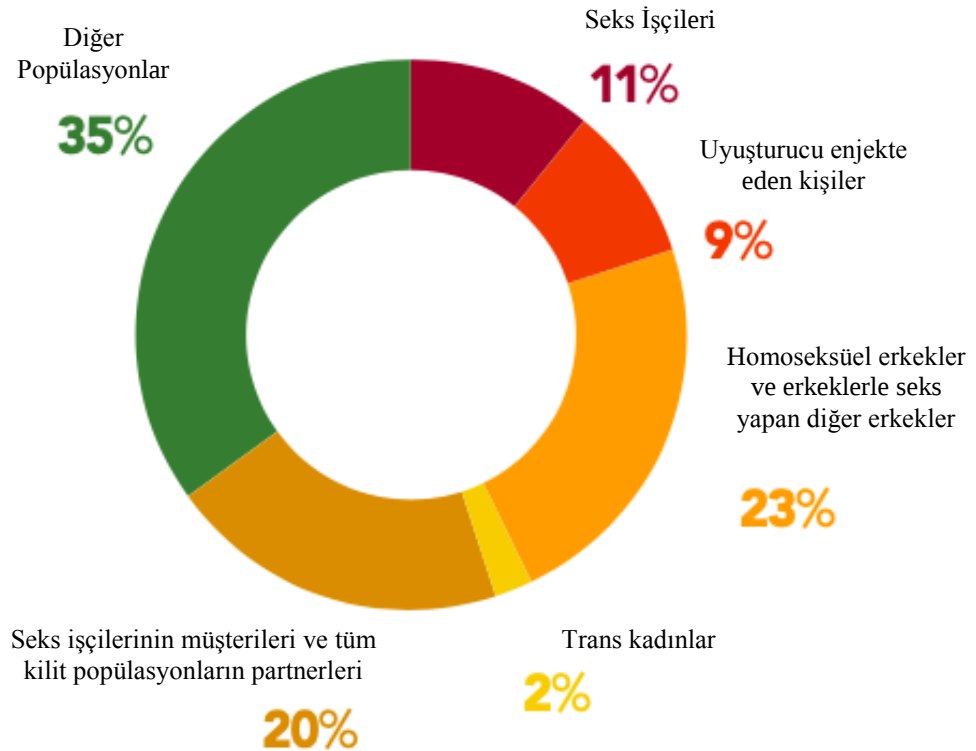
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 verilerine göre, HİYİ sayısı 37,7 milyon olarak görülmektedir. Bunların 36 milyonu yetişkin, 1,7 milyonu ise çocuk/ergen yaş aralığındadır. Toplam HİYİ'lerin %53'ü kadın ve kız

çocuklarından oluşmaktadır. DSÖ Afrika bölgesinde, HİYİ'lerin 2/3'ünden fazlası (25,4 milyon) yer almaktadır (7).

2020 yılı içinde 1,5 milyon kişi HIV ile yeni enfekte olmuştur ve 680 bin kişi HIV ile ilişkili olarak hayatını kaybetmiştir. HİYİ'lerin ise %73'ünün antiretroviral tedavi (ART) aldığı gözlenmiştir (7). HİYİ'lerin %84'ünün HIV durumlarından haberdar oldukları ve 6,1 milyon kişinin HIV ile yaşadığını bilmediği raporlanmıştır (7, 8).

UNAIDS verilerine göre 2020 yılında, HIV enfeksiyonuna daha savunmasız kilit popülasyonlar (Seks işçileri ve müşterileri, homoseksüel erkekler ve erkeklerle seks yapan diğer erkekler, uyuşturucu enjekte edenler, translar) ve onların cinsel partnerleri dünya çapında HİYİ'lerin %65'ini oluşturmaktadır (8). HIV enfeksiyonu için küresel nüfus dağılımı, Şekil 2.1'de gösterilmiştir.

Küresel Veriler



Şekil 2.1: HIV Enfeksiyonlarının Nüfus Dağılımı, UNAIDS özel analizi, 2021.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre 1985 yılından 15 Kasım 2021 tarihine kadar doğrulama testi ile teyit edilip bildirimi yapılan HIYİ sayısı 29.284 ve AIDS ile yaşayan insan sayısı 2052 olarak görülmektedir. Sosyodemografik verilerine bakıldığında, %81,2’si erkek, %18,8’i kadın, %16’sı yabancı uyrukludur. Türkiye’de kayıtlı vakalar en sık 25-29 ve 30-34 yaş arasında görülmektedir; bulaş yollarına bakıldığında %46,1’inin cinsel yolla (%68,6’sı heteroseksüel cinsel ilişki), %1’inin damar içi madde kullanımıyla olduğu; %52,57’sinin ise bulaş yolunun bilinmediği görülmektedir. Türkiye verilerine bakıldığında enfekte kişi sayısının yıllar içinde arttığı gözlenmektedir (9).

Epidemiyolojik ve sürveyans verileri 3 ana bulaş yolu olarak, cinsel temas, kana maruziyet (özellikle damar içi ilaç kullanımı, bazen transfüzyon ile) ve anneden bebeğe perinatal geçişi halen desteklemektedir (1).

HIV enfeksiyonunun bulaşma biçimlerine göre dağılımı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde erkek erkeğe cinsel temas ve damar içi uyuşturucu kullanımı, vakaların yarısından fazlasını oluşturmaktadır (10).

2.1.2.1 Başlıca bulaş yolları

Cinsel temas, en yaygın bulaş şekli olup, anal seksin vajinal ve oral sekse göre daha yüksek bulaş riski oluşturduğu bilinmektedir. Yine cinsel yolla bulaşan başka bir enfeksiyonun (özellikle genital ülser olması) varlığı HIV bulaşını arttırmaktadır. Cinsel yönetime atfedilen vakaların coğrafi bölgelere göre dağılımı farklılık göstermektedir. Afrika ve Karayipler’de HIV enfeksiyonu başlıca heteroseksüel cinsel ilişki ile yayılırken, Kuzey Amerika ve Avrupa’da erkek vakaların çoğunu homoseksüel cinsel ilişki ile bulaş oluşturmaya devam etmektedir. Heteroseksüel geçiş ise, kadınlar hariç yeni enfeksiyonlar için daha az sayıda HIV enfeksiyonundan sorumludur.

Damar içi uyuşturucu kullanımı olan kişilerde, HIV ile enfekte kan ile kontamine enjeksiyon ekipmanı kullanımı sonucunda bulaş gerçekleşmektedir. Buradaki riski belirleyen etmenler arasında iğne paylaşım sıklığı, iğne paylaşılan partner sayısı, enjeksiyon sayısı, uyuşturucu kullanılan yerdeki ortalama enjeksiyon sayısı ve bölgedeki HIV enfeksiyonu prevalansı yer almaktadır.

HIV ile enfekte kan veya kan ürünleri, HIV enfeksiyonu için yüksek risk oluşturmaktadır. HIV, tam kan, kan hücre bileşenleri, plazma ve pıhtılaşma faktörlerinin alınması yoluyla bulaşabilmektedir. Bir kişinin HIV pozitif olduğu bir kan ürününü aldıktan sonra HIV ile enfekte olma olasılığı %100'e yaklaşmaktadır (1).

HIV ile yaşayan kadınlardan bebeklerine enfeksiyon geçişi uterus içinde, doğumda ya da anne sütü ile olabilmektedir. Anneden bebeğe bulaş, dünya genelinde HIV ile yaşayan çocukların %90'ından sorumludur (8).

Son olarak UNAIDS verilerine göre HIV bulaş risklerine bakıldığında; damar içi madde kullananlar için 35 kat, trans kadınlar için 34 kat, seks işçileri için 26 kat, homoseksüel erkekler ve erkeklerle seks yapan diğer erkekler arasında 25 kat riskin daha yüksek olduğu görülmektedir (8).

2.1.3 HIV Tanı ve Tedavisi

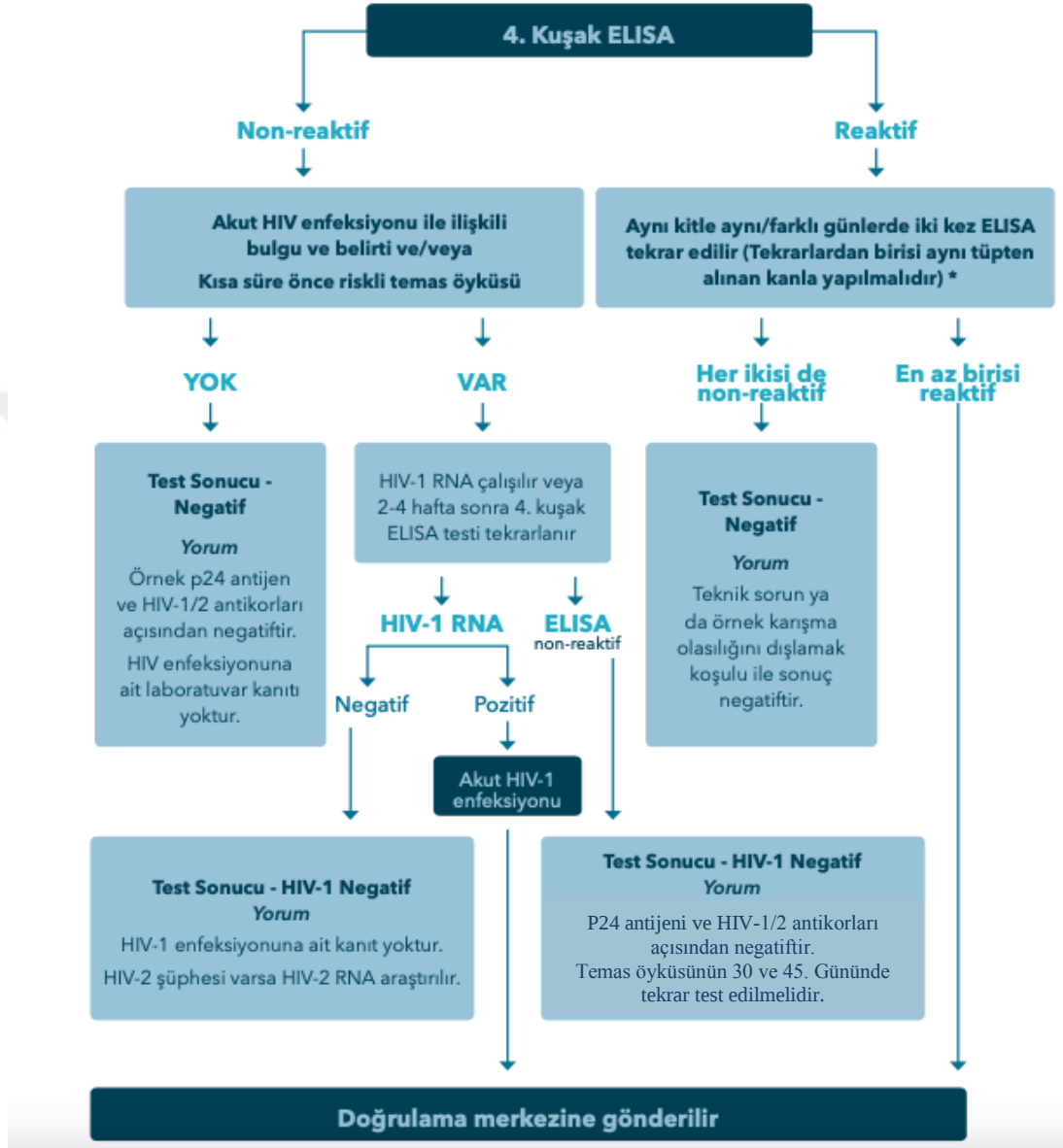
HIV testi yapılması, enfeksiyonu önleme ve tedaviye başlamak için ilk aşamadır. Ülkemizde de bu konulara yönelik önerileri içeren tanı ve tedavi algoritmaları belirli aralıklarla Sağlık Bakanlığı tarafından güncellenmektedir.

HIV enfeksiyonu için tanının kesinleştirilmesi serumda antijen, nükleik asit ya da virüse spesifik antikorların gösterilmesi ile mümkündür. Test algoritmalarındaki amaç; tıbbi, sosyal ve psikolojik açıdan sorun oluşturmamak için yanlış tanının sıfıra indirilmesidir. Testin uygulanmasından önce kişi bilgilendirilmeli, sözlü ya da yazılı onam alınmalıdır. DSÖ tarafından HIV testi zorunluluğu önerilmemektedir (11, 12).

Tüm HIV'e yönelik tanı testlerinde DSÖ tarafından önerilen 5C kuralından ödün verilmemesi önerilmektedir. Kurallar, rıza (consent); mahremiyet (confidentiality); doğru test sonucu (correct test result); önleme, tedavi ve bakım servislerine bağlantı (connection); danışmanlık (counselling) olarak tanımlanmıştır (11, 13).

Ulusal HIV tanı algoritmasında tarama testi olarak 4. kuşak ELISA testi, doğrulama testi olarak ise antikora dayalı hızlı immünokromatografik test önerilmektedir. Akut enfeksiyonlarda vakit kaybetmeden tanının

netleştirilmesi için NAAT (nükleik asit arama testleri) ile doğrulama seçeneği bulunmaktadır. Şekil 2.2’de ayrıntılı olarak tanı algoritması yer almaktadır (11, 12).



Şekil 2.2: HIV enfeksiyonlarının taramasına yönelik ulusal algoritma (2018) (12).

HIV tanısı kesinleşen kişinin tedavi sürecine başlaması için onu ilk gören hekimin, Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri (GDTM)’nin ve sivil toplum örgütlerinin büyük önemi vardır. Antiretroviral tedavi (ART) viral replikasyonu baskılamak ve bağışıklık sisteminin olağan çalışmasını sağlamak için CD4 sayısına bakılmaksızın her hastaya en kısa sürede başlanır.

ART tedavisinin temel prensibi, iki adet nükleozit reverstranskriptaz inhibitörü (NRTI) ilaca, bir proteaz inhibitörü (PI) veya integras inhibitörü (INSTI)'nün kombine edilmesidir. Bir non-nükleozit reverstranskriptaz inhibitörü (NNRTI) ile de alternatif olarak kombinasyon gerçekleştirilebilmektedir (11, 12).

2.1.4 HIV ve Psikiyatrik Komorbiditeler

HIV enfeksiyonu ve psikiyatrik hastalıklar arasında karmaşık, çift yönlü ve bunun sonucu olarak birbirinin karşılıklı olarak prevalansını arttıran bir ilişki vardır. Bu karmaşık ilişki birçok faktörden kaynaklanmaktadır. Örneğin, dürtü kontrolünde azalma gibi psikiyatrik semptomların ya da psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olan evsizlik gibi sosyal faktörler HIV enfeksiyonu riskinde artışa neden olabilirler (14). Psikiyatrik hastalıklar, HIV enfeksiyonu için risk faktörü, HIV'e eşlik eden rastlantısal bir hastalık ya da HIV veya ilişkili komplikasyonların bir sonucu olabilirler (15). Şekil 2.3'de HIV ve psikiyatrik hastalıkların karşılıklı etkileşimleri gösterilmiştir.

Psikiyatrik hastalıklar ve HIV enfeksiyonu arasındaki bağlantılar şu şekilde özetlenebilir:

- HIV enfeksiyonu, kötü huylu seyri ve ilişkili damgalanma nedeniyle sıklıkla ciddi duygusal rahatsızlıklarla ilişkilidir (16).
- HIV, santral sinir sistemine direkt etki etmesi nedeniyle bilişsel, algısal ve davranışsal değişikliklerle ilişkili olabilir (16).
- HIV enfeksiyonunda görülen nörolojik ve sistemik fırsatçı enfeksiyonların veya bunların tedavilerinin bir sonucu olarak psikiyatrik hastalıklar görülebilmektedir (17).
- HIV enfeksiyonu tedavilerinin bazılarında psikiyatrik yan etkiler görülebilmektedir (18).
- Ciddi psikiyatrik hastalığı olan kişilerde HIV enfeksiyonu riski mevcuttur (19).
- Psikoaktif madde kullanımı, damar içi uygulama yoluyla direkt olarak ve değişen cinsel davranışlar ile indirekt olarak HIV enfeksiyonu riskiyle ilişkilidir (16, 17, 19).



Şekil 2.3: HIV ve Psikiyatrik hastalıkların karşılıklı etkileşimi (20).

HİYİ’lerde psikiyatrik komorbiditeler arasında en sık madde kullanımı, depresyon, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), uyku bozuklukları ve psikoz görülmektedir (21-23). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada, HİYİ’lerin %50’sinde bir psikiyatrik bozukluk tanısı olduğu görülmüştür. Başlıca majör depresyon ve distimi tanısına sırasıyla yaklaşık 1/3 ve 1/4 oranla sahip oldukları belirtilmiştir. Aynı çalışmada, popülasyonun yaklaşık %40’ının marijuana dışında yasa dışı ilaç kullanımı olduğu, %12’sinde de madde bağımlılığı tanısı olduğu raporlanmıştır (17).

HİYİ’lerde en sık görülen nöropsikiyatrik komplikasyon majör depresyondur. Özellikle kadın veya sosyal açıdan dezavantajlı kişiler olmak üzere, genel popülasyona göre 4 kata kadar daha yaygın görülmektedir. Majör depresyon, hastalığın hafife alınması; HIV ilişkili nörobilişsel bozukluklar ve madde ilişkili bozukluklar gibi karıştırıcı faktörlerin varlığı nedeniyle tanınmayabilir. Tedavide ise psikotropaların yan etkileri ve potensiyel ilaç etkileşimleri gibi birçok nedenle yeterli düzeyde tedavi

edilemeyebilir (24-27). HİYİ'lerde bipolar duygudurum bozukluk prevelansı da genel popülasyona kıyasla daha sıktır. Genel popülasyon ve HİYİ'lerde bipolar duygudurum bozukluğu prevelansı sırasıyla %3,7 ve %10,8 olarak gözlenmiştir (28).

HİYİ'lerde kişiler arası şiddet de dahil olmak üzere yüksek miktarda travma öyküsü görülmektedir. Özellikle çocukluk çağı cinsel travma öyküsü olmak üzere erken travmatik yaşantılar yüksek oranda bildirilmektedir (29). Cisgender kadınlar, transkadınlar ve erkeklerle seks yapan erkeklerde yüksek oranda cinsel travma öyküsü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Son yıllarda yapılan bir metaanaliz sonucuna göre HİYİ'lerde genel popülasyondan daha sık olarak, %28 oranında travma sonrası stres bozukluğu prevelansı görülmüştür (30-33).

Anksiyete bozuklukları median prevelans %23 ile HİYİ'lerde genel popülasyondan belirgin olarak yüksektir. Spesifik olarak bakıldığında, özgül fobi hariç, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu genel popülasyondan daha sık gözlenmiştir (34). Anksiyete bozuklukları ve HİYİ'lerde intihar riskini araştıran literatürde sınırlı sayıda araştırma mevcuttur ve bu araştırmalar anksiyete semptomları ile intihar riskinin ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (34).

Eşlik eden depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların, HIV bulaşına, kötü hastalık prognozuna ve antiretroviral tedaviye uyumda sorunlara neden olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (15). Damar içi uyuşturucu madde kullanımı HIV bulaşı için önemli bir risk faktörü olmakla birlikte, alkol ve psikostimulan maddelerin enjeksiyon dışı kullanımı da riskli cinsel davranışlara neden olarak HIV bulaşı ile ilişkilidir (14).

HIV enfeksiyonuna maruziyet öncesi profilakside yol kat edilse de etkili bir koruyucu aşı veya kür sağlayacak tedavi bulununcaya kadar, HIV enfeksiyonuna eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tedavi edilmemesi HIV epidemisinin yeterince kontrol altına alınamamasına neden olacaktır. Çoğunluğu tedavi edilebilir olan bu psikiyatrik hastalıkların epidemiyolojisinin anlaşılması, klinisyenlerin ayırıcı tanı yapmasına ve virüsün neden olduğu zarar ve yayılımı en aza indirmeye yardımcı olabilir (35).

2.1.5 HIV ve Damgalanma

HIV/AIDS ile ilgili damgalanma, HİVİ'lere yönelik olumsuz inançlar ve tutumlar olarak tanımlanmaktadır (36). UNAIDS, HIV/AIDS ilişkili damgalanmayı, HIV ve AIDS ile yaşayan veya HIV ve AIDS ile ilişkili olan kişilerin “değersizleştirilme süreci” olarak tanımlamıştır. Bu damgalanmanın kaynağı HIV enfeksiyonun başlıca bulaş yolları olan cinsel yol ve damar içi ilaç kullanımından kaynaklanmaktadır. Damgalanma ardından ayrımcılık gelişmektedir. Ayrımcılık, bir kişiye karşı, belirli bir gruba ait olması ya da ait olduğu düşünülmesi sonucunda haksız bir muameleye maruz bırakılması, böylece kişilerin farklı kılınmasını ifade etmektedir (örn. doktorun tedavi etmeyi reddetmesi, gündelik temaslardan kaçınmak, HİVli ya da pozitif gibi isimlendirmeler kullanmak.) (36, 37). HIV durumu ile ilgili kişinin negatif duygu ve düşüncelere sahip olması içselleştirilmiş damgalama olarak adlandırılır ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 10 HİVİ'den 8'i HIV ile ilişkili içselleştirilmiş damgalanma bildirmektedir (38). HIV ile ilişkili damgalanma nedenli kişiler HIV testi yaptırmaktan kaçınabilirler, yine zorla HIV durumlarını açıklama korkusu nedenli bakım almaktan ya da antiretroviral tedaviden kaçınabilirler (39). Sonuçta HIV enfeksiyonuna yönelik önleme ve tedavilerin önünde önemli bir engel olmakta, kişilerin tanı alması ve tedavileri aksamakta ve hastalık prognozu kötü etkilenebilmektedir (35). İçselleştirilmiş damgalanma, depresyon şiddetini, kaygı ve umutsuzluğu arttırabilir; kişinin umudunu azaltabilir; böylece kişinin sağlıklı olma halini koruma ve yönetme becerisini azaltabilir (40).

Goffman tarafından “derinden itibarsızlaştırılan bir özellik” olarak tanımlanan damgalanma Earnshaw ve Chaudoir tarafından HIV damgası için kavramsallaştırılmıştır. HIV damgalama çerçevesi ile içselleştirilmiş, beklenen ve yaşanan damgalama tanımlanmışlardır. İçselleştirilmiş HIV damgası, HIV ile ilişkili olumsuz duygu ve inançları kişinin onaylayıp kendine uygulamasıdır. Beklenen ve yaşanan HIV damgası, içselleştirilmiş olanın aksine başkalarıyla olan deneyimi içermektedir. Beklenen HIV damgası, kişinin HIV ile enfekte olması nedeniyle, gelecekte ayrımcılık, stereotipleştirilme ve/veya önyargıya maruz kalacağı ile ilgili beklentilerini içermektedir. Yaşanan HIV damgası ise, kişinin HIV ile enfekte olması

nedeniyle geçmişte veya şimdiki zamanda diğer kişiler tarafından maruz bırakıldığı ayrımcılık, stereotipleştirilme ve/veya önyargı deneyimlerini içermektedir (41-43).

2.2 İNTİHAR

2.2.1 Tanım ve Epidemiyoloji

İntihar, ölmek amacıyla yapılan kendine yönelik zarar verici davranış sonucunda gerçekleşen ölüm olarak tanımlanmaktadır (44).

İntihar girişimi, ölmek amacıyla yapılan, kendine yönelik potansiyel olarak zararlı, ancak ölümcül olmayan bir davranıştır. İntihar girişimi yaralanmayla sonuçlanmayabilir (44).

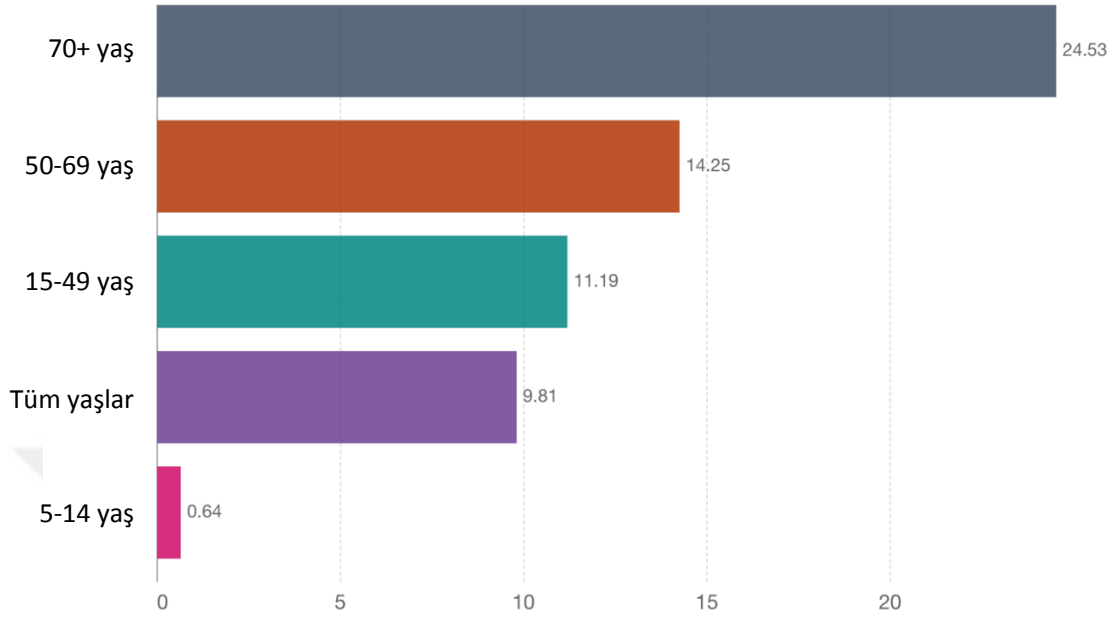
İntihar düşüncesi, intiharı düşünmek, göz önünde bulundurmak veya planlamak anlamına gelir (44).

Charles Darwin'in doğadaki çeşitliliğin kaynağı olarak gösterdiği varoluş için yaşama çabası insan için de temel kabul edilmiştir (45). İntihar bunun patolojisi olarak anlaşılmalı ve bireyin karşılaştığı yaşama isteğini kıran yüklerin, başa çıkma kapasitesini oluşturan dayanıklılığı aştığı düşünülmelidir. Burada, strese yatkınlık modeli, intihar dürtüleri ve davranışlarını anlamada yardımcı olabilir. İntiharı anlarken, bir hastalık ya da kaza olarak değil; sosyal yönleri önemli olan bir dizi hastalık ya da durumun önlenabilir ciddi komplikasyonları olarak düşünülmelidir (46).

Her yıl 703.000 kişi intihar ile hayatını kaybetmekte ve daha fazlası intihar girişiminde bulunmaktadır. Her intihar, aileleri, geride bırakılanları, toplumu ve tüm ülkeyi etkilemektedir. Yaşam boyunca görülebilen intihar, dünya genelinde 15-29 yaş arasında 4. en sık ölüm nedeni olarak 2019 yılında raporlanmıştır (47). Türkiye verilerine göre 2018 yılında 3.161 kişi intihar ile hayatını kaybetmiştir (48). Şekil 2.4'de 2019 yılının dünya genelindeki yaşa göre intihar oranları gösterilmiştir.

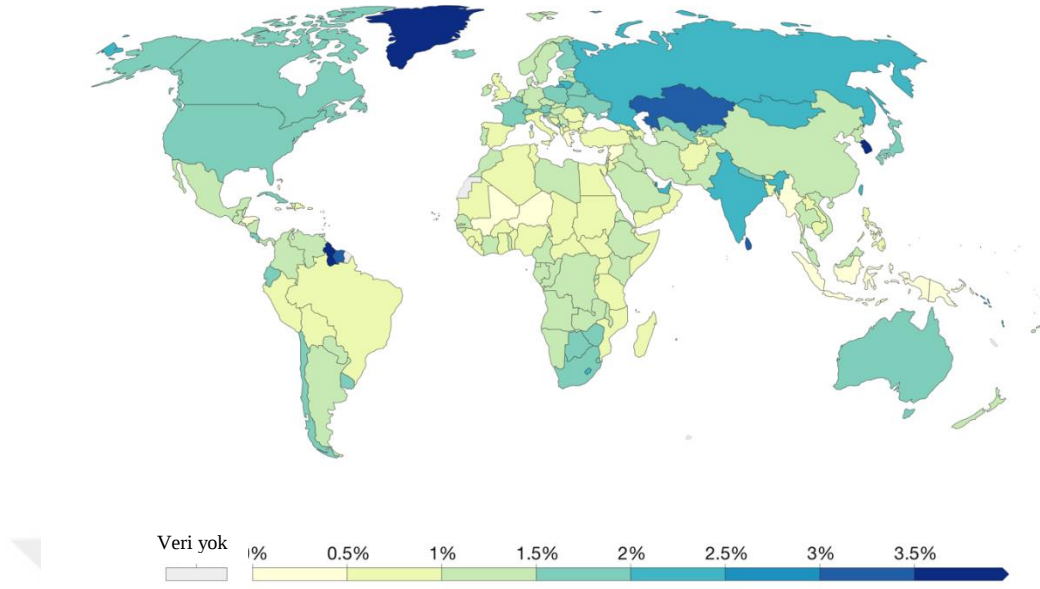
İntihar yöntemlerine bakıldığında, dünya genelinde intiharların %20'sinin, çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kırsal tarım alanlarında olan, pestisitler ile kendi kendini zehirlenmeden kaynaklandığı tahmin

edilmektedir. Diğer yaygın yöntemler ise ası ve ateşli silah kullanımı olarak raporlanmıştır (47).



Şekil 2.4: 2019 yılının dünya genelindeki yaşa göre intihar oranları (Oranlar, 100.000 kişide ölçülen intihar başına ölüm sayısını göstermektedir.) (49).

İntihar sadece yüksek gelirli ülkelerde değil, dünyadaki tüm bölgelerde görülmektedir. 2019 yılı verilerine göre, intiharların %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Bunun yanında düşük ve orta gelirli ülkelerde intihar istatistikleri için kayıtlara ayrılacak kaynakların sınırlı olduğu da bilinmektedir. Yine intihar, bir tabu ve damgala konusu olmaktadır, din ve kültürler tarafından kabul edilemez ve utanç kaynağı olarak görülebilmektedir; bu gibi nedenler, bazı ülkelerde intiharın kaza veya diğer ölüm nedenleri olarak kayıt altına alınmasına neden olabilir (46, 47). Şekil 2.5'de intihar nedenli ölümlerin ülkelere göre dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 2.5: İntihar nedenli ölümlerin ülkelere göre dağılımı (2019) (49).

2.2.2 İntihar İçin Risk Faktörleri

İntihar için risk faktörleri aralarında net bir ayrım olmasa da toplumsal ve bireysel olmak üzere ikiye ayrılabilir (46).

2.2.2.1 Toplumsal risk faktörleri

Emile Durkheim tarafından 20. yüzyıl sonunda intihar sıklıklarının karşılaştıran çalışmada, savaş ve ihtilal zamanlarında intihar sıklığının azaldığını, ekonomik refah ve bunalım dönemlerinde ise intihar sıklığının arttığını gözlemiştir. Bu çalışma ile intihar oranlarında sosyal bütünleşme ve sosyal düzenin merkezi bir rolü olduğunu ortaya koymuştur. Anomik intihar tanımını ortaya koymuştur. Anomik intihar, insanlar arasındaki bağın zayıf olduğu ve bireyin davranışlarının güçlü bir sosyal uyum tarafından düzenlenmediği durumlarda ortaya çıkan intiharlar olarak tanımlamıştır (50). Bunlara örnek olarak, Avustralya'daki aborjinlerdeki ve Amerika Birleşik Devletlerindeki yerlilerdeki intihar davranışındaki artışı, I. Dünya Savaşı'na katılan devletlerdeki intihar sıklığındaki azalmayı verebiliriz (46). Yine güncel çalışmalar, işsizlikteki artış, yoksulluk, boşanma, sosyal parçalanma görülen bölgelerde intihar sıklığında artış olduğunu göstermektedir (51).

Sosyal etkenler arasında medyada yer alan intihar haberlerinin de etkisi mevcuttur. Televizyonun, yazılı basının, filmlerin intihar ile ölümleri romantize ve dramatize etmesi sonucunda “bulaşma” veya “taklit” intiharların arttığı gösterilmiştir (52).

2.2.2.2 Bireysel risk faktörleri

Ülkeler arasında değişiklikler olmakla birlikte, erkeklerde kadınlara göre 1:2 ila 1:4 oranında daha fazla intihar görülmektedir (53). Bunun açıklamalarından birisi erkeklerde intihar etmek için kullanılan yöntemlerin daha ölümcül olmasıdır. Yaş arttıkça her iki cinsiyet için de intihar riski artmaktadır. Yüksek gelir seviyesine sahip ülkelerde yaşayan kişilerde 50 yaş civarında intihar daha sık iken, düşük ve orta gelir seviyesine sahip kişilerde 15-24 yaşındaki genç erişkinlerde daha sıktır. 15 yaş öncesinde tüm ülkelerde intihar oldukça nadir görülmektedir (35, 51).

Evli ya da çocuk sahibi olmak intihar riskini azaltırken, boşanmış ya da dul olmak riski arttırmaktadır (51). İşsizlik, göçmen olmak ve evsizlik de intihar riskini arttıran faktörler arasındadır (54). Mahkumlarda, suç işleme öyküsü olanlarda, ölümcül materyallerle uğraşan işlerde çalışanlarda (örneğin: doktorlar, eczacılar, çiftçiler) yine risk artmaktadır. Stresli yaşam olaylarına maruz kalmak, aşağılanma, zorbalığa maruz kalma, iş ve akademik hayattaki korkular intihar riskini arttırmaktadır. Cinsel olarak azınlık gruplarda sınırlı bilgi mevcuttur ancak trans bireylerde intihar riskinin genel popülasyona göre arttığı bilinmektedir (46, 55).

Bireysel riskler arasında psikiyatrik hastalıklar ve daha önceki intihar öyküsü en önemli risk faktörleridir. İntihar ile ölenler üzerinde yapılan postmortem çalışmalarda %90'ında psikiyatrik hastalık saptanmıştır (56). Depresyon, kişilik bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, madde kullanımı, psikoz, kasıtlı kendine zarar verme davranışı öyküsü, yeme bozuklukları (özellikle anoreksiya nervoza), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete, travma ilişkili bozukluklar, organik psikiyatrik bozukluklar intihar riskini arttıran psikiyatrik hastalıklar arasındadır (54). Tablo 1'de risk faktörlerine özgü rölatif riskler yer almaktadır.

Psikiyatrik hastalıklar dışında somatik hastalıkların da intihar ile ilişkisi olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur. Nörolojik bozukluklar, kanser ve

ağrının intihar riskini arttırdığına dair kanıtlar oldukça güçlüdür; ancak kalp, akciğer ve romatolojik hastalıklarda kanıtlar nispeten zayıftır (57). Yine HİYİ'lerle yapılan güncel bir çalışmada intihar riskindeki artış, genel popülasyonla kıyaslandığında 2,3 kat fazla bulunmuştur (58). Somatik rahatsızlığı olan bireylerde intihar riskini gösteren bulgular ise şu şekilde sıralanabilir: depresyon, anksiyete, kriz tepkisi, ağrı, intihar öyküsü, ümitsizlik, intihar düşüncesi, tanıyı beklerken stres yaşanması, ailevi-ekonomik-iş hayatında karmaşıklıkların olması (57).

Tablo 2.1: Bireysel risk faktörleriyle ilişkili rölatif riskler (46).

Risk Faktörü	Erkek	Kadın
Şizofreni	9	19
Bipolar Depresyon	11	18
Unipolar depresyon	9	15
Madde kullanımı	7	13
Herhangi bir psikiyatrik bozukluk	6	8
Kendine zarar verme öyküsü	>30	>30
Mahkum	>3	>6
Boşanmış	3	3
Dul	2,3	1,7
Evsiz	7	15
Aynı cinsiyet ile evlilik	4,1	6,4
Somatik hastalık	1,8	2,4
Transseksüel	5,7	2,2

2.2.3 İntihar teorileri

İntihar, karmaşık doğası nedenli birçok farklı açıdan değerlendirilen, üzerine farklı teoriler ile çalışılan bir konudur. Literatürde biyolojik, psikanalitik, sosyolojik, psikolojik açıdan intihar incelenmiştir. Psikolojik açıdan kuramlar şu şekilde sıralanabilir: Baumeister'in kaçış kuramı, Shneidman'ın psikolojik acı teorisi, Linehan'ın duygu düzenleme teorisi, Umutsuzluk teorisi, Rudd'un değişken yatkınlık teorisi, Williams'ın aşırı genel anı teorisi ve intiharın acı ılgılığı modeli, Joiner'in kişilerarası intihar teorisi. Tez ile ilgili olmaması nedeniyle "Kişiler arası intihar teorisi" haricinde diğer yaklaşımlar kısaca tanımlanacaktır.

2.2.3.1 Biyolojik açıdan intihar

İntiharın nörobiyolojisini anlamaya yönelik yapılan çalışmalarla, serotonin reseptör alt tiplerinde artma ve serotonin metabolitlerinde (örn. 5-hidroksiindolasetik asit) azalma gibi serotonerjik mekanizmada anormallikler ortaya konmuştur (59). Düşük beyin 5-HT işlevine sahip olanlarda dürtüsellik ve saldırganlığın artmasıyla intihar davranışında artış olabileceği gösterilmiştir (60). Ayrıca fosfoinositid ve adenilil siklaz gibi reseptör aracılı sinyal kaskatlarında anormallikler, hipotalamo-hipofiz-adrenal ekseninde, nörotrofinler ve nörotrofin reseptörlerinde de düzensizlikler ortaya koyulmuştur (59).

2.2.3.2 Psikanalitik açıdan intihar

Depresyonun dinamiklerini açıkladığı anlayışa uygun olarak Freud egonun ancak kendisine bir nesne gibi davranarak kendini öldürebileceğini varsaymıştır. Bu nedenle intiharın, içselleştirilmiş bir nesneye yönelik yıkıcı arzuların benliğe yönelmesi sonucunda olabileceğini ifade etmiştir. Freud kuramını geliştirirken, intiharı egonun sadist bir süperego tarafından kurban edilmesi olarak yeniden tanımlamıştır (61, 62).

Karl Menninger ise en az üç arzusunun intihar eylemine katkıda bulunabileceğine inanmıştır: öldürme arzusu, öldürülme arzusu ve ölme arzusu (63).

İntihar eden kişilerin nesne ilişkilerinde ise tekrar eden temanın, sadist bir işkenceci ile işkence görmüş bir kurban arasındaki drama olduğu dikkati çekmiştir. Meissner, bazı durumlarda hastanın bu dramının olası tek sonucunun işkenceciye intihar yoluyla boyun eğmek olduğuna inanabileceğini belirtmiştir (64).

Fenichel, intiharın bir yeniden birleşme arzusunun yerine getirilmesi olabileceğini; kaybedilmiş sevilen bir kişiye neşeli ve büyümlü bir yeniden kavuşma ya da sevgi dolu bir süperego figürüyle narsisistik bir birleşme olabileceğini belirtmiştir. Bireyin özsaygısı ve öz-bütünlüğü, kaybolan bir nesneye bağlanmaya bağlı olduğunda, öz-bağıllığı yeniden sağlamanın tek yolu intihar gibi görünebilir (65).

2.2.3.3 Sosyolojik açıdan intihar

Fransız sosyolog Emile Durkheim'ın toplumlar arasında intiharın sıklığında gözlenen relatif farklılıkları açıkladığı temel görüşünde, bireylerin yaşamının dışında olan, ancak yine de yaşamlarını etkileyen sosyal yapıların ("sosyal gerçekler") olduğu vardır (66). Ana teorisinde, yüksek intihar oranlarını 4 faktör ile açıklamaya çalışmıştır:

- Toplumun yetersiz entegrasyonu (egoizm);
- Toplumun aşırı entegrasyonu (özgecilik);
- Toplumun yetersiz düzenlenmesi (anomi);
- Toplumun aşırı düzenlenmesi (kadercilik).

Durkheim, çalışmalarında Protestanların, dini örgütlenmelerinin doğasında var olan bireysellik nedeniyle, daha birlikte hareket etmeye odaklı ve bütünleştirici olan Katoliklere göre daha sık intihar ettiklerini belirtmiştir. Durkheim tarafından ortaya konan bir kavram olan anomie, süreklilik ihtiyacı ile, yetersiz veya hızlı değişen toplum düzeni arasındaki dengesizlikle karakterize bir toplumu ifade etmektedir (67). Yine Durkheim, daha az modern toplumların, kendi içlerindeki bireylerin bağımlı konumlarını yansıtan özgeci ve kaderci intihar türleri ile boğuştuğunu ifade etmiştir (57).

2.2.3.4 Psikolojik açıdan intihar

Baumeister'in kaçış kuramı

İntiharın yoğun ve dayanılmaz psikolojik acıdan kaçma çabası olduğunu ileri sürmüştür. Teoride, intiharın gerçekleşebilmesi için altı adım izlenmelidir. İlk olarak, bireylerin kişisel beklentileri ve aldığı sonuçlar arasında ciddi bir çelişki yaşamaları, yani kişinin hedeflerinin gerçekleşmemesi ve başarısızlıklar deneyimlemesi gerekir. Kişinin belirlediği hedefler ile algılanan başarısızlıklar arasında yaşanan olumsuz çelişki, çarpıtmalar sonucunda bu şekilde değerlendirilmiş olabilir. Teoride sonraki adım, kişinin kendisine olumsuz atıflarda bulunması ve kendisini suçlamasıdır. Üçüncü adım, kişinin son dönemde yaşadığı olumsuz deneyimlerle bağlantılı olan yüksek kendilik farkındalığıdır. Kendisini açık bir şekilde beceriksiz, yetersiz, suçlu, çekici olmayan biri olarak görür.

Ardından benliğin standartlarla olumsuz bir şekilde karşılaştırılmasından kaynaklanan olumsuz duygulanımdır. Beşinci adımda, kişi bulunduğu mutsuz durumdan daha hissiz, bilişsel yıkım durumuna kaçmaya çalışır. Altıncı adımda ise yıkıma uğramış zihinsel durum kaynaklı kişide engellemelerin azalması ve bunun intihar girişiminde bulunma isteğine neden olması görülür.

Shneidman'ın psikolojik acı teorisi

Shneidman'a göre "psikolojik acı", dayanılmaz yoğunluğa ulaşan, karşı konulamayan ve yönetilemeyen, yaygın, ruhsal ya da duygusal acı olarak tanımlanmıştır. Psikolojik acının engellenen psikolojik ihtiyaçlardan kaynaklandığı hipotezini öne sürmüştür. Shneidman'a göre intihardaki temel faktör, engellenmiş yaşamsal ihtiyaçlar sonucunda psikolojik acının ortaya çıkması ve devam etmesidir. İntiharı yaşamı sona erdirmek olarak değil psikolojik acıyı azaltan bir düzenleyici olarak tanımlamıştır. Shneidman'a göre, tedavi hedefinin temelinde psikolojik acıyı yatıştırmak olmalıdır; intiharı önlemek için ise psikolojik acı anlaşılmalı, tanınmalı ve azaltılmalıdır (68).

Linehan'ın duygu düzenleme teorisi

Diyalektik davranışçı terapi (DBT), duygu düzenlemenin kritik rol oynadığı ve patolojik duygu düzenleme üzerine çalışılan bir terapidir. DBT'yi geliştiren Linehan, duygu düzenleme bozukluğunun intihar davranışını anlamada ve tedavi etmede merkezi olduğunu ifade etmiştir. Kişi, mutlaka ölme motivasyonu gerekmez, duygulanımını kontrol etme veya düzenleme çabası sonucunda intihar davranışında ya da kendine zarar verme/sakatlama girişiminde bulunabilir. Diğer bazı psikolojik temelli teorilerden farklı olarak, Linehan teorisinde hem biyolojik hem de sosyal faktörlerin önemini kabul etmektedir. Çevre-kişi sisteminin intiharı anlamada önemli olduğuna vurgu yapmıştır (69).

Umutsuzluk teorisi

Olumsuz beklentiler durumu olan umutsuzluğun, hem mevcut intihar niyetinin bir göstergesi hem de muhtemel intiharın bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Hem intiharı düşünenler hem de intihar girişiminde bulunanlar için umutsuzluğun intihar niyeti ile depresyonun kendi başına

olduğundan daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bilinmektedir. Bilişsel modele göre umutsuzluk, istikrarlı bir şemada yer alan bir dizi olumsuz beklentidir (70). İntihar şemalarının varlığı, umutsuzluğun artması ve intihar yoluyla ölme niyetinin ortaya çıkması ile doğrudan ilişkili olarak düşünülmüştür (71).

Depresyonun, intihar düşüncesi ve davranışının sıklıkla eşlik ettiği ve umutsuzluğun, depresyon ve intihara en yakın değişken olduğu gösterilmiştir (72, 73). Bunun yanında depresyon belirtileri kontrol altına alınsa bile umutsuzluğun halen intihar için risk oluşturduğu bilinmektedir (74).

Rudd'un değişken yatkınlık teorisi

Kuram, intihar kriz ve davranışlarının zaman sınırlı olduğunu; krizleri tetikleyen, şiddet ve süreyi etkileyen faktörlerin sabit değil değişken olduğunu ifade etmektedir (57). Kuramda temel (kronik, devamlı özellikler) ve akut (dinamik, dış etkenlere karşılık oluşan dinamik özellikler) olmak üzere 2 boyutlu olarak intihar riski kavramsallaştırılır (75). Kişinin etkinleştirilebilir ve devre dışı bırakılabilir intihar modunun olduğu; bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal bileşenlerle değişebildiği ifade edilmiştir. Umutsuzluk, yük olma, yalnızlık gibi intihar için risk faktörlerinin saatler içinde önemli değişiklikler gösterdiği ve buradan yola çıkarak değişken yatkınlık teorisi ile önceden planlanmayan ani intihar girişimlerinin daha iyi anlaşılabilceği düşünülmüştür (76-78).

Williams'ın aşırı genel anı teorisi ve intiharın acı çığlığı modeli

Williams ve ark., intihar riski olan kişilerin otobiyografik belleklerindeki bozulmaya bağlı olarak yaşama nedenlerini hatırlamada, problem çözme ve umut etmeyi kolaylaştıran bilişsel materyallere erişiminde zorlandığını ifade etmiştir. Teori, ampirik kanıtlar ile çocuk ve ergenlik dönemindeki travmalarla ilişkilendirilmiş ve duygudurum bozukluklarından bağımsız bir değişken olarak gözlenmiştir (79).

Williams ve ark., aşırı genel anı ve intiharın acı çığlığı modelini entegre etmişlerdir. Acı çığlığı modelinde, intihar davranışı Baumeister'ın teorisine benzer olarak, kişinin kaçışın olası olmadığını düşündüğü stresli

durumlarda intiharı bir çözüm olarak düşündüğü ifade edilmektedir (79, 80).

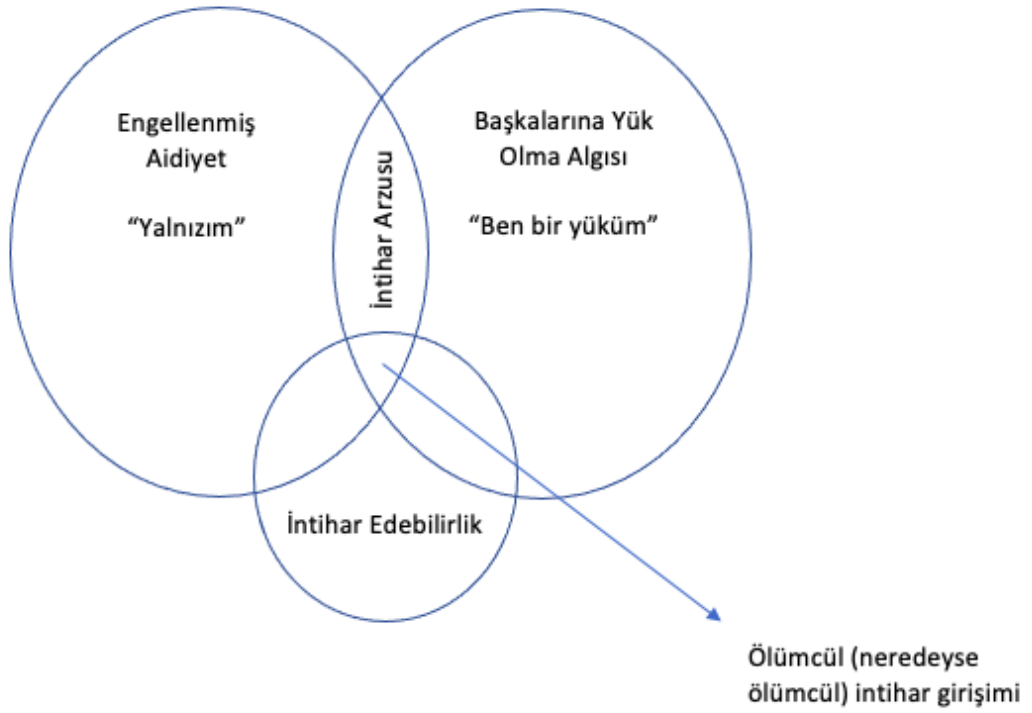
Joiner'in kişilerarası intihar teorisi

Kişiler arası intihar kuramı, kişinin intihar girişiminde bulunabilmesi için iki farklı koşulu karşılaması gerektiğini ileri sürmektedir. Bunlar, kişinin intihar ile ölüm arzusunun ve ölümcül olarak kendine zarar verebilirliğinin/zarar verme yeteneğinin olmasıdır. Diğer bir deyişle bu iki değişkene sahip olmayan kişinin intihar ile ölmeyeceği öne sürülmüştür. Şekil 6'da kişiler arası intihar teorisinin varsayımları gösterilmiştir.

Kişide intihar arzusunun, başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet nedeniyle ortaya çıktığı öne sürülmüştür.

Başkalarına yük olma algısının, kişinin ailesinde anlaşmazlıklar yaşadığı, işsiz olduğu ve bir engellilik durumuna sahip olması durumlarında ortaya çıktığı ve intiharla ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Kişi bu durumda, yaşamının ve varlığının etrafındakilere yük olduğunu düşünür ve “ben olmazsam daha iyi olacaktı” algısına sahiptir.

Engellenmiş aidiyet, kişinin temel bağımlılık ihtiyacının karşılanmamasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kişinin yalnız hissettiği, karşılıklı olarak ilginin olduğu anlamlı ilişkilerin yokluğuyla karakterize çok boyutlu psikolojik acı halidir. Sosyal anlamda bir destek almadığını ya da birine destek vermediğini hissetmektedir. Teoride, yalnız yaşamak, yalnızlık, sosyal desteğin düşük olması gibi sosyal izolasyon hallerinin engellenmiş aidiyeti arttırması nedenli intiharla ilişkili olduğunu öne sürülmektedir (81-83).



Şekil 2.6: Kişiler arası intihar teorisinin varsayımları (83).

Kişiler arası intihar teorisinde, intihar ile ilişkili faktörler için H1-H4 olmak üzere 4 adet hipotez (H) kurulmuştur:

H1 (pasif intihar düşüncesi), kişide engellenmiş aidiyet veya başkalarına yük olma algısının intihar düşüncesi için yeterli olduğudur. “Keşke ölmüş olsam.” düşüncesi buna örnektir.

H2 (intihar arzusu), engellenmiş aidiyet ve başkalarına yük olma algısının birlikte olması intihar arzusu için yeterlidir. “Kendimi öldürmek istiyorum.” düşüncesi buna örnek verilebilir. Teoriye göre aktif intihar arzusunun, engellenmiş aidiyet veya başkalarına yük olma algısından herhangi birinin yokluğu durumunda ortaya çıkmadığı ve bu durumun hayat kurtarıcı olduğu öne sürülmüştür.

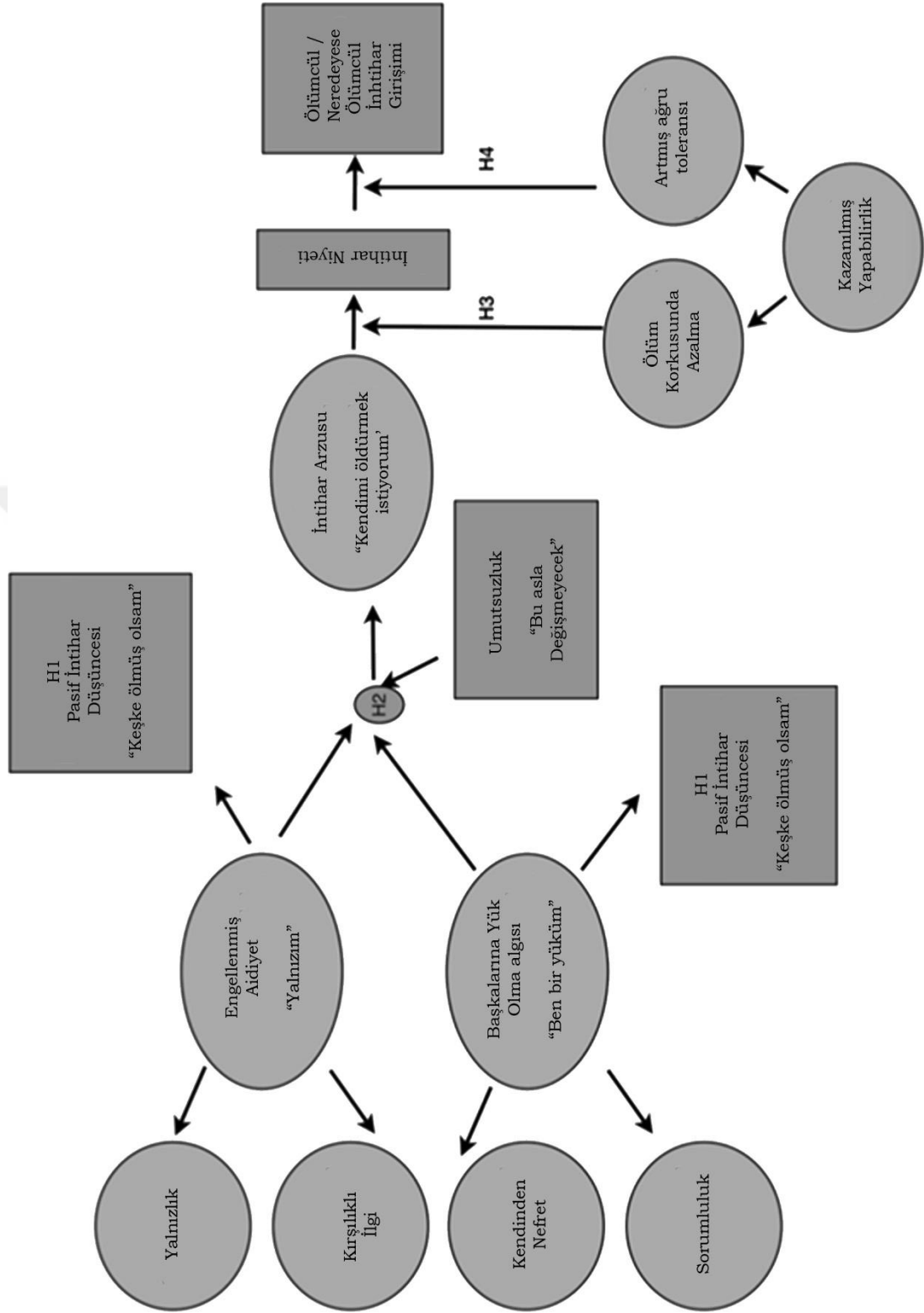
H3 (intihar niyeti), intihar arzusunun intihar davranışına dönüşmesi en muhtemel halidir. Kişinin intihar arzusu yanında ölüm korkusunun azalmış olması intihar niyetini ortaya çıkarmaktadır. Bir başka deyişle engellenmiş aidiyet, başkalarına yük olma algısı ve bunların ikisine bağlı

olarak ortaya çıkan umutsuzluk neticesinde intihar niyetinden bahsedebiliriz.

H4 (ölümcül/neredeyse ölümcül intihar girişimi), intihar niyeti, intihar korkusunda azalma ve fiziksel ağı toleransında artış sonucunda ortaya çıkmaktadır (83).

Şekil 2.7’de ölümcül intihar davranışına neden olan yollar gösterilmektedir.

Yukarıda açıklandığı gibi teori, kimin intiharı isteyebileceğı ve intihar girişiminde bulunacağı sorularına yanıt vermektedir. Teoriyle ilişkili ampirik ve psikometrik kanıtlar gün geçtikçe artmaktadır (83, 84).



Şekil 2.7: Ölümcül intihar davranışına neden olan yollar (64).

2.2.4 HIV ve İntihar

HIV ile enfekte olmak ve AIDS, antiretroviral tedavilerin mortaliteyi belirgin olarak düşürmesine rağmen, intihar ile ilişkili bağımsız bir risk faktörüdür. HİYİ'ler intihar düşüncesine daha sık sahip olurlar ve ek tıbbi ya da psikiyatrik hastalıklarının olması durumunda intihar riskleri daha da artmaktadır (35, 85). İntihar için risk faktörü olarak tanımlanmış olan madde kötüye kullanımı, kronik hastalık, cinsiyet kimliği ya da cinsel yönelim nedenli ayrımcılığa maruz kalmak HİYİ'lerde yaygın olarak görülmektedir. Yine uzun ömürlülüğün artması, kronik hastalıklar ve işlevselliğin yaşla birlikte azalması ve sosyal bağların kopması gibi birçok intihar riski ile ilişkili karmaşık faktör mevcuttur (86). Tablo 2.2 ve 2.3'de HİYİ'lerde intihara yönelik koruyucu ve predispozan faktörler listelenmiştir.

HIV ve intihar nörobiyolojisi üzerine yapılan çalışmalarda, beyin omurilik sıvısında 5-HT ve 5-HIAA düzeylerinin HIV etkisi ile azalmış olduğu; yine HİYİ'lerde 5-HTTLPR/rs25531 ve 5-HTT alellerindeki değişimlerle intihar riski ilişkili bulunmuştur (87, 88).

Epidemiyolojik açıdan bakıldığında, tedavi ile virüs sayısı baskılanmış HİYİ'lerde ikinci en sık ölüm nedeni intihardır. 50 yaşın altındaki HİYİ'ler için ise en sık ölüm nedeni intihar olarak gözlenmektedir (89).

HIV tanısından sonra herhangi bir dönemde intihar girişimi olabilse de, Avrupa, Asya, Afrika'da tanı alınan dönem ve hastalığın son evresi (AIDS) olmak üzere intihar eğiliminde iki pik görülmektedir (90-92). Literatürde, HIV ile yaşayan kadınların kesitsel olarak %78'inin intihar düşüncesine sahip olduğu, %26'sının HIV enfeksiyonu tanısından sonra intihar girişiminde bulundukları gözlenmektedir (91). Son yıllarda yapılan bir derleme çalışmasında, HİYİ'lerde intihar nedenli ölüm oranının 10,2/1000 ile genel popülasyona kıyasla 100 kat fazla olduğu, HIV progresyonu fazla olanlarda riskin arttığı; yüksek CD4 sayısı olanlar ve antiretroviral tedavi altındaki kişilerde riskin azaldığı görülmektedir. Yine aynı derlemede HİYİ'lerdeki yaşam boyu intihar girişimi prevelansı 158,3/1000, yaşam boyu intihar düşüncesi prevelansı 228,3/1000 olarak saptanmıştır. Sosyodemografik verilere bakıldığında ise erkek cinsiyette olmak ve artan yaş anlamlı bir risk faktörü olarak gözlenmemektedir (93). Düşük gelir

düzeyi, ekonomik zorluklar, işsizlik, düşük eğitim seviyesi ve bekar olmak HİYİ'lerde de risk faktörü olarak gözlenmektedir (94).

Tüm kıtalardaki ülkelerde HİYİ'lerde intihar riski artsa da coğrafik olarak farklılıklar da bildirilmektedir: Kuzey Amerika'daki insidans Avrupa'dakinden 50 kat daha yüksektir. Özellikle bakıma erişimde zorluk çekilen ya da HIV enfeksiyonuna yönelik büyük sosyal damgalama olan ülkelerde HIV enfeksiyonunda intihar riski önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (39, 93). HİYİ'lerde ölüm ile sonuçlanan intihar girişimlerinin en sık şekli aşırı doz ilaç kullanımıdır. Ancak ölüm nedeni, "kaza sonucu ölüm" olarak yanlış sınıflandırılabilir ve bu nedenle gerçek intihar oranlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (39).

Literatürde, tıbbi durum ile ilişkili olarak yapılan çalışmalarda tedavi edilmeyen kronik ağrı, pruritus, diyare, bulantı, kusma, iştahsızlığın; HCV enfeksiyonunun HİYİ'lerde intihar riskini arttırdığı görülmektedir (93, 95). İntihar düşüncesi olan HİYİ'lerde en sık psikiyatrik komorbidite %64 oranla majör depresyon olarak görülmektedir (96). Tedavilerin intihar ile ilişkisine bakıldığında, antiretroviral tedavilerden efavirenz, rilpivirin, dolutegravir, elvitegravir ve raltegravir intihar ile ilişkili bulunmuştur (18).

HİYİ'lerle yapılan büyük örneklemli (n:2336) bir çalışmada, eş zamanlı psikiyatrik hastalıklardan majör depresyonda 15 kat, alkol kullanım bozukluğunda 8 kat, kokain kullanım bozukluğunda 4 kattan fazla ve travma sonrası stres bozukluğunda 3 kattan fazla intihar düşüncesi/davranışında relatif risk artışı gözlenmiştir. Yine aynı çalışmada majör depresyon, alkol kullanım bozukluğu, kokain kullanım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğunun intihar riski için tek anlamlı öngörücü olduğu; majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, uykusuzluk ve madde kullanım bozukluklarının intihar riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (97). HİYİ'lerde psikiyatrik hastalıkların yanı sıra sosyal kırılganlık ve çocukluk çağı travmalarının prevelansının da sık olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağı travmalarının intihar riskini arttırıcı etkisinin psikiyatrik komorbidite ve sosyal kırılganlık aracılığı ile olduğu düşünülmektedir (98). HİYİ'lerde, intihar düşünce ve girişimi ile ileri evre AIDS, depresyon eş tanısı, algılanan HIV damgası, sosyal desteğin zayıf olması ve evsizliğin önemli derecede ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (95, 99).

Depresyon, suçluluk, öfke, korku ve utancın HİYİ'lerde sık görüldüğü ve intihar riskini arttırdığı, ancak intiharla en güçlü ilişkinin umutsuzluk ile olduğu bilinmektedir. Damgalanmanın sık olduğu bölgelerde suçluluk ve utancın umutsuzluğu arttırarak intiharı tetikleyebileceği gösterilmiştir (14).

Kişiler arası intihar teorisi ile yapılan araştırmalar, HİYİ'lerde oldukça az sayıdadır. Başkalarına yük olma algısına yönelik literatür incelendiğinde, HİYİ'lerin psikolojik ve duygusal iyilik halinin aldıkları sosyal destekle iyileştirilebileceği, tersine bu desteğin eksikliğinde kişilerin kendilerini bir yük gibi hissedebileceği; yine HİYİ'ler ve ailelerinin ayrımcılık, izolasyon ve yalnızlık yaşayabildiği görülmektedir (100, 101). Engellenmiş aidiyete yönelik literatüre bakıldığında, HİYİ'lerin kendilerini topluma ait hissetmedikleri; dışlanmış, istenmeyen ve suçlu hissettikleri, bunun toplumun damgalamasıyla arttığı görülmektedir (102-104). Amerika Birleşik Devletleri'nde HİYİ'lerle yapılan bir çalışmada (n:52), intihar davranışı ile ilişkili grupta, başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyetin intihar davranışı ile ilişkili olmayan gruba göre daha fazla olduğu bulunmuştur, ancak iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (101). Güney Kore'de HİYİ'lerle yapılan diğer bir çalışma (n:202), intihar ve depresyonun başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet aracılığı ile ilişkili olabileceğini; başkalarına yük olma algısının depresyon kontrol altına alınsa bile intihar riski ile ilişkili bulunduğunu, diğer bir deyişle intihar için bağımsız bir risk faktörü olabileceğini ortaya koymuştur (94).

Ancak halen HIV enfeksiyonun kendisinin; Antiretroviral tedavilerin yan etkilerinin ya da HİYİ'lerde sıklıkla görülen depresyon, sosyal destek eksikliği, damgalanma, yalnızlık gibi diğer faktörlerin intihar riskine etkisi yeterince çalışılmamıştır (93).

Tablo 2.2: HIV ile yaşayan insanlarda intihardan koruyucu faktörler (39).

Olumlu yeniden gözden geçirme başa çıkma becerileri
“Sorumluluk alma” tutumu
Hastalığı yeterli düzeyde anlamak
Tedaviye uyuncundan ödün vermeden duygulanım inkarını ve izolasyonunu kullanma
Tedavi uyuncu
Artan sosyal destek
İyimserlik

Aileye karşı sorumluluk duygusu
Sosyal olarak onaylanmama korkusu
İntihar korkusu
Yaşamak için sebeplere sahip olmak
Dine bağlılık
Yüksek düzeyde umut
Düşük seviyede stres
Yüksek düzeyde duygu ifadesi
Yüksek düzeyde zihinsel işleme
Deneyimsel katılım
Benlik saygısı geliştirme
Uyuma yönelik başa çıkma stratejilerinde değişim
Güvenli bağlanmalar
Anlam ve amaç

Tablo 2.3: HIV ile yaşayan insanlarda intihar için predispozan faktörler (39).

Psikolojik ve Sosyal Faktörler	Afektif Durumlar	Tıbbi Multimorbiditeler	Psikiyatrik Multimorbiditeler	İatrojenik Faktörler
Zayıf veya kısıtlı sosyal destek	Umutsuzluk	Nosiseptif ve nöropatik ağrı	Alkol kullanım bozukluğu	Birinci ve ikinci kuşak antipsikotiklerden kaynaklanan akatizi
Azalmış sosyal entegrasyon	Çaresizlik	Kaşıntı	Uyarıcı kullanım bozukluğu	Alfa interferon kaynaklı disfori
Kötü aile ilişkileri	Değersizlik	İnatçı hıçkırıklar	Kokain kullanım bozukluğu	Efavirenz ilişkili olumsuz afektif durumlar ve intihar eğilimi
İşsizlik	Yalnızlık	İnsomniya	Opiyat kullanım bozukluğu	Dolutegravir tedavisine bağlı depresyon ve intihar eğilimi
Değişken konut	Suçluluk	Dispne	Tütün kullanım bozukluğu	Raltegravir tedavisine bağlı depresyon ve intihar eğilimi
Bakım yükü altında olmak	Utanç	Mide bulantısı	Alkole bağlı depresif bozukluk	Rilpivirin tedavisine bağlı depresyon ve intihar eğilimi
Yoksulluk	Üzüntü	Kusma	Uyarıcı kaynaklı depresif bozukluk	Anerji üzüntüden önce kalktığına olan antidepresan kaynaklı davranışsal disinhibisyon

Psikolojik ve Sosyal Faktörler	Afektif Durumlar	Tıbbi Multimorbiditeler	Psikiyatrik Multimorbiditeler	İatrojenik Faktörler
HIV damgası	Endişe	Aşırı zayıflık	Kokaine bağlı depresif bozukluk	Şekil bozukluğuna neden olan ART ilaçlarından kaynaklanan lipodistrofi
Önceki intihar girişimleri	Öfke	Görme kaybı	Opiyat ilişkili depresif bozukluk	
Son derece ölümcül planlama		Motor defisitler	Opiyat yoksunluğu	
Ailede intihar girişimi öyküsü		Parezi	Alkol yoksunluğu	
Ailede intihar sonucu ölüm öyküsü		Azalmış serotonin fonksiyonu	Kokain yoksunluğu	
Olumsuz çocukluk yaşantıları		Fırsatçı enfeksiyonlar	Depresif bozukluklar	
Yetişkinlikte stresli veya travmatik olaylar		HIV ilişkili kanserler	Travma sonrası stres bozukluğu	
Yas ve yıldönümü tepkileri			Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	
Dürtüsellik			Kişilik bozuklukları	
Seropozitif durumun ortaya çıkması			Uyum bozuklukları	
Seropozitif durumu açıklamamak			Majör nörobilişsel bozukluk (demans)	
HIV seropozitif eş veya çocuğa sahip olmak			Deliryum	
Seropozitif durumun öğrenilmesi				
Fırsatçı enfeksiyon başlangıcı				

Psikolojik ve Sosyal Faktörler	Afektif Durumlar	Tıbbi Multimorbiditeler	Psikiyatrik Multimorbiditeler	İatrojenik Faktörler
Bağışıklık fonksiyonundaki dalgalanmaları öğrenme (örneğin, CD4 hücre sayısında düşüş ve viral yükte artış)				
Bilişsel gerilemenin farkındalığı				
Kısalmış gelecek duygusu				
Araçlara erişim (ateşli silahlar, böcek ilaçları, tıbbi ilaçlar)				

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ÖRNEKLEM ve YÖNTEM

Çalışma HIV ve Hepatit B enfeksiyonu ile yaşayan bireylerle gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu HİYİ'ler, kontrol grubunu Hepatit B ile yaşayan insanlar oluşturmaktadır. HİYİ'ler, HİYİ'ler ve yakınları için hizmet veren bir sivil toplum kuruluşunun sosyal medya hesapları üzerinden, çalışmayı tanıtan ve davet eden gönderiler ile çalışmaya davet edilmiştir. Hepatit B ile yaşayan insanlar ise İstanbul Medeniyet Üniversitesi T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Gastroenteroloji kliniğine başvuran hastaların çalışmaya davet edilmesi ile toplanmıştır. Çalışmaya, 85 HIV, 75 Hepatit B ile yaşayan insan, dahil etme ve hariç tutma kriterlerini karşılayarak ve aydınlatılmış onamı kabul ederek katılım göstermiştir. HIV grubunda, epilepsi, multiple skleroz, görme ve işitme kaybı, üveit, malignite, Hepatit C, bacak ve ayakta spastisite eş tanılarından birine sahip olduğunu beyan eden 9 kişi istatistiksel değerlendirme dışında bırakılmıştır. Hepatit B grubunda, epidermodisplazi verruciformis, seboreik dermatit, akne vulgaris, epilepsi, hemiparezi, fasiyal paralizi, Behçet Hastalığı, ankilozan spondilit, malignite, renal nakil, HIV, zihinsel yetersizlik eş tanılarından birine sahip olan 27 kişi çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılımcılara sorulmuş olan CD4, Hepatit B DNA sayısı az sayıda yanıt alınması nedeniyle istatistiki analize dahil edilememiştir.

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı özelliktedir. Katılımcılara, araştırmacı tarafından hazırlanan, damgalanmayı etkileyebilecek faktörleri ve mevcut hastalıkları ile ilgili bilgileri ölçen soruları da içeren sosyodemografik form ile İntihar Davranış Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği,

İçselleştirilmiş AIDS İlişkili Damgalama Ölçeği, Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği, Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi, Genel Aidiet Ölçeği, Modifiye Morisky Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın sosyodemografik formu HIV ve Hepatit B grubu için ayrı ayrı tasarlanmıştır. İçselleştirilmiş AIDS İlişkili Damgalama Ölçeği ise sadece HİV'lere uygulanmıştır.

Tez çalışmasının herhangi bir aşamasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çalışma aynı hastanenin etik kurulu tarafından 12.01.2022 tarih ve 2021/0662 No.lu kararı ile onaylanmıştır.

3.2 DAHİL ETME ve HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil etme ölçütleri olarak; kişilerin 18 yaş ve üzerinde olması, HIV ya da Hepatit B ile enfekte olması, araştırmaya katıldığına dair onam formunu kabul etmesi, gönderilen anketi tamamen doldurabilmesi şartı aranmıştır. Dahil etmeme ölçütleri ise; ciddi bir ruhsal hastalığa sahip olmak, fiziksel bir engele sahip olmak, HIV ve Hepatit ile eşzamanlı enfekte olmak olarak belirlenmiştir.

3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada HIV ve Hepatit B enfeksiyonu olan kişilerin demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) değerlendirildi. HIV ve Hepatit B ile yaşayan insanlar arasında oransal veriler Fisher's Exact Testi ve Ki-Kare Analizleri kullanılarak değerlendirildi. Hepatit B ile yaşayan insanlar ve HİV'lerde psikometrik ölçümler arasındaki ilişkiler normal dağılan verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan verilerde Spearman Korelasyon Analizi ile incelendi. HIV ve Hepatit B ile yaşayan insanlar arasında psikometrik ölçümlerin karşılaştırılması normal dağılan verilerde Bağımsız Gruplar t testi, normal dağılmayan verilerde Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. Araştırmada değerlendirilen katılımcıların damgalanma ve intihar davranışı üzerinde etkileri psikometrik değişkenler Hiyerarşik Regresyon Analizi ile incelendi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık

değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Etki büyüklüğü Cohen's d'ye göre hesaplandı; 0-0,2 arası küçük etki, 0,2-0,5 arası orta dereceli etki büyüklüğü, 0,5-0,8 ve üzeri ise büyük etki büyüklüğü olarak alındı (105). Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı.

3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın amacı ve çalışmaya katılan kişilerin özellikleri gözetilerek araştırmacı tarafından oluşturulmuş veri toplama formudur. Çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Damgalanmada etkili olabilecek; başka tıbbi rahatsızlık ve engel durumları, enfekte oldukları süre, enfekte olduklarını bilen ya da aynı enfeksiyona sahip yakınlarının varlığı, psikolojik/psikiyatrik destek alma öyküsü, enfeksiyon ile ilgili bir destek grubuna katılma öyküsü dahil sorular araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

3.4.2 İçselleştirilmiş AIDS İlişkili Damgalama Ölçeği (İAİDÖ)

İçselleştirilmiş damgalamayı 6 soru ile ölçen ölçeği Kalichman ve ark. geliştirmiştir ve Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Öztürk ve ark. tarafından yapılmıştır (106, 107). Hasta tarafından doldurulan bir ölçektir. Sorulara “katılıyorum” ya da “katılmıyorum” şeklinde yanıt verilmektedir. Ölçekte her katılıyorum cevabı 1 puan, her katılmıyorum cevabı 0 puana karşılık gelmektedir. Ölçekten 0-6 puan arasında bir değer elde edilir ve artan puan artmış içselleştirilmiş damgalama ile ilişkilidir (106, 107). Ölçekteki 2, 3, 4 ve 5.sorular değersiz, kirli, utanç ve suçlu hissetme ile; 1 ve 6.sorular ise açığa vurma(disclosure) ile ilişkili olmak üzere 2 alt-faktör Türkçe geçerlilik güvenilirlikte ortaya çıkmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliğinde iç tutarlılığın total Cronbach alfa değeri 0,70 olarak hesaplanmıştır (107). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,79 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Zigmond ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından 1997 yılında yapılmıştır (108, 109). Hasta tarafından doldurulan ölçek, 7 tanesi depresyon ve 7 tanesi anksiyeteyi ölçen iki alt ölçekten oluşmaktadır. Yanıtlar 0-3 arasında 4'lü likert şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin amacı bedensel bir hastalık ile yaşayan insanlarda anksiyete ve depresyon için riskli grubu belirlemektir. Tanı koyma amacı yoktur. HAD anksiyete alt ölçeğinde kesme puanı 10, depresyon alt ölçeğinde kesme puanı 7'dir. 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddelerin toplam puanı anksiyete alt ölçek puanını, diğer maddelerin toplam puanı depresyon alt ölçek puanını verir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri anksiyete alt ölçeği için 0,8525, depresyon alt ölçeği için 0,7784 olarak hesaplanmıştır (109). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,89 olarak hesaplanmıştır.

3.4.4 Intihar Davranış Ölçeği (İDÖ)

Linehan ve Nielsen tarafından 1981 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayam ve Ark. tarafından 1995 yılında yapılmıştır (110, 111). Ölçek hastanın kendi kendine cevapladığı 4 sorudan oluşmaktadır. 1. Madde, geçmişteki "intihar plan ve girişimi"ni sorar ve likert tipi 0-5 arasında puanlanır. 2. madde, "intihar düşüncesi"ni araştırır ve 0-4 arası likert tipi puanlanır. 3. madde "intihar tehdidi"ni sorar ve 0=Hayır 1=Evet şeklinde puanlanır. 4. Madde "intiharın tekrar edilebilirliği"ni sorar ve 0-4 arasında likert tipi puanlanır. Toplamda en yüksek 14, en düşük 0 puan alınır. Alınan puanın artması intihar davranışının ciddiyetinin artması anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,73 olarak hesaplanmıştır (111). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,83 olarak hesaplanmıştır.

3.4.5 Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği (KHBSÖ)

Ölçek kronik hastalıkları olan kişilerin, çevresindeki insanlardan beklediği damgalanmanın (stigmanın) ölçülebilmesi amacıyla Earnshaw ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (112, 113). Ölçekte ilk 4 madde aile ve arkadaşlardan, sonraki 4 madde iş yaşamı alanından ve son 4 madde sağlık

çalışanlarından beklenen damgalamayı ölçmek üzere 3 ayrı alt boyutta hazırlanmıştır. Her maddeye Likert tipinde 1-5 arasında bir puan verilerek sorular kişinin kendi tarafından cevaplanmaktadır. Sonuçta 3 farklı alt ölçeğin kendi içinde ortalamaları alınarak ayrı ayrı damgalama değerleri elde edilmektedir. Tüm maddelerin ortalama puanlarının hesaplanması ile de toplam damgalama miktarı ölçülmektedir. Ölçeğin Türk dilindeki Cronbach alfa katsayısı 0,854'tür (113). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,90 olarak hesaplanmıştır.

3.4.6 Kişilerarası İhtiyaçlar Anketi (KİA)

Bryan tarafından 2011 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eskin ve ark. tarafından 2020 yılında yapılmıştır (114, 115). Kişiler arası intihar teorisine göre intihar davranışında artış ile ilişkili olan “başkalarına yük olma” ve “engellenmiş aidiyet” duygularını ölçen 10 maddeden oluşmaktadır. İlk 5 soru, kişinin algıladığı “başkalarına yük olma”, ikinci 5 soru “engellenmiş aidiyet” duygusunu 7'li likert tipi yanıtlarla ölçer. Likert tipi yanıtlar kesinlikle katılmıyorum-kesinlikle katılıyorum aralığında puanlanır. Bu 10 soru ile kişinin intihar isteğini arttıran 2 faktör hesaplanmış olur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinde iç tutarlılık güvenlik katsayısı 0,79 olarak saptanmıştır (115). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,90 olarak hesaplanmıştır.

3.4.7 Modifiye Morisky Ölçeği (MMÖ)

Kronik hastalığı olan kişilerde tedaviye bağlılığı değerlendirmek için 1986 yılında Morisky ve arkadaşları tarafından 4 soruluk ilk hali geliştirilmiştir (116). Ölçek HIV dahil bir çok kronik ve uzun süreli tedavi gerektiren hastalığın çalışmasında kullanılmıştır (117). Ölçeğin ilaç kullanımının sürekliliği konusunu değerlendirme konusunda yetersiz bulunması ile 2 yeni soru eklenip 6 soruluk modifiye hali geliştirilmiştir. Hasta tarafından doldurulan ölçekte her soruya Evet/Hayır şeklinde yanıt verilir. Değerlendirmede 2 ve 5 numaralı sorularda Evet=1, Hayır=0; diğer sorularda ise tersi şekilde puanlama yapılır. 1, 2 ve 6 numaralı sorulardan alınan toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyonu; >1 ise yüksek motivasyonu gösterir. 3, 4 ve 5 numaralı sorulardan alınan toplam puan 0

veya 1 ise düşük bilgi düzeyini; >1 ise yüksek bilgi düzeyini gösterir. Türkçe ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Vural ve ark. tarafından yapılmıştır (118). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,49 olarak hesaplanmıştır.

3.4.8 Genel Aidiyet Ölçeği (GAÖ)

Kişinin ulaştığı aidiyet duygusunu ölçmek için Malone ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir (119). Kişinin kendisi tarafından doldurulan ölçek, aidiyet duygusunun varlığını ve ne derecede doyurulduğunu ölçer. Bu da benzer ölçeklerden ayrıldığı en önemli noktadır. Kabul edilme/İçerilme ve Reddedilme/Dışlanma olarak aidiyeti 2 alt boyutta değerlendiren 12 maddeden oluşmaktadır. Değerlendirmede, alt ölçeklerin kendi içinde puanları toplanarak “Kabul edilme” ve “Reddedilme” puanları ayrı ayrı ölçülebilir, ayrıca “Reddedilme” alt ölçek puanları ters çevrilerek genel aidiyet duygusu ölçülebilir. Alınan yüksek puan, kişinin sahip olduğu aidiyet duygusunun göstergesi olarak kabul edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Duru tarafından 2015 yılında yapılmıştır. GAÖ’nün iç tutarlılık katsayısı 0,92, Kabul edilme/İçerilme alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı 0,89, Reddedilme/ Dışlanma ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı ise 0,91 olarak hesaplanmıştır (119, 120). Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,30 olarak hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan kişilerin yaş, çalışma durumu ve aylık toplam gelir dışındaki; cinsiyet, cinsel yönelim, medeni durum, yaşadığı kişi, eğitim durumu, psikiyatrik öykü, sigara/alkol/madde kullanımı, aldığı tedavilere yönelik sorular istatistiksel açıdan anlamlı olarak iki grup arasında farklı bulundu. Tablo 4.1’te Hepatit B ve HIV grupları arasında demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Hepatit B ve HIV grupları arasında demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

		GRUP					
		Hepatit B		HIV			
		n	%	n	%		
Cinsiyetiniz	Erkek	42	55,3	67	79,8	33,08a	<0,001
	Kadın	34	44,7	7	8,3		
	Kendimi bu açıdan herhangi bir şekilde tanımlamıyorum	0	0,0	3	3,6		
	Non-binary	0	0,0	4	4,8		
	Yanıt vermek istemiyorum	0	0,0	3	3,6		
Cinsel yöneliminiz	Aseksüel	0	0,0	1	1,2	93,16a	<0,001
	Biseksüel	0	0,0	9	10,7		
	Heteroseksüel (karşı cinsten hoşlanan)	66	86,8	18	21,4		
	Homoseksüel	1	1,3	45	53,6		
	Nasıl tanımlayacağımı bilmiyorum	4	5,3	5	6,0		
	Panseksüel	0	0,0	1	1,2		
	Queer	0	0,0	1	1,2		
	Yanıt vermek istemiyorum	5	6,6	4	4,8		
Medeni durum	Bekar	15	19,7	61	72,6	90,97a	<0,001
	Dul	1	1,3	5	6,0		
	Evli	60	78,9	7	8,3		
	İlişkisi var	0	0,0	11	13,1		

		GRUP					
		Hepatit B		HIV			
		n	%	n	%		
Kiminle yaşıyorsunuz?	Aile (anne, baba, kardeş)	22	28,9	31	36,9	66,47a	<0,001
	Dayı büyükanne kuzenler	0	0,0	1	1,2		
	Eş ya da partneriyle	52	68,4	12	14,3		
	Ev arkadaşı	0	0,0	5	6,0		
	Mülteci Kampı	0	0,0	1	1,2		
	Yalnız	2	2,6	32	38,1		
	Yurtta kalıyorum.	0	0,0	2	2,4		
Eğitim durumunuz	Doktora	2	2,6	3	3,6	12,01a	0,014
	İlköğretim	12	15,8	2	2,4		
	Lise	24	31,6	21	25,0		
	Üniversite	33	43,4	47	56,0		
	Yüksek lisans	5	6,6	11	13,1		
Çalışıyor musunuz?	Evet	48	63,2	62	73,8	2,11b	0,147
	Hayır	28	36,8	22	26,2		
Aylık toplam geliriniz	10000 TL üstü	8	10,5	11	13,1		
	2500 TL altı	6	7,9	6	7,1	1,47b	0,833
	2500-5000 TL	22	28,9	27	32,1		
	5000-10000 TL	24	31,6	28	33,3		
	Aylık düzenli gelirim yok.	16	21,1	12	14,3		
Herhangi bir psikiyatrik tedavi öykünüz var mı? (ilaç tedavisi, psikoterapi)	Evet	24	31,6	47	56,0	9,60b	0,002
	Hayır	52	68,4	37	44,0		
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	21	27,6	51	60,7	17,64b	<0,001
	Hayır	55	72,4	33	39,3		
Son 6 ay içindeki alkol kullanımınız	Haftada 1-5 kez	3	3,9	19	22,6	15,38a	<0,001
	Hemen her gün	0	0,0	3	3,6		
	Hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez	73	96,1	62	73,8		
Son 1 yıl içindeki madde kullanımınız	3'ten fazla kez	1	1,3	11	13,1	14,86a	<0,001
	En az 1 kez	0	0,0	6	7,1		
	Hiçbir zaman	75	98,7	67	79,8		
HIV/Hep B tedavisi için ilaç alıyor mu	Hayır	36	47,4	8	9,5	28,66b	<0,001
	Evet	40	52,6	76	90,5		
Psikotrop kullanımı	Hayır	71	93,4	69	82,1	4,64b	0,031
	Evet	5	6,6	15	17,9		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	t	p
Yaş		34,99	6,65	33,63	9,81	1,01	0,313

X² (b)=Ki-Kare Analizi Sonucu, a=Fisher's Exact Test sonucu, t=Bağımsız Gruplar t testi, Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

Hepatit B grubunda erkek katılımcıların sayısının 42 (%55,3), kadın katılımcıların sayısının 34 (%44,7) olmak üzere, toplamda 76 kişi kontrol grubuna dahil edilmiştir. HIV grubundaki erkek katılımcıların sayısının 67 (%79,8), kadın katılımcıların sayısının 7 (%8,3), Kendini bu açıdan herhangi bir şekilde tanımlamayan kişilerin sayısının 3 (%3,6), Non-binary katılımcıların sayısının 4 (%4,8), Yanıt vermek istemeyen katılımcıların sayısının 3 (%3,6) olmak üzere toplamda 84 kişi çalışma grubu olarak dahil edilmiştir. İki grup arasında cinsiyet oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklı olduğu ($X^2=33,08$, $p<0,001$) bulundu.

Araştırmada değerlendirilen Hepatit B grubundaki katılımcıların yaş ortalamalarının $34,99\pm6,65$, HİYİ'lerin yaş ortalamalarının ise $33,63\pm9,81$ olduğu bulundu. HİYİ ve Hepatit B grubundaki katılımcılar ile yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede benzer olduğu ($t=1,01$, $p=0,313$) bulundu.

Hepatit B grubunda Heteroseksüel katılımcıların sayısının 66 (%86,8), Homoseksüel katılımcıların sayısının 1 (%1,3), “nasıl tanımlayacağımı bilmiyorum” yanıtını veren katılımcı sayısının 4 (%5,3), yanıt vermek istemeyen katılımcıların sayısının 5 (%6,6) olduğu bulundu. HIV grubundaki Aseksüel katılımcıların sayısının 1 (%1,2), Biseksüel katılımcıların sayısının 9 (%10,7), Panseksüel katılımcıların sayısının 1 (%1,2), Queer katılımcıların sayısının 1 (%1,2), Heteroseksüel katılımcıların sayısının 18 (%21,4), Homoseksüel katılımcıların sayısının 45 (%53,6), “nasıl tanımlayacağımı bilmiyorum” yanıtını veren katılımcı sayısının 5 (%6), yanıt vermek istemeyen katılımcıların sayısının 4 (%4,8) olduğu bulundu. Hepatit B ve HİYİ'ler arasında Cinsel yönelim oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklı olduğu ($X^2=93,16$, $p<0,001$) bulundu.

Araştırmada değerlendirilen Hepatit B ve HIV grubu arasında medeni durum ($X^2=90,97$, $p<0,001$), kiminle yaşadığı ($X^2=66,47$, $p<0,001$), Eğitim durumu ($X^2=12,01$ $p<0,001$), Son 6 ay içindeki alkol kullanımı ($X^2=15,38$, $p<0,001$), Son 1 yıl içindeki madde kullanımı ($X^2=14,86$, $p<0,001$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklı olduğu bulundu ($p<0,001$).

Araştırmada yer alan katılımcılar arasında yapılan Ki-Kare Analizlerine göre HIV grubunda herhangi bir psikiyatrik tedavi öyküsü olan kişilerin oranlarının Hepatit B grubundaki psikiyatrik tedavi öyküsü olan kişilerin oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu ($X^2=9,60$, $p=0,002$). HIV grubunda sigara kullanan kişilerin oranlarının Hepatit B grubundaki sigara kullanan kişilerin oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu ($X^2=17,64$, $p<0,001$). Hepatit B grubunda hastalık için ilaç kullanan kişilerin oranlarının HIV grubundaki hastalık için ilaç kullanan kişilerin oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu ($X^2=28,66$, $p<0,001$). Hepatit B grubunda psikotrop alan kişilerin oranlarının HIV grubundaki psikotrop alan kişilerin oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu ($X^2=4,64$, $p=0,031$). Bunlara ek olarak istatistiksel olarak gruplar arasında çalışma durumu ($X^2=2,11$, $p=0,147$) ve aylık toplam gelir ($X^2=1,47$, $p=0,833$) farkının anlamlı olmadığı bulundu.

Tablo 4.2: Araştırmada değerlendirilen vakaların enfekte olma süre özellikleri

	Ort. (Yıl)	SS	Minimum (Yıl)	Maksimum (Yıl)
HIV	4,68	5,39	0,08	30,00
Hepatit B	16,37	7,23	1,00	40,00

Araştırmada değerlendirilen kişilerin enfekte olma süreleri değerlendirildiğinde, HIV grubunun ortalamalarının $4,68\pm5,39$ yıl (Min.=0,08 – Maks.=30,00 yıl), Hepatit B grubunun ortalamalarının $16,37\pm7,23$ yıl (Min.=1,00 – Maks.=40,00 yıl) olduğu bulundu. Tablo 4.2’de araştırmada değerlendirilen vakaların enfekte olma süre özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Katılımcıların psikolojik destek ve enfeksiyon ile ilgili sosyal sorulara verdikleri yanıtlar

		HIV		Hepatit B			
		n	%	n	%	X ²	p
HIV/Hepatit B tanısı sonrasında bu konu ile ilgili daha önce psikiyatrik/psikolojik destek aldınız mı?	Evet	27	32,1	2	2,6	23,42a	<0,001
	Hayır	57	67,9	74	97,4		
HIV/Hepatit B ile enfekte olduğunuzu bilen 1.derece yakınınız var mı? (örn: anne, baba, kardeş, eş, çocuk...)	Evet	51	60,7	75	98,7	34,38a	<0,001
	Hayır	33	39,3	1	1,3		
Ailenizde ya da çevrenizde HIV/Hepatit B ile yaşayan başkaları var mı?	Evet	37	44,0	55	72,4	13,10b	<0,001
	Hayır	47	56,0	21	27,6		
HIV/Hepatit B ile ilgili bir sosyal destek grubundan destek alıyor musunuz?	Evet	33	39,3	0	0,0	37,62a	<0,001
	Hayır	51	60,7	76	100,00		

a=Fisher's Exact Test sonucu, b= Ki-Kare Analizi Sonucu

Hepatit B ile enfekte kişilerin, ailelerinde ya da çevrelerinde Hepatit B ile enfekte kişilerin oranının, HİYİ'lerin ailelerinde ya da çevrelerindeki HİYİ oranından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu ($X^2=13,10$, $p<0,001$). HİYİ'lerin tanı aldıktan sonra bu konu ile ilgili psikiyatrik/psikolojik destek alma oranı, Hepatit B grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu ($X^2=23,42$, $p<0,001$). HİYİ'lerde Hepatit B grubuna göre, mevcut enfeksiyonlarıyla ilgili bir sosyal destek grubundan destek alma oranı istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek bulundu ($X^2=37,62$, $p<0,001$). Hepatit B grubunda HİYİ'lere göre mevcut enfeksiyonlarını bilen 1.derece kişi oranı istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu ($X^2=34,38$, $p<0,001$). Tablo 4.3'de katılımcıların psikolojik destek ve enfeksiyon ile ilgili sosyal sorulara verdikleri yanıtlar gösterilmiştir.

Araştırmada değerlendirilen Hepatit B ile enfekte kişilerin 70'inin (%92,1) İstanbul, 2'sinin (%2,6) Ankara, 2'sinin (%2,6) Kocaeli, 1'inin (%1,3) Batman ve 1'inin (%1,3) Iğdır ilinde yaşadığı bulunmuştur.

Araştırmada değerlendirilen HİYİ'lerin 37'sinin (%44,0) İstanbul, 9'unun (%10,7) Ankara, 8'sinin (%9,5) İzmir, 5'inin (%6,0) Kocaeli, 4'ünün (%4,8)

Antalya, 2'sinin (%2,4) Konya, 2'sinin (%2,4) Mersin, 2'sinin (%2,4) Muğla, 2'sinin (%2,4) Ordu, 2'sinin (%2,4) Sakarya, 2'sinin (%2,4) Hatay, 1'inin (%1,2) Zonguldak, 1'inin (%1,2) Yalova, 1'inin (%1,2) Uşak, 1'inin (%1,2) Tekirdağ, 1'inin (%1,2) Samsun, 1'inin (%1,2) Denizli, 1'inin (%1,2) Çanakkale, 1'inin (%1,2) Amsterdam, 1'inin (%1,2) Adana ilinde yaşadığı bulunmuştur.



Tablo 4.4: HİYİ'ler arasında psikometrik ölçümler arasındaki korelasyon

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-KHBSÖ-Aile	r	-															
	p ^a	-															
2- KHBSÖ -İş	r	,613															
	p ^a	<,001															
3- KHBSÖ -Sağlıkçı	r	,407	,312														
	p ^a	<,001	,004														
4- KHBSÖ-Total	r	,864	,818	,695													
	p ^a	<,001	<,001	<,001													
5-KİA-Başkalarına yük olma	r	,398	,271	,337	,422												
	p ^a	<,001	,013	,002	<,001												
6-KİA-Engellenmiş aidiyet	r	,367	,258	,250	,370	,630											
	p ^a	,001	,018	,022	,001	<,001											
7-GAÖ-Kabul edilme	r	-,419	-,336	-,360	-,468	-,539	-,605										
	p ^a	<,001	,002	,001	<,001	<,001	<,001										
8-GAÖ-Reddedilme	r	,440	,329	,349	,471	,666	,611	-,683									
	p ^a	<,001	,002	,001	<,001	<,001	<,001	<,001									
9-GAÖ-Total	r	-,469	-,362	-,386	-,511	-,661	-,662	,904	-,929								
	p ^a	<,001	,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001								
10-HADÖ-Anksiyete	r	,320	,174	,319	,339	,610	,557	-,440	,379	-,444							
	p ^a	,003	,114	,003	,002	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001							

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
11-HADÖ-Depresyon	r	,365	,343	,283	,417	,606	,705	-,568	,475	-,564	,719						
	p ^a	,001	,001	,009	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001						
12-MMÖ-Motivasyon	r	-,068	-,103	,167	-,011	-,208	-,088	,094	-,151	,136	-,074	-,148					
	p ^a	,538	,351	,130	,921	,058	,425	,396	,170	,218	,503	,178					
13-MMÖ-Bilgi düzeyi	r	-,083	-,079	,187	<,001	-,202	-,182	,146	-,174	,176	,051	-,129	,233				
	p ^b	,455	,476	,089	,997	,065	,097	,184	,113	,110	,642	,242	,033				
14-İDÖ	r	,406	,244	,285	,394	,674	,548	-,527	,632	-,635	,592	,602	-,143	-,138			
	p ^a	<,001	,025	,009	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	,194	,211			
15-İAİDÖ-Değersiz	r	,415**	,306**	,140	,370**	,440**	,464	-,486**	,391**	-,475**	,337**	,378**	-,199	-,257*	,349**		
	p ^a	<,001	,005	,204	,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	,002	<,001	,070	,018	,001		
16-İAİDÖ-Açığa vurma	r	,419**	,259*	,145	,354**	,098	,197	-,245*	,176	-,227*	,094	,155	-,035	,028	,106	,323**	
	p ^a	<,001	,018	,187	,001	,374	,072	,025	,109	,038	,395	,158	,749	,802	,335	,003	
17-İAİDÖ Toplam	r	,495**	,346**	,169	,434**	,394**	,451	-,487**	,384**	-,471**	,309**	,366**	-,175	-,198	,324**	,933**	,641**
	p ^a	<,001	,001	,125	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	,004	,001	,112	,072	,003	<,001	<,001

a=Pearson Korelasyon Analizi, b=Spearman Korelasyon Analizi

KHBSÖ-Aile skorları ile KİA-Başkalarına yük olma ($r=0,398$, $p<0,001$), KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=0,367$, $p=0,001$), GAÖ-Reddedilme ($r=0,440$, $p<0,001$), HADÖ-Anksiyete ($r=0,320$, $p=0,003$), HADÖ-Depresyon ($r=0,365$, $p=0,001$), İDÖ ($r=0,406$, $p<0,001$), İAİDÖ-Değersiz ($r=0,415$, $p<0,001$), İAİDÖ-Açığa vurma ($r=0,419$, $p<0,001$), İAİDÖ Toplam ($r=0,495$, $p<0,001$), skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Bunlara ek olarak KHBSÖ-Aile skorları ile GAÖ-Kabul edilme ($r=-0,419$, $p=0,045$), GAÖ-Total ($r=-0,469$, $p<0,001$) alt ölçek puanları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

KHBSÖ -İş puanları ile KİA-Başkalarına yük olma ($r=0,271$, $p=0,013$), KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=0,258$, $p=0,018$), GAÖ-Reddedilme ($r=0,329$, $p=0,002$), HADÖ-Depresyon ($r=0,343$, $p=0,001$), İDÖ ($r=0,244$, $p=0,025$), İAİDÖ-Değersiz ($r=0,306$, $p=0,005$), İAİDÖ-Açığa vurma ($r=0,259$, $p=0,018$), alt ölçek skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak KHBSÖ -İş puanları ile GAÖ-Total ($r=-0,362$, $p=0,001$), GAÖ-Kabul edilme ($r=-0,336$, $p=0,002$) alt ölçek puanları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

KHBSÖ -Sağlıkçı skorları ile KİA-Başkalarına yük olma ($r=0,337$, $p=0,002$), KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=0,250$, $p=0,022$), GAÖ-Reddedilme ($r=0,349$, $p=0,001$), HADÖ-Anksiyete ($r=0,319$, $p=0,003$), HADÖ-Depresyon ($r=0,283$, $p=0,009$), İDÖ ($r=0,285$, $p=0,009$) alt ölçek skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak KHBSÖ -Sağlıkçı İş puanları ile GAÖ-Kabul edilme ($r=-0,360$, $p=0,001$), GAÖ-Total ($r=-0,386$, $p<0,001$) alt ölçek puanları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

KHBSÖ-Total skorları ile KİA-Başkalarına yük olma ($r=0,422$, $p<0,001$), KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=0,370$, $p=0,001$), GAÖ-Reddedilme ($r=0,471$, $p<0,001$), HADÖ-Anksiyete ($r=0,339$, $p=0,002$), HADÖ-Depresyon ($r=0,471$, $p<0,001$), İDÖ ($r=0,394$, $p<0,001$), İAİDÖ-Değersiz ($r=0,370$, $p=0,001$), İAİDÖ-Açığa vurma ($r=0,354$, $p=0,001$), İAİDÖ Toplam ($r=0,434$, $p<0,001$) alt ölçek skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Bunlara ek olarak KHBSÖ-Total skorları ile GAÖ-Kabul edilme ($r=-0,468$, $p<0,001$), GAÖ-Total ($r=-0,511$, $p<0,001$) alt ölçek puanları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

KİA-Başkalarına yük olma skorları ile KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=0,630$, $p<0,001$), GAÖ-Reddedilme ($r=0,666$, $p<0,001$), HADÖ-Anksiyete ($r=0,610$, $p<0,001$), HADÖ-Depresyon ($r=0,606$, $p<0,001$), İDÖ ($r=0,674$, $p<0,001$), İAİDÖ-Değersiz ($r=0,440$, $p<0,001$), İAİDÖ Toplam ($r=0,394$, $p<0,001$) alt ölçek skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Bunlara ek olarak KİA-Başkalarına yük olma skorları ile GAÖ-Kabul edilme ($r=-0,539$, $p<0,001$), GAÖ-Total ($r=-0,661$, $p<0,001$) alt ölçek puanları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

KİA-Engellenmiş aidiyet skorları ile İDÖ ($r=0,548$, $p<0,001$), İAİDÖ-Değersiz ($r=0,464$, $p<0,001$), İAİDÖ Toplam ($r=0,451$, $p<0,001$) alt ölçek skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

GAÖ-Kabul edilme skorları ile KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=-0,605$, $p<0,001$), HADÖ-Anksiyete ($r=-0,440$, $p<0,001$), HADÖ-Depresyon ($r=-0,568$, $p<0,001$), İDÖ ($r=-0,527$, $p<0,001$), İAİDÖ-Değersiz ($r=-0,486$, $p<0,001$), İAİDÖ-Açığa vurma ($r=-0,227$, $p=0,038$), İAİDÖ Toplam ($r=-0,487$, $p<0,001$) alt ölçek puanları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

GAÖ-Reddedilme skorları ile KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=0,611$, $p<0,001$), HADÖ-Anksiyete ($r=0,379$, $p<0,001$), HADÖ-Depresyon ($r=0,475$, $p<0,001$), İDÖ ($r=0,632$, $p<0,001$), İAİDÖ-Değersiz ($r=0,391$, $p<0,001$), İAİDÖ Toplam ($r=0,384$, $p<0,001$) alt ölçek skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

GAÖ-Total skorları ile KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=-0,662$, $p<0,001$), HADÖ-Anksiyete ($r=-0,444$, $p<0,001$), HADÖ-Depresyon ($r=-0,564$, $p<0,001$), İDÖ ($r=-0,635$, $p<0,001$), İAİDÖ-Değersiz ($r=-0,475$, $p<0,001$), İAİDÖ-Açığa vurma ($r=-0,227$, $p=0,038$), İAİDÖ Toplam ($r=-0,471$, $p<0,001$) alt ölçek puanları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

HADÖ-Anksiyete ile KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=0,557$, $p<0,001$), İDÖ ($r=0,592$, $p<0,001$), İAİDÖ-Değersiz ($r=0,337$, $p=0,002$), İAİDÖ Toplam ($r=0,309$, $p=0,004$) alt ölçek skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

HADÖ-Depresyon ile KİA-Engellenmiş aidiyet ($r=0,705$, $p<0,001$), İDÖ ($r=0,602$, $p<0,001$), İAİDÖ-Değersiz ($r=0,378$, $p<0,001$), İAİDÖ Toplam

($r=0,366$, $p=0,001$) alt ölçek skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

MMÖ-Bilgi düzeyi ile İAİDÖ-Değersiz ($r= -0,257$, $p=0,018$) alt ölçek skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

Tablo 4.5’de HİYİ’ler arasında psikometrik ölçümler arasındaki korelasyon gösterilmiştir.

Tablo 4.5: HİYİ’lerde enfekte olma süresi ile İDÖ skorları arasındaki ilişki

		Enfekte Olma Süresi
İDÖ	r	-0,219*
	p	0,046
Kendinizi öldürmeyi hiç düşündünüz mü ya da kendinizi öldürmeyi hiç denediniz mi?	r	-0,127
	p	0,251
Geçtiğimiz son 1 yıl içerisinde kendinizi öldürmeyi ne sıklıkla düşündünüz?	r	-0,309**
	p	0,004
Kendinizi öldüreceğinizi ya da öldürebileceğinizi hiç birilerine söylediniz mi?	r	-0,139
	p	0,207
Bir gün kendinizi öldürme girişiminde bulunabilme olasılığınız nedir?	r	-0,155
	p	0,161

r=Spearman Korelasyon Analizi

HİYİ’lerin enfekte olma süresi ile İDÖ skorları ($r=-0,219$, $p=0,046$) ve Geçtiğimiz son 1 yıl içerisinde kendinizi öldürmeyi düşünme sıklığı ($r=-0,309$, $p=0,004$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu. Tablo 4.5’de HİYİ’lerde enfekte olma süresi ile İDÖ skorları arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo 4.6: HIV ve Hepatit B grupları arasında psikometrik ölçümlerin karşılaştırılması

	GRUP					
	Hepatit B		HIV			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Analiz	p
KHBSÖ-Aile	6,68	3,73	12,15	4,30	t=-8,55	<0,001
KHBSÖ -İş	9,07	4,36	13,80	4,05	t=-7,12	<0,001
KHBSÖ -Sağlıkçı	8,05	3,46	12,12	3,63	t=-7,23	<0,001
KHBSÖ-Toplam	23,80	9,73	38,07	9,56	t=-9,35	<0,001
KİA-Başkalarına yük olma	7,92	4,17	13,13	8,98	t=-4,63	<0,001
KİA-Engellenmiş aidiyet	14,75	6,32	18,32	7,76	t=-3,17	0,002

	GRUP					
	Hepatit B		HIV			
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Analiz	p
GAÖ-Kabul edilme	34,50	8,60	30,68	9,28	t=2,69	0,008
GAÖ-Reddedilme	11,29	7,27	16,70	10,73	t=-3,70	<0,001
GAÖ-Toplam	23,21	13,70	13,98	18,36	t=3,58	<0,001
HADÖ-Anksiyete	7,84	4,52	9,65	4,68	t=-2,49	0,014
HADÖ-Depresyon	5,92	4,03	7,67	4,25	t=-2,66	0,009
MMÖ-Motivasyon	2,01	,95	2,46	,78	t=-3,30	<0,001
MMÖ-Bilgi düzeyi	2,11	1,00	2,81	,42	Z=-5,11	<0,001
İDÖ Toplam	,84	1,67	3,50	3,50	Z=-6,16	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, Z=Mann Whitney U testi

Mann Whitney U testine göre HiYİ'lerin, MMÖ-Bilgi düzeyi ($t=5,11$, $p<0,001$) ve İDÖ Toplam ($t=6,16$, $p<0,001$) puan ortalamaları, Hepatit B grubundaki katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Bağımsız gruplar t testine göre HIV grubundaki katılımcıların, KHBSÖ-Aile ($t=8,55$, $p<0,001$), KHBSÖ -İş ($t=7,12$, $p<0,001$), KHBSÖ -Sağlıkçı ($t=7,23$, $p<0,001$), KHBSÖ-Toplam ($t=9,35$, $p<0,001$), KİA-Başkalarına yük olma ($t=4,63$, $p<0,001$), KİA-Engellenmiş aidiyet ($t=3,17$, $p=0,002$), GAÖ-Reddedilme ($t=3,70$, $p<0,001$), HADÖ-Anksiyete ($t=12,49$, $p=0,014$), HADÖ-Depresyon ($t=2,66$, $p=0,009$), MMÖ-Motivasyon ($t=3,30$, $p<0,001$) puan ortalamaları, Hepatit B grubundaki katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Buna ek olarak Hepatit B grubundaki katılımcıların GAÖ-Kabul edilme ($t=2,69$, $p<0,008$) ve GAÖ-Toplam ($t=3,58$, $p<0,001$), puan ortalamalarının HIV grubundaki katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Tablo 4.6'da HIV ve Hepatit B grupları arasında psikometrik ölçümlerin karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 4.7: Araştırmada değerlendirilen tüm katılımcılar arasında HIV / Hepatit B ile ilişkili demografik özelliklere göre psikometrik özelliklerin karşılaştırılması

	HIV/ Hepatit B tanısı sonrasında bu konu ile ilgili daha önce psikiyatrik/psikolojik destek aldınız mı?					HIV/ Hepatit B ile enfekte olduğunuzu bilen 1.derece yakınınız var mı? (örn: anne, baba, kardeş, eş, çocuk...)					Ailenizde ya da çevrenizde HIV/ Hepatit B ile yaşayan başkaları var mı?					HIV/ Hepatit B ile ilgili bir sosyal destek grubundan destek alıyor musunuz?				
	Evet		Hayır			Evet		Hayır			Evet		Hayır			Evet		Hayır		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	p	Ort.	SS.	Ort.	SS.	p	Ort.	SS.	Ort.	SS.	p	Ort.	SS.	Ort.	SS.	p
KHBSÖ-Aile	12,17	4,07	8,98	4,86	0,001	8,54	4,46	13,32	4,52	<,001	8,95	4,64	10,38	5,08	,065	12,36	4,63	8,83	4,68	<,001
KHBSÖ -İş	13,14	4,46	11,20	4,83	0,049	10,87	4,71	14,06	4,39	,001	11,12	4,67	12,13	4,97	,189	14,24	4,17	10,85	4,73	<,001
KHBSÖ -Sağlıkçı	11,97	3,96	9,79	4,02	0,009	9,59	3,94	12,41	3,89	<,001	10,11	3,97	10,29	4,26	,778	12,15	3,64	9,68	4,05	,002
KHBSÖ-Toplam	37,28	10,92	29,97	11,83	0,003	29,00	11,27	39,79	10,74	<,001	30,17	11,67	32,81	12,30	,170	38,76	10,37	29,35	11,63	<,001
KİA-Başkalarına yük olma	11,07	7,81	10,56	7,52	0,746	9,87	6,81	13,59	9,38	,010	8,77	5,59	13,21	9,03	<,001	11,85	8,62	10,35	7,26	,310
KİA-Engellenmiş aidiyet	16,62	7,69	16,63	7,26	0,997	15,96	6,72	19,09	8,88	,026	14,90	6,61	18,96	7,62	<,001	16,42	8,45	16,68	7,03	,860
GAÖ-Kabul edilme	29,93	10,12	33,06	8,85	0,095	33,48	8,48	28,82	10,60	,008	33,50	8,86	31,13	9,41	,106	32,30	8,32	32,54	9,37	,893
GAÖ-Reddedilme	17,00	10,89	13,50	9,23	0,075	12,90	8,32	18,68	12,47	,002	12,73	8,38	16,03	10,84	,031	13,42	8,56	14,31	9,89	,637
GAÖ-Toplam	12,93	19,93	19,56	16,00	0,056	20,58	14,64	10,15	21,85	,001	20,77	15,31	15,10	18,47	,036	18,88	14,57	18,23	17,52	,845
HADÖ-Anksiyete	8,79	4,81	8,79	4,67	0,999	8,55	4,62	9,71	4,87	,201	8,63	4,62	9,01	4,79	,609	9,36	4,85	8,65	4,64	,434
HADÖ-Depresyon	7,10	3,74	6,78	4,34	0,709	6,47	4,09	8,21	4,50	,033	6,64	4,16	7,10	4,34	,497	7,64	4,14	6,63	4,24	,224
AMÖ-Motivasyon	2,52	,74	2,19	,91	0,074	2,20	,89	2,44	,89	,159	2,12	,89	2,43	,87	,031	2,67	,60	2,14	,92	,002
AMÖ-Bilgi düzeyi	2,79	,41	2,40	,88	0,022	2,40	,90	2,74	,45	,039	2,32	,96	2,69	,55	,004	2,94	,24	2,35	,89	<,001
DÖ Toplam	3,45	3,45	1,97	2,94	0,019	1,80	2,54	3,85	4,21	<,001	1,86	2,73	2,75	3,45	,070	3,21	3,28	1,98	2,99	,041

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Bağımsız Gruplar t testi.

HIV/ Hepatit B tanısı sonrasında bu konu ile ilgili daha önce psikiyatrik/psikolojik destek alan katılımcıların khbsö-aile ($p=0,001$), kbhsö-iş ($p=0,049$), kbhsö-sağlıkçı ($p=0,009$) ve kbhsö-total ($p=0,003$) skor ortalamalarının almayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. HIV/ Hepatit B ile enfekte olduğunu bilen 1.derece yakını olan katılımcıların khbsö-aile ($p<0,001$), kbhsö-iş ($p=0,001$), kbhsö-sağlıkçı ($p<0,001$), kbhsö-total ($p<0,001$), başkalarına yük olma ($p=0,010$), Engellenmiş aidiyet ($p=0,026$), gaö-reddedilme ($p=0,002$), GAÖ Total ($p=0,001$), HADÖ Depresyon ($p=0,033$), Morisky Bilgi Düzeyi ($p=0,039$) ve İDÖ Toplam ($p<0,001$) skor ortalamalarının, enfekte olma durumunu bilen yakını olmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu. Buna ek olarak HIV/ Hepatit B ile enfekte olduğunu bilen 1.derece yakını olan katılımcıların GAÖ-Kabul edilme ($p=0,008$) alt ölçek skorlarının yakını olmayan vakalara göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Ailede ya da çevrede HIV/ Hepatit B ile yaşayan kişilerin bulunduğu grubun başkalarına yük olma ($p<0,001$), engellenmiş aidiyet ($p<0,001$), GAÖ-Reddedilme ($p=0,031$), morisk-motivasyon ($p=0,031$) ve morisky-bilgi düzeyi ($p=0,004$) ortalamalarının diğerlerine göre ölçek skor ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu. HIV/ Hepatit B ile ilgili bir sosyal destek alan katılımcıların khbsö-aile ($p<0,001$), kbhsö-iş ($p<0,001$), kbhsö-sağlıkçı ($p=0,002$), kbhsö-total ($p<0,001$), morisky-motivasyon ($p=0,002$), morisky bilgi düzeyi ($p<0,001$) ve İDÖ Toplam ($p=0,041$) skor ortalamalarının sosyal destek almayan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Tablo 4.7’de araştırmada değerlendirilen tüm katılımcılar arasında HIV/ Hepatit B ile ilişkili demografik özelliklere göre psikometrik özelliklerin karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 4.8: Tüm katılımcılar arasında intihar tehdidine göre psikometrik özelliklerin karşılaştırılması

	Yok		Var		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
KHBSÖ-Aile	8,13	4,39	12,80	4,36	-6,22	<0,001
KHBSÖ -İş	10,53	4,84	13,86	3,88	-4,24	<0,001
KHBSÖ -Sağlıkçı	9,32	3,86	12,16	3,92	-4,28	<0,001
KHBSÖ-Toplam	27,97	11,33	38,82	9,87	-4,28	<0,001
KİA-Başkalarına yük olma	7,52	4,08	17,76	8,76	-10,10	<0,001
KİA-Engellenmiş aidiyet	14,15	6,37	22,22	6,17	-7,46	<0,001
GAÖ-Kabul edilme	35,14	8,12	26,51	8,54	6,09	<0,001
GAÖ-Reddedilme	10,72	6,85	21,86	10,51	-7,98	<0,001
GAÖ-Toplam	24,41	12,88	4,65	17,04	8,07	<0,001
HADÖ-Anksiyete	7,27	4,06	12,24	4,16	-7,09	<0,001
HADÖ-Depresyon	5,59	3,60	9,67	4,21	-6,28	<0,001
MMÖ-Motivasyon	2,26	,85	2,22	,98	0,24	0,811
MMÖ-Bilgi düzeyi	2,43	,88	2,57	,71	-0,98	0,311

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi

Araştırmaya katılan tüm katılımcılar arasında uygulanan Bağımsız gruplar t testine göre intihar tehdidinin olduğu katılımcıların, KHBSÖ-Aile ($t=-6,22$, $p<0,001$), KHBSÖ -İş ($t=-4,24$, $p<0,001$), KHBSÖ -Sağlıkçı ($t=-4,28$, $p<0,001$), KHBSÖ-Toplam ($t=-4,28$, $p<0,001$), KİA-Başkalarına yük olma ($t=-10,10$, $p<0,001$), KİA-Engellenmiş aidiyet ($t=-7,46$, $p<0,001$), GAÖ-Reddedilme ($t=-7,98$, $p<0,001$), HADÖ-Anksiyete ($t=-7,09$, $p=0,001$), HADÖ-Depresyon ($t=-6,28$, $p=0,001$) puan ortalamaları, intihar tehdidinin olmadığı katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Buna ek olarak intihar tehdidinin olmadığı katılımcıların GAÖ-Kabul edilme ($t=6,09$, $p<0,001$) ve GAÖ-Toplam ($t=8,07$, $p<0,001$) puan ortalamalarının, intihar tehdidinin olduğu katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Tablo 4.8’de tüm katılımcılar arasında intihar tehdidine göre psikometrik özelliklerin karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 4.9: HIV grubunda İAİDÖ açıklamada etkili olan faktörler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	-,978	,718		-1,362	,177	-2,406	,451
	KİA-Başkalarına yük olma	,212	,040	,545	5,280	<,001	,132	,292
	KİA-Engellenmiş aidiyet	,092	,046	,205	1,985	,051	,000	,185
2	(Sabit)	,300	2,006		,150	,881	-3,693	4,294
	KİA-Başkalarına yük olma	,158	,044	,407	3,619	,001	,071	,246
	KİA-Engellenmiş aidiyet	,040	,050	,089	,803	,425	-,059	,139
	GAÖ-Kabul edilme	-,032	,042	-,084	-,747	,457	-,116	,053
	GAÖ-Reddedilme	,081	,040	,249	2,029	,046	,002	,161
3	(Sabit)	-1,668	1,998		-,835	,406	-5,646	2,310
	KİA-Başkalarına yük olma	,096	,046	,246	2,084	,040	,004	,187
	KİA-Engellenmiş aidiyet	-,028	,053	-,062	-,519	,605	-,134	,079
	GAÖ-Kabul edilme	-,003	,041	-,008	-,071	,944	-,085	,080
	GAÖ-Reddedilme	,109	,039	,334	2,793	,007	,031	,186
	HADÖ-Anksiyete	,165	,084	,220	1,951	,055	-,003	,333
	HADÖ-Depresyon	,144	,105	,175	1,367	,176	-,066	,353
4	(Sabit)	-,918	2,801		-,328	,744	-6,497	4,662
	KİA-Başkalarına yük olma	,092	,048	,237	1,937	,057	-,003	,187
	KİA-Engellenmiş aidiyet	-,030	,054	-,066	-,542	,589	-,138	,079
	GAÖ-Kabul edilme	-,003	,042	-,007	-,061	,952	-,086	,081
	GAÖ-Reddedilme	,109	,039	,335	2,765	,007	,030	,188
	HADÖ-Anksiyete	,175	,089	,234	1,965	,053	-,002	,352
	HADÖ-Depresyon	,139	,107	,169	1,295	,199	-,075	,353
	MMÖ-Motivasyon	,008	,350	,002	,024	,981	-,689	,706
	MMÖ-Bilgi düzeyi	-,275	,667	-,033	-,413	,681	-1,603	1,053

Model 1: R²=0,48, F=37,29, p<0,001

Model 2: R²=0,52, F=21,78, p<0,001

Model 3: R²=0,58, F=17,90, p<0,001

Model 4: R²=0,58, F=13,12, p<0,001

Araştırmada değerlendirilen HIV tanılı vakaların İAİDÖ skorlarının %48'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=37,29, p<0,001) KİA alt ölçek skorları tarafından açıklandığı bulundu.

Model 1'e GAÖ alt skorlarının eklenmesiyle İAİDÖ skorlarının %52'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=21,78, p<0,001) açıklandığı bulundu.

Model 2'ye HADÖ Depresyon ve HADÖ Anksiyete skorlarının eklenmesiyle İAİDÖ skorlarının %58 'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=17,90, p<0,001) açıklandığı bulundu.

Model 3'e MMÖ skorlarının eklenmesiyle İAİDÖ skorlarının %58'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=13,12$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Buna ek olarak model 4 incelendiğinde İAİDÖ skorlarını açıklamada GAÖ-Reddedilme ($p=0,007$, GA: 0,030 - 0,188) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. Tablo 4.9'da HIV grubunda İAİDÖ açıklamada etkili olan faktörler gösterilmiştir.

Tablo 4.10: HIV grubunda İDÖ davranışlarını açıklamada etkili olan faktörler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	-,978	,718		1,362	,177	-,2406	,451
	KİA-Başkalarına yük olma	,212	,040	,545	5,280	,000	,132	,292
	KİA-Engellenmiş aidiyet	,092	,046	,205	1,985	,051	,000	,185
2	(Sabit)	,300	2,006		,150	,881	-,3,693	4,294
	KİA-Başkalarına yük olma	,158	,044	,407	3,619	,001	,071	,246
	KİA-Engellenmiş aidiyet	,040	,050	,089	,803	,425	-,059	,139
	GAÖ-Kabul edilme	-,032	,042	-,084	-,747	,457	-,116	,053
	GAÖ-Reddedilme	,081	,040	,249	2,029	,046	,002	,161
3	(Sabit)	-1,668	1,998		-,835	,406	-,5,646	2,310
	KİA-Başkalarına yük olma	,096	,046	,246	2,084	,040	,004	,187
	KİA-Engellenmiş aidiyet	-,028	,053	-,062	-,519	,605	-,134	,079
	GAÖ-Kabul edilme	-,003	,041	-,008	-,071	,944	-,085	,080
	GAÖ-Reddedilme	,109	,039	,334	2,793	,007	,031	,186
	HADÖ-Anksiyete	,165	,084	,220	1,951	,055	-,003	,333
	HADÖ-Depresyon	,144	,105	,175	1,367	,176	-,066	,353
4	(Sabit)	-,918	2,801		-,328	,744	-,6,497	4,662
	KİA-Başkalarına yük olma	,092	,048	,237	1,937	,057	-,003	,187
	KİA-Engellenmiş aidiyet	-,030	,054	-,066	-,542	,589	-,138	,079
	GAÖ-Kabul edilme	-,003	,042	-,007	-,061	,952	-,086	,081
	GAÖ-Reddedilme	,109	,039	,335	2,765	,007	,030	,188
	HADÖ-Anksiyete	,175	,089	,234	1,965	,053	-,002	,352
	HADÖ-Depresyon	,139	,107	,169	1,295	,199	-,075	,353
	MMÖ-Motivasyon	,008	,350	,002	,024	,981	-,689	,706
	MMÖ-Bilgi düzeyi	-,275	,667	-,033	-,413	,681	-,1,603	1,053

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
5	(Sabit)	-,875	3,024		-,289	,773	-6,903	5,153
	KİA-Başkalarına yük olma	,092	,049	,237	1,891	,063	-,005	,190
	KİA-Engellenmiş aidiyet	-,035	,055	-,077	-,623	,535	-,145	,076
	GAÖ-Kabul edilme	-,002	,043	-,007	-,057	,955	-,088	,084
	GAÖ-Reddedilme	,107	,041	,328	2,637	,010	,026	,188
	HADÖ-Anksiyete	,162	,092	,217	1,770	,081	-,020	,345
	HADÖ-Depresyon	,155	,112	,188	1,381	,171	-,069	,378
	MMÖ-Motivasyon	,023	,365	,005	,063	,950	-,704	,750
	MMÖ-Bilgi düzeyi	-,200	,695	-,024	-,287	,775	-1,586	1,186
	KHBSÖ-Aile	,089	,085	,110	1,043	,301	-,081	,259
	KHBSÖ -İş	-,061	,086	-,071	-,713	,478	-,233	,110
	KHBSÖ -Sağlıkçı	-,033	,090	-,034	-,368	,714	-,211	,146
6	(Sabit)	-,526	3,160		-,166	,868	-6,828	5,777
	KİA-Başkalarına yük olma	,092	,050	,235	1,837	,071	-,008	,191
	KİA-Engellenmiş aidiyet	-,030	,057	-,067	-,528	,599	-,144	,084
	GAÖ-Kabul edilme	-,007	,045	-,019	-,162	,872	-,097	,083
	GAÖ-Reddedilme	,105	,041	,323	2,552	,013	,023	,188
	HADÖ-Anksiyete	,162	,093	,216	1,734	,087	-,024	,348
	HADÖ-Depresyon	,152	,114	,185	1,333	,187	-,075	,379
	MMÖ-Motivasyon	,007	,372	,002	,019	,985	-,734	,748
	MMÖ-Bilgi düzeyi	-,197	,718	-,024	-,274	,785	-1,628	1,234
	KHBSÖ-Aile	,106	,092	,131	1,151	,254	-,078	,290
	KHBSÖ -İş	-,060	,087	-,070	-,692	,491	-,235	,114
	KHBSÖ -Sağlıkçı	-,036	,091	-,038	-,398	,692	-,218	,145
	İAİDÖ-Değersiz	-,053	,222	-,024	-,238	,813	-,496	,390
	İAİDÖ-Açığa vurma	-,179	,421	-,037	-,425	,672	-1,019	,661

Model 1: R²=0,48, F=37,29, p<0,001

Model 2: R²=0,52, F=21,78, p<0,001

Model 3: R²=0,58, F=17,90, p<0,001

Model 4: R²=0,58, F=13,12, p<0,001

Model 5: R²=0,59, F=9,42, p<0,001

Model 6: R²=0,59, F=7,80, p<0,001

Araştırmada değerlendirilen HIV tanılı vakaların İDÖ skorlarının %48'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=37,29, p<0,001) KİA alt ölçek skorları tarafından açıklandığı bulundu.

Model 1'e GAÖ alt skorlarının eklenmesiyle İDÖ skorlarının %52'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=21,78$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Model 2'ye HADÖ Depresyon ve HADÖ Anksiyete skorlarının eklenmesiyle İDÖ skorlarının %58'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=17,90$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Model 3'e MMÖ skorlarının eklenmesiyle İDÖ skorlarının %58'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=13,12$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Model 4'e KHBSÖ skorlarının eklenmesiyle İDÖ skorlarının %59'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=9,42$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Model 5'e İAİDÖ skorlarının eklenmesiyle İDÖ skorlarının %59'ının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=7,80$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Buna ek olarak model 6 incelendiğinde İDÖ skorlarını açıklamada GAÖ-Reddedilme ($p=0,013$, GA: 0,023 – 0,188) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu. Tablo 4.10'de HIV grubunda İDÖ davranışlarını açıklamada etkili olan faktörler gösterilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hipotez 1 (Doğrulandı): HİYİ'lerde intihar davranışının ciddiyeti, damgalanma, depresyon ve anksiyete puanları ile pozitif ilişkilidir.

Hipotez 2 (Doğrulandı): HİYİ'lerde intihar davranışının ciddiyeti ve damgalanma, aidiyet puanları ile negatif ilişkilidir.

Hipotez 3 (Doğrulandı): HİYİ'lerde depresyon ve anksiyete puanlarının artması intihar davranışı ciddiyetinin puanları ile pozitif ilişkilidir.

Hipotez 4 (Doğrulandı): HİYİ'lerde Hepatit B ile yaşayan insanlara kıyasla damgalanma, anksiyete, depresyon, intihar davranışının ciddiyeti, reddedilme, başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet puanları daha yüksek; kabul edilme ve genel aidiyet puanları daha düşüktür.

Hipotez 5 (Doğrulandı): HİYİ'lerde intihar davranışının ciddiyeti enfekte olma süresi ile ters ilişkilidir.

Hipotez 6 (Doğrulandı): HİYİ'lerde reddedilme damgalanmayı yordar.

Hipotez 7 (Doğrulanamadı): HİYİ'lerde başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet intihar davranışının ciddiyetini yordar.

Çalışmaya katılan HİYİ'lerin sosyodemografik verileri incelendiğinde, kontrol grubuna göre erkek katılımcı sayısının daha fazla olduğu, cinsiyet sorusuna ikili cinsiyet sistemi dışında yanıt verenlerin sadece bu grupta olduğu; homoseksüel, bekar, yalnız ya da ailesiyle yaşayanların daha fazla olduğu; eğitim durumları açısından üniversite ve sonrası eğitim alanların daha fazla olduğu; psikiyatrik tedavi, sigara, alkol ve madde kullanımının daha sık olduğu, mevcut enfeksiyon hastalıklarına yönelik tedavi alanların daha çok olduğu gözlenmiştir.

Tüm katılımcıların verisi ortak havuzda değerlendirildiğinde, damgalanma arttıkça psikiyatrik ya da psikolojik destek alma oranının arttığı; mevcut enfeksiyonlarını bilen 1. derece yakınları olanların damgalanma, başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet, reddedilme duygularının, ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyinin, depresyon oranlarının ve intihar davranışı ciddiyetinin azaldığı; kabul edilmiş hissetme ve genel aidiyet hissinin arttığı gözlenmiştir. Aile ya da çevresinde aynı enfeksiyona sahip olanlarda başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet, reddedilme oranlarının, ilaç kullanımına yönelik motivasyon ve bilgi düzeylerinin daha az olduğu görülmüştür. Bir sosyal destek grubundan destek alanların, ölçülen damgalanma miktarlarının ve intihar davranış ciddiyetlerinin azaldığı, ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeylerinin daha az olduğu gözlenmiştir. İntihar tehdidi açısından değerlendirilen katılımcılarda, damgalanma, başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet, reddedilme, anksiyete, depresyon ile tehdidin arttığı; kabul edilme, genel aidiyet duygusunda artış ile tehdidin azaldığı gözlenmiştir.

HİYİ'lerin kontrol grubuna göre, damgalanma, başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet duygusu, reddedilme, anksiyete, depresyon, intihar davranışı ciddiyeti, tedaviye yönelik motivasyon ve bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu; kabul edilme ve genel aidiyet duygusunun daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca kontrol grubuna göre tanı sonrasında daha sık psikiyatrik/psikolojik destek aldıkları, 1. derece yakınlarının mevcut durumlarını daha az sıklıkta bildikleri, aile ya da çevrelerinde daha az sıklıkta aynı enfeksiyona sahip insanların olduğu; daha sıklıkla mevcut durumlarıyla ilgili bir sosyal destek grubundan destek aldıkları görülmüştür. Enfekte olma süreleri incelendiğinde, HİYİ'lerde enfekte olma süresi azaldıkça intihar davranışının ciddiyetinde artış görülmüştür.

HİYİ'lerde çalışmada kullanılan ölçeklerin birbiri ile ilişkisi incelendiğinde: damgalanma miktarının artması ile, depresyonun, anksiyetenin, intihar davranışı ciddiyetinin, başkalarına yük olma algısının, engellenmiş aidiyetin ve reddedilmenin arttığı; kabul edilme ve genel aidiyet duygusunun azaldığı gözlenmiştir. Depresyon ve anksiyete puanlarının artışının başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet, reddedilme, intihar davranışı ciddiyetinde artış; kabul edilme ve genel aidiyet duygusunda azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet

duygusunda artışın, damgalanma, reddedilme, anksiyete, depresyon ve intihar davranışının ciddiyetinde artış; kabul edilme ve genel aidiyet duygusunda da azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Son olarak, reddedilmenin HİYİ'lerde damgalanma ve intihar davranışı ciddiyetini yordadığı bulunmuştur.

5.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılan HİYİ'lerin cinsiyet dağılımına bakıldığında %79,8'i erkek, %8,3'ü kadınlardan oluşmaktadır, cinsiyet dağılımı açısından Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB) verilerine kıyasla HİYİ'lerin erkek yüzdesinin benzer, kadın yüzdesinin ise daha az olduğu görülmüştür. Bu farklılığın nedeninin, kişilere ikili cinsiyet sistemi dışında kendilerini ifade etme özgürlüğü verilmesinin, TCSB verilerinin ikili cinsiyet sistemi ile raporlanmasının olabileceği düşünülmüştür (9). Türkiye'de yaşayan HİYİ'lerden oluşan 2953 örneklemli güncel bir çalışmada en sık yaş aralığı 25-34 olarak saptanmıştır. TCSB verilerinde de 25-29 yaş ve 30-34 yaş en sık yaş aralıkları olarak raporlanmıştır. Çalışmamızda da bununla uyumlu olarak ortalama HİYİ yaşı 33,63 bulunmuştur (121).

İstanbul ve Türkiye geneli HİYİ epidemiyolojik çalışmalarında cinsel yönelim sırasıyla %60 ve %53 oranında sıklıkla heteroseksüel yönelim olarak gözlenmiştir; ayrıca TCSB verileri de kayıtlı vakalardan %68,6'sının heteroseksüel yönelimde olduğunu göstermektedir (9, 121, 122). Çalışmamızda ise HİYİ'lerin %53,6'sının homoseksüel, %21,4'ünün heteroseksüel cinsel yönelimde olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedeninin, katılımcıların internet üzerinden isimsiz olarak kendi kendilerine doldurdukları bir ankette cinsel yönelimlerini daha rahat ifade etmiş olabilecekleri ya da HİYİ'lere ulaşılan sosyal medya hesabı kullanıcılarından oluşan örneklemin homojen bir HİYİ örneklemini oluşturmamış olabileceğini düşündürmüştür.

Ülkemizdeki HİYİ çalışmalarında katılımcıların çoğunun evli; lise ya da alt eğitim düzeyine sahip olduğu gözlenmektedir (122). Bizim örnekleminizde ise HİYİ'lerin %72,6'sının bekar, %8,3'ünün evli olduğu, eğitim durumu

açısından %58'inin üniversite ya da yüksek lisans düzeyinde olduğu gözlenmiştir. Bu farklılığın, katılımcılara sosyal medya hesabı ile ulaşılmış olmasının yarattığı homojen olmayan bir grup nedeni olabileceği düşünülmüştür. HİYİ'lerin %73,8'inin halen çalışıyor olması ise literatür ile uyumlu görünmektedir (122). HİYİ'ler ile yapılan önceki çalışmalarda kiminle yaşadığı sorusunun nadiren sorulduğu görülmüştür; sorulmuş olanlarda ise yalnız yaşama oranı %38, %42 ve %44 oranında gözlenmiştir (123, 124). Çalışmamızda HİYİ'lerin %38 oranla, kontrole kıyasla daha yüksek oranda yalnız yaşadığı; kontrol grubunun ise en sık eş ya da partner ile yaşadığı gözlenmiştir.

Çalışmamızda hem HİYİ hem Hepatit B grubundaki katılımcılardan cevaplamaları istenen sosyodemografik veri formundaki sorular, cinsiyet ve cinsel yönelim sorularını ayrıntılı cevap seçenekleri ile sormaktadır. Literatüre bakıldığında HİYİ grubunda hastaların cinsel yönelimlerinin sorulduğu ve bu konu üzerinden çalışmadaki verilerin tartışıldığı, ancak ana bulaş yolları arasında cinsel yolun yer aldığı diğer enfeksiyonlardan ne Hepatit B ne de Hepatit C için cinsel yönelimin HİYİ'lere kıyasla vurgulanmadığı gözlenmektedir. Bu sonuç, HIV enfeksiyonunun tarihsel olarak homoseksüellik ile bağdaştırılması ile ilişkili olabilir ya da Hepatit gibi enfeksiyonların ne kadar cinsel yol ile bulaşabilse de bu bilginin hasta tarafından paylaşılmadığı ya da doktor tarafından sorulmadığı şeklinde yorumlanabilir.

HIV enfeksiyonu tanısı ardından en erken şekilde sürekli ART tedavisine başlanması ve süresiz devam edilmesi uluslararası ve ulusal tedavi kılavuzlarında önerilmektedir. Hepatit B enfeksiyonunun klinik seyrinde ise gerekli durumlarda antiviral tedavi önerildiği, bazen de ilaçsız takiplerin olabildiği bilinmektedir (1, 11). Çalışmamızda da bununla uyumlu olarak kontrol grubuna göre HİYİ'lerin daha yüksek oranda mevcut enfeksiyonlarına yönelik tedavi aldıkları gözlenmiştir.

Türkiye'de 17 şehrin ve 28 farklı merkezin katıldığı bir çalışmanın sonuçlarına göre HİYİ'lerin tamamının ART tedavisi aldığı; İstanbul'da üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinin geniş örneklemli bir çalışmasında ise HİYİ'lerin %92'sinin ART tedavisi aldığı gözlenmektedir. Çalışmamızdaki HİYİ'lerin de %92,1'inin İstanbul'da ikamet etmesi ve

İstanbul verilerine yakın olarak %90,5 oranda ART tedavisi aldıkları bulunmuştur (121, 125).

HIV enfeksiyonuna eşlik eden psikiyatrik bozuklukları inceleyen ABD’de yapılmış olan çalışmalarda, katılımcıların yarısının psikiyatrik bir tanı aldığı gözlenmiştir. Çalışmamıza katılan HİYİ’lere sorulan psikiyatrik ilaç ya da psikoterapi öyküsü sıklığı da %56 ile literatürdeki oranlara benzer saptanmıştır (126, 127). Sigara kullanım sıklığı ise HİYİ’lerle yapılmış olan bir Cochrane çalışmasına benzer olarak %60,7 oran ile genel popülasyondan daha sık bulunmuştur (128). Ancak aynı popülasyondaki madde kullanım oranı literatüre göre oldukça düşük saptanmıştır. Bunun nedeninin Türkiye’de genel popülasyonda madde kullanım sıklığının batı ülkelerine göre daha az görülmesi olduğu düşünülmüştür (17, 129).

İntihar sıklığını araştıran HİYİ popülasyonundaki çalışmalarda tanıdan sonraki ilk yılda ve hastalığın son döneminde intihar sıklığının arttığı ve tanıdan sonraki ilk yıl içinde genel popülasyondan beklenenin üstünde oranda daha sık intihar gözleendiği bildirilmiştir (90, 93, 130). HIV enfeksiyonu tanısı konduğu dönemde intihar sıklığında görülen artışı çalışmamızdaki veriler de desteklemektedir.

5.2 KATILIMCILARIN TAMAMININ PSİKİYATRİK ve PSİKOSOSYAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Damgalanmanın artışı HİYİ ve Hepatit B ile yaşayan insanlarda psikiyatrik komorbiditeleri arttırmaktadır. Çalışmamızdaki örneklemin tamamı incelendiğinde literatür ile uyumlu olarak damgalanmanın artışının psikiyatrik ya da psikolojik destek alma oranlarını arttırdığı görülmüştür (131-135).

Çalışmadaki tüm katılımcılar arasında bir sosyal destek grubundan yardım alanların damgalanma oranlarının ve intihar davranış ciddiyetlerinin azaldığı görülmüştür. Bu bulgular, HİYİ ve HİYİ dışı birçok popülasyonda yapılmış olan çalışmalarda gösterilmiş olan sosyal desteğin azalması sonucunda intihar davranışı ve damgalanma miktarının artması arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (41, 136-140). Yine aynı katılımcılarda tedavi uyumuna yönelik bilgi düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Önceki

araştırmalar çeşitli hastalıklar için kompleks bazı sonuçlar ortaya koymuştur, ancak yine de HIV enfeksiyonu, diyabet vb. birçok hastalık için sosyal desteğin tedavi uyumunu arttırdığını gösteren çalışmalar bilinmektedir (141-143). Bizim çalışmamızda katılımcılara tek soru ile sosyal destek gruplarına dahil olup olmadıkları sorulmuştur. Sosyal desteği daha farklı yollardan ölçen diğer çalışmalarla farklı sonuçlar çıkmasının nedeninin bu olabileceği düşünülebilir. Başka bir olası nedenin de sosyal destek gruplarında kişilerin kendilerini daha az damgalanmış hissetmelerine rağmen gruba katılımın tedavi uyumuna anlamlı bir etkisinin olmadığı ve bu gruplarda tedavi uyumu üzerine daha çok çalışılması gerektiği düşünülebilir.

Seropozitif durumlarını diğer kişilere açmak, HİYİ'lerin karşılaştığı oldukça karmaşık psikososyal bir zorluktur. “Rekabet eden sonuçlar (competing consequences)” ve “açığa vurma hesabı (calculus of disclosure)” olarak da isimlendirilen bu karar; kişinin destek alma, güven kurma isteği gibi olumlu sonuçlar ile ayrımcılığa maruz kalma, gizliliğin kaybı gibi kaçındığı sonuçlar arasındaki bir çatışma halidir. Toplumun HIV’i kabul etmesi ve damgalaması ile yakından ilişkili olan bu durumun; kişiyi birey olarak (örneğin; psikolojik zorluklar, ART uyuncu), diyardik olarak (örneğin; riskli cinsel davranışlar) ve sosyal bağlamda (örneğin; HIV farkındalığı) etkilediği gözden geçirme çalışmalarında vurgulanmıştır. HİYİ'lerin kendilerini damgalanmış hissetmelerinin ayrımcılığa maruz kalma, reddedilme ve dışlanma korkusu nedeniyle seropozitif durumlarını açmalarının zorlaştığı çalışmalarda gösterilmiştir (39, 144-148). 778 kişilik bir HİYİ örnekleminde seropozitif durumlarını açmamış olanlarda intihar düşüncesi oranı 2 kat daha fazla bulunmuştur(149). Kronik Hepatit B ile yaşayan insanlarda da damgalanma nedenli kişilerin seropozitif durumlarını açmadıkları, çevrelerindeki insanların tepkilerinin kişileri kaygılandırıldığı gösterilmiştir (150, 151). Tedaviye uyum açısından da seropozitif durumlarını açmalarının, hem HIV hem de Hepatit B ile yaşayan kişilerde olumlu sonuçları olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (150, 152, 153). Ayrıca HİYİ'lerin seropozitif durumlarını açma durumunda ART tedavisine uyuncun olumsuz etkilendiği de bir çalışma ile gösterilmiştir (154). Çalışmamızda da birinci derece yakınları tarafından HIV/Hepatit B tanıları bilinen katılımcıların, damgalanma oranlarının daha az olduğu, kendilerini

daha çok kabul edilmiş ve daha az reddedilmiş hissettikleri; depresyon ve intihar davranışı oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Burada literatürle uyumlu olarak damgalanmanın az olması sonucunda kişilerin kendilerini yakınlarına açmış olabilecekleri, yine damgalanmanın azalması nedenli daha az oranda psikopatoloji görülüyor olabileceği düşünülebilir. Tedavi uyumuna yönelik bilgi düzeyinin seropozitif durumlarını açanlarda daha düşük saptandığı gözlenmiştir. Bunun tedaviye uyumu etkileyen birçok farklı faktörün olması ve örneklemin sayıca yetersiz kalması nedeniyle olduğu düşünülebilir.

HİYİ ya da Hepatit B ile yaşayan insanlarda aynı enfeksiyona sahip yakınları olmasının aidiyet ve başkalarına yük olma algısı üzerindeki etkisini araştıran çalışma literatürde bulunamamıştır. Ancak aynı enfeksiyona sahip bir tanıdığının olması durumunda HİYİ'lerde damgalanmanın azaldığı ve böylece seropozitif durumlarını partnerleri ya da diğer kişilere açmalarının kolaylaşacağı gösterilmiştir (155, 156). Hepatit B ile yaşayan kişilerde ise eğer ailelerinde aynı enfeksiyona sahip kişiler varsa damgalanmanın ve kültürel inanışların getirdiği negatif tutumun daha az olduğu gösterilmiştir (157, 158). Gizlenebilir damga (cinsel yönelim, bulimiya nervoza gibi açıkça görünür olmayan durumlar) ve çevrelerinde benzer damgaya sahip kişilerin olması üzerine yapılan bir araştırmada bulunan sonuçlar HIV ve Hepatit B gibi enfeksiyon hastalıkları için de yorumlanabilir. Gizlenebilir damgaya sahip kişiler benzer kişilerle ilişki halinde olmak istemektedir. Ancak damganın gizli olması nedenli sosyal hayatlarında kolaylıkla bu damgaya sahip kişileri bulup ilişki kuramayabilirler. Benzer kişilerle birlikte olduklarında ise damgalanmaya maruz kalan kişilerin izole edilmişlik hissinin azaldığı; uzak kalma durumunda da olumsuz benlik algısının arttığı bilinmektedir (159). Çalışmamızda HİYİ ve Hepatit B ile yaşayan insanlarda çevrelerinde aynı enfeksiyona sahip olan kişilerin varlığında izole edilmişlik hissi ile bağlantılı olan reddedilme ve engellenmiş aidiyetin azaldığı gözlenmiştir. Ayrıca çevresinde aynı enfeksiyona sahip olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında, HIV ve Hepatit B örnekleminin toplamında damgalanma açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bu bilgiler ışığında reddedilme ve aidiyette fark olmasına rağmen damgalanmada farklılık çıkmaması, etkili olan farklı değişkenlerin olabileceği düşünülebilir. Son olarak da aynı enfeksiyona

sahip yakınları olan kişilerde ilaç kullanımına yönelik motivasyon ve bilgi düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir. HİYİ'lerde literatürde benzer enfeksiyona sahip birini tanımamanın bağımsız olarak HIV için tedaviye başlamayı olumsuz etkilediği, ART tedavisi alan birini tanımamanın ise tedaviyi olumlu etkilediği gösterilmiştir. Hepatit B ile yaşayanlarda ise bu konuda çalışma literatürde bulunamamıştır.

Geniş örneklemlili intihar araştırarak bir metaanaliz ve kişiler arası intihar teorisi üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında; HİYİ'lerde depresyonun, anksiyetenin, artmış damgalanmanın, engellenmiş aidiyetin, başkalarına yük olma algısının ve azalmış sosyal desteğin intihar riski ile ilişkili olduğu gözlenmektedir (123, 160-162). Hepatit B ile yaşayan insanlarda intihar konusunu inceleyen bir çalışma literatürde bulunamamıştır. Çalışmamızda HİYİ ve Hepatit B ile yaşayan insanların ortak örnekleminde intihar tehdidinin, bahsedilen intihar arzusuna etki eden bu iki faktörün (engellenmiş aidiyet, başkalarına yük olma algısı) artışı ile arttığı gözlenmiştir. Yine kişilerin aidiyet duygusunun azalması; damgalanma, reddedilme, anksiyete ve depresyondaki artışın hem HİYİ hem de Hepatit B ile yaşayan insanlarda intihar riskini arttıran intihar tehdidinde artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Burada Hepatit B ile yaşayan kişilerin ortak örnekleme eklenmesi ile sonucun HİYİ'lerde yapılan çalışmalara benzer saptanmasının; ikisinin de enfeksiyon hastalığı olması, damgalanmaya neden olmaları, psikiyatrik komorbiditelere yol açmaları nedenli olabileceği düşünülebilir.

5.3 ÇALIŞMA ve KONTROL GRUBUNUN ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Giriş bölümünde ayrıntılı olarak incelendiği gibi, anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere birçok psikopatoloji HİYİ'lerde genel popülasyona göre daha sık görülmektedir. Literatürde HİYİ'lerde direkt olarak aidiyet duygusunu genel popülasyona göre karşılaştıran bir çalışma bulunamamış olsa da ayrımcılığa daha sık maruz kalan HİYİ'lerde, dışlanmışlığın, toplum dışına itilmişlik hissinin, damgalanmanın ortaya çıktığı ve sonucunda kişinin hayatının olumsuz etkilendiği bilinmektedir (14). Hastalıkların kişilerde damgalanmaya neden olduğu, bu nedenle ayrımcılığa ve ön

yargılara maruz kaldıkları, dışlanmış ve reddedilmiş hissettikleri geçmiş çalışmalarda gösterilmiştir (159, 163). Hepatit B ile yaşayan insanlarla yapılan çalışmalarda psikiyatrik semptom ve duygusal stresin daha fazla olduğu; genel popülasyona göre anksiyete, depresyonun arttığı gözlenmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, genel popülasyondaki psikiyatrik bozuklukların sıklığı %10-12 iken Hepatit B ile yaşayan insanlarda bu oranın %30,2’ye çıktığı vurgulanmıştır (164, 165). ABD’de göçmenler ile yapılan bir çalışmada da %46 sıklıkta depresif şikayetlerin Hepatit B enfeksiyonuna eşlik ettiği bulunmuştur (166). Çalışmamızda HİYİ’lerde Hepatit B ile yaşayan insanlara göre damgalanma, başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet, reddedilme, anksiyete, depresyonun daha yüksek; kabul edilmiş hissetmenin ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Hepatit B ile yaşayan insanlarda anksiyete ve depresyonun genel popülasyona göre daha fazla olması ile çalışmamızda HİYİ’lerde Hepatit B ile yaşayan insanlardan bu iki komorbiditenin daha yüksek saptanması birlikte değerlendirildiğinde, HİYİ’lerde genel popülasyondan Hepatit B ile yaşayan insanlara kıyasla daha sıklıkla anksiyete ve depresyonun görülebileceği sonucuna varılabilir. Çalışmamızda HİYİ’lerde kontrol grubuna göre aidiyet hissi anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. İki farklı enfeksiyon hastalığını karşılaştırdığımız bu çalışmada HİYİ’lerde Hepatit B ile yaşayan insanlara kıyasla damgalanmanın ve ilişkili engellenmiş aidiyet, reddedilme, başkalarına yük olma algısının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hem HIV hem de Hepatit B tedavi edilebilir ve benzer yollardan bulaşın olduğu enfeksiyon hastalıkları olmalarına rağmen HIV damgasının, ırkçılık, cinsiyetçilik ve homofobi gibi birçok farklı ayrımcılık deneyimi ile yakından ilişkili olması nedenli damgalanma ve aidiyette aralarında böylesi bir fark gözlemlendiği düşünülebilir (35).

HİYİ’lerde intihar davranışını araştıran, 40 çalışma ve 185.199 örneklemin yer aldığı bir metaanaliz sonucunda açıkça görüldüğü gibi, genel popülasyona kıyasla HİYİ’lerde intihar riski artmaktadır (93). Kontrol grubunu oluşturan Hepatit B ile yaşayan insanlarda ise intihar ile enfeksiyon ilişkisini araştıran çalışma literatürde bulunamamıştır. Çalışmamızda ise HİYİ’lerin Hepatit B ile yaşayan insanlara göre intihar davranış ciddiyetinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bunun olası nedeninin; her iki grubun da enfeksiyöz bir hastalığa sahip olmalarına

rağmen çalışmamızda görüldüğü gibi HİYİ'lerde daha yüksek oranda damgalanma, başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet, reddedilme, anksiyete ve depresyonun görülmesi; daha düşük düzeyde de kabul edilmiş hissetmelerinin olabileceği düşünülmüştür.

HİYİ'lerde kontrol grubuna göre daha sık psikiyatrik/psikolojik destek almanın daha sıklıkla psikiyatrik komorbiditelere sahip olmaları nedeni olduğu düşünülmüştür (14).

Hepatit B ile yaşayan insanlara kıyasla HİYİ'lerin sosyal destek gruplarından daha çok destek alıyor olmalarının farklı nedenleri olabileceği düşünülmüştür: birincisi çalışmanın kısıtlılıklarından olan HİYİ'lere bir sivil toplum kuruluşunun sosyal medya hesabından ulaşılmış olması; ikincisi HİYİ'lerin Hepatit B ile yaşayanlara göre aidiyet duygularının, kabul edilmişlik hislerinin düşük olması, başkalarına yük olma algılarının yüksek olması ve psikiyatrik komorbiditelerin eşlik etmesi nedeni bir sosyal destek grubundan yardım almaya daha sıklıkla ihtiyaç duymaları; üçüncüsü Hepatit B ile yaşayan insanların HİYİ'lere göre sosyal destek oluşturabilecek bir sivil toplum kuruluşu oluşturmak için daha az örgütlenmeleri olarak sıralanabilir. Sosyal destek kurumuyla iletişim halinde olan kişilerde, aile ya da çevrelerinde aynı enfeksiyona sahip olan kişilerin fazla olmasının, bu kurumlarda benzer enfeksiyon ile yaşayan insanlarla sosyal hayatta da görüşmeleri nedeniyle olduğu düşünülebilir.

5.4 HİYİ'LERDE DAMGALANMA, AİDİYET ve PSİKİYATRİK SEMPTOMLAR

Yirmi iki çalışmadan ve 9.548 örneklemden oluşan güncel bir sistematik gözden geçirme-metaanaliz sonucuna göre: HIV ilişkili damgalanmanın artmasıyla yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon gözlenmiştir. Kişilerin damgalanmaya maruz kaldıklarında kendilerini izole edilmiş hissettikleri, olumsuz yargı/suçluluktan kaçmak için kendilerini sosyal hayattan çektikleri, hastalık ile baş etme yetilerinin azaldığı, intihar risklerinin arttığı gözlenmiştir. Sosyal destekte artışın damgalanmanın azalması ve aidiyet hissinin artması ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (161). Çalışmamızın sonuçlarında da benzer şekilde: HİYİ'lerin damgalanma miktarlarının artması ile anksiyete, depresyon ve intihar riskinde artış gözlenmiştir.

Çalışmamızda kişiler arası intihar teorisine göre intihar davranışına neden olan intihar düşünce ve arzusunun değişkenleri (başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet) ile ilişkili faktörler araştırılmıştır. Yine intihar teorisi özelinde olmadan geliştirilen ve kişilerin aidiyet duygusunu ölçen “genel aidiyet ölçeği” de aidiyet duygusunu araştırmak için çalışmada yer alan ölçüm araçları arasındadır. Literatüre bakıldığında genel aidiyet ve engellenmiş aidiyetin benzer kavramlar oldukları; başkalarına yük olma algısının ayrı bir tanımlama olsa da engellenmiş aidiyet ile ilişkili bir kavram olduğu görülmektedir (167). Bununla birlikte, çalışmamızda genel aidiyet ölçeği ve kişiler arası ihtiyaç anketinin orta derecede korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Literatürde bu iki ölçeğin kavramları benzer tanımlansa da yüksek ya da çok yüksek korelasyon göstermemiş olması, farklı şeyleri ölçüyor olabilecekleri şeklinde yorumlanabilir. Tanım olarak aidiyet; kişinin, kendisini içinde bulunduğu çevrenin anlamlı, değerli ve önemli bir parçası olarak görmesi ile ifade edilen karmaşık bir kavramdır. Birey; bir kişiye, kuruma, gruba, topluma, kültüre, kimliğe, bir alana ya da mekana olmak üzere farklı şekillerde aidiyet formlarına sahip olabilir. Aidiyet duygusunun artmasının sağlığı geliştirici davranışları arttırdığı; azalmasının ise umutsuzluğu arttırarak depresyon ve intihar riskini yükselttiği, anksiyete ve yalnızlığı arttırdığı bilinmektedir (119, 120, 168, 169). HİYİ’lerde damgalanma ve engellenmiş aidiyet arasındaki ilişkiye bakan bir çalışma literatürde bulunamamıştır. Engellenmiş aidiyetin, terimsel olarak kapsadığı sosyal destek ile damgalanmanın ilişkisini inceleyen bir metaanaliz sonucuna benzer olarak, HİYİ’lerde damgalanma ve sosyal destek arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür (161). Diğer tıbbi durumlardan olan inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) olan gençlerde yapılan bir çalışmada, damgalanmanın sosyal aidiyeti olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Ciddi psikiyatrik hastalığı olan savaş gazilerinde yapılmış olan başka bir çalışmada da damgalanmanın intihar düşüncesini yordamadaki aracı değişkenin, aidiyet duygusundaki azalma olduğu gösterilmiştir (170, 171). Çalışmamızda ise, HİYİ’lerde damgalanmanın artması ile kişilerin engellenmiş aidiyetlerinin arttığı ve genel aidiyet duygusunun azaldığı gösterilmiştir. Aidiyet duygusunun artmasının HİYİ’lerde damgalanma, başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet, anksiyete, depresyon ve intihar ciddiyetinde azalma ile ilişkili olduğu;

başkalarına yük olma algısı ve engellenmiş aidiyet artışının ise damgalanma, reddedilme, anksiyete, depresyon ve intihar davranışının ciddiyetinde artış; kabul edilme ve genel aidiyet duygusunda da azalma ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Literatürde HİYİ'lerde damgalanma ve engellenmiş aidiyet arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma olmaması nedeniyle bulgularımızı kullandığımız ölçekler üzerinden tartışamamış olsak da İBH ve ciddi psikiyatrik hastalığı olan kişilerle yapılan çalışmalar ile uyumlu sonuçlarımız olduğu görülmektedir.

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar ve gözden geçirmelerde gösterildiği gibi anksiyete ve depresyonun HIV enfeksiyonuna eşlik etmesi halinde intihar riskinde artış gözlenmektedir (34, 172-174). Çalışmamızda da depresyon ve anksiyete ile HİYİ'lerde intihar davranışının ciddiyetinin arttığı gözlenmiştir.

Kişiler arası intihar teorisi çeşitli örneklemelerde intiharı araştırmak için kullanılmıştır. Fiziksel hastalığı olanlardaki intihar riskini araştıran çalışmalarda, kişiler arası intihar teorisinin HİYİ'lerde intihar riskini araştırmak için uygun olduğu ifade edilmiştir. 2016 yılında yapılan sistematik bir gözden geçirme çalışmasında, başkalarına yük olma algısının intihar düşünce ve davranışı üzerinde engellenmiş aidiyete kıyasla güçlü ve tutarlı bir etkisi olduğu gözlenmiştir (175). Ancak aynı konuda yapılmış olan daha güncel bir sistematik gözden geçirme ve metaanaliz çalışmasında önceki bulgular kısmi olarak desteklenmiştir: tek değişkenli sonuçlarda başkalarına yük olma algısının engellenmiş aidiyete göre intihar düşünce ve davranışı ile daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur; çok değişkenli sonuçlarda ise intiharın yapılabilirliği ve engellenmiş aidiyet arasındaki etkileşim, başkalarına yük olma algısı ve intiharın yapılabilirliği arasındaki etkileşime göre geçmiş intihar girişimleriyle daha güçlü ilişkide bulunmuştur. Sonuç olarak, başkalarına yük olma algısının intihar davranışında daha önemli rolü olduğu, intiharın yapılabilirliği açısından ise engellenmiş aidiyetin daha büyük rol oynadığı düşünülmüştür (176). HİYİ'lerde yapılmış olan kişiler arası intihar teorisi konulu çalışmalara baktığımızda, başkalarına yük olma algısı ve intihar riskini HİYİ'lerde araştıran az sayıda çalışma olduğu gözlenmektedir. Engellenmiş aidiyet ,tutarlı olarak HİYİ'lerde intihar ile ilişkili bulunmuştur (94). Çalışmalar, engellenmiş aidiyet kavramını direkt bunu ölçen psikometrik ölçümlerle değil, sosyal desteği ölçerek yapmışlardır ve sosyal destek artışı ile intihar

riskinde azalma gözlenmiştir. (123, 160, 177). Yine HİYİ'lerde aynı teorinin çalışıldığı 202 örneklemlilik bir çalışmadaki sonuçlar şu şekilde sıralanabilir: depresyonun başkalarına yük olma algısını arttırarak doğrudan ve dolaylı olarak intihar riskiyle ilişkili olduğu görülmüştür; depresyonun başkalarına yük olma algısının aracılık ettiği intihar riskine dolaylı etkisinin engellenmiş aidiyet düzeyine bağılı olduğu görülmüştür; ve başkalarına yük olma algısının, depresyon kontrol edilse dahi intihar riskiyle ilişkili olması nedenli intihar riski üzerinde bağımsız bir etkisinin olduğu düşünölmüştür (94). HİYİ'lerde kişiler arası intihar teorisini inceleyen sayılı çalışmalardan olan çalışmamızın intihar riski üzerinde etkisi olan başkalarına yük olma algısının ve engellenmiş aidiyetin intihar davranışının ciddiyeti ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Otuz iki farklı ülkeden 75 araştırma sonucunun dahil edildiğı, damgalanmanın tedavi uyumuna etkisini araştıran bir metaanaliz sonucunda HIV ilişkili damgalanmanın tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilediğı bulunmuştur. Çalışmamızda ise HİYİ'lerde tedavi uyumu ile damgalanma arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (178). İstatistiksel anlamlılık görölmemesi, tedavi uyumunun hastanın yaşı, çalışma durumu, sosyal çevresinde HİYİ'ler olması gibi birçok faktörden etkilenmesi gibi değişkenlere bağılı olması ile açıklanabilir.

HİYİ'lerde ART uyuncuna yönelik yapılmış olan çalışmalarda, tedaviye yönelik bilgi düzeyinin tedaviye uyumu ve motivasyonu arttırabileceğı; ya da motivasyonun kişilerin tedaviye yönelik bilgiye ulaşmasında öncöl olduğu düşünölmüştür (179). Çalışmamızda da tedavi uyumuna yönelik motivasyonun, tedavi uyumuna yönelik bilgi düzeyi ile pozitif ilişkili olduğu gözlenmiştir.

5.5 HİYİ'LERDE DAMGALANMA ve İNTİHAR CİDDİYETİNİ YORDAYAN FAKTÖRLER

HİYİ'lerde damgalanma ve intihar davranışının ciddiyetini yordayan faktörler çalışmamızda incelenmiştir. Yapılan regresyon analizlerinde reddedilmenin hem damgalanmayı hem de intihar davranışının ciddiyetini yordadığı bulunmuştur.

HIV ile enfekte olduğunu öğrenen insanların, travmatik fiziksel ve psikolojik deneyimler yaşamaları nedeniyle damgalanma, reddedilme, sosyal izolasyon, suçluluk, utanç, korku, depresyon gibi birçok durum ve bazen de intihar ile yüz yüze gelebildikleri bilinmektedir. HIV enfeksiyonunun damgalanmış bir grupta (homoseksüel cinsel yönelim, yasadışı ilaç kullanımı olan ya da çoklu partneri olan heteroseksüel yönelimli kişiler gibi) ilişkilendiriliyor olması toplum tarafından bu kişilerin çifte damgalanmaya maruz kalabileceğini düşündürmektedir (42, 180). HIV damgasının kendisi farklı deneyimleri içerebilmektedir. Bunlar arasında sosyal olarak kişilerin dışlanması, sağlık durumu ya da fiziksel görünümü nedeniyle ayrımcılığa maruz kalma, reddedilme ve şiddet yer alabilmektedir (181). Yine hastalıkları nedeniyle sosyal reddedilme yaşayan kişilerin depresyon, düşük benlik saygısı, damgalanma duygularına sahip olabileceği bilinmektedir (182). Çoğu durumda araştırmacıların damgalanmayı tanımlarken utanç işareti gibi sözlük tanımları, stereotipleştirme ya da reddetme gibi bazı noktalara değindiği görülmektedir (183). Görüldüğü gibi damgalanmanın reddedilme ile ilişkisine bakıldığında kimi zaman damgalanmanın neticesinde ortaya çıkan kimi zaman da damgalanmanın nedeni olan bir faktör olarak literatürde açıklanmıştır. Çalışmamızda damgalanmayı araştırmak için oluşturduğumuz 4. regresyon modelinde reddedilmenin damgalanmayı yordadığı gözlenmiştir. Bunun sonucunda HİYİ'lerde, kişiler kendilerini bir yük olarak hissetmeseler de ait hissetseler de ya da depresyon/anksiyeteye sahip olmasalar dahi reddedilmiş hissettiklerinde damgalanmış hissedebilecekleri düşünülebilir.

Giriş bölümünde HİYİ'lerde intihar için risk faktörleri ayrıntılı olarak incelenmiştir. 2021 yılında yayınlanan bir metaanalizde HİYİ'lerde intihar için risk faktörleri araştırılmıştır. Yapılan metaregresyon analizi sonuçlarına göre AIDS tablosunda olmanın intiharı tamamlama ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu; ART kullanımının ve yüksek CD4 sayısının ise intihar girişimine yönelik koruyucu etkenler olduğu görülmüştür. Ayrıca incelenmiş olan sosyodemografik veriler ve klinik faktörler ile intihar girişimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (93).

İntihar ile ilişkili diğer bir risk faktörü reddedilmedir. Reddedilme, bireyin ait olma ihtiyacına yönelik direkt bir tehdittir. Bu tehdit sonucunda, etkilenen kişide ciddi psikiyatrik sorunlar ortaya çıkabilir. 2018 yılında

yapılan, 18 çalışmanın incelendiği, reddedilmenin kendine zarar verme ve intihar ile ilişkisini araştıran bir gözden geçirme çalışmasının sonuçları şu şekilde özetlenebilir: 18 çalışmadan 15'inde reddedilme kendine zarar verme ve intihar ile önemli ölçüde pozitif ilişkili saptanmıştır; çalışmalarda çoğu durumda cinsellik veya cinsiyet nedeniyle olan ebeveyn reddinin daha sonra psikolojik ihtiyaç ve artan kendine zarar verme/intihar riski ile önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Gözden geçirme çalışması, ayrımcılık ve toplum tarafından kabul görmemeye daha fazla maruz kalabilecek marjinalleştirilmiş grupların deneyimlerine özellikle vurgu yapmıştır (184). Çalışmamızda 6. regresyon modelinde gözlemlendiği gibi intihar davranışının ciddiyetini yordayan faktörleri araştırmak için başkalarına yük olma algısı, engellenmiş aidiyet, kabul edilme, reddedilme, anksiyete, depresyon, damgalanma, ilaç uyumuna yönelik bilgi düzeyi ve motivasyon incelenmiştir. HİYİ'lerde intiharı reddedilmenin yordadığı bulunmuştur. Literatürde marjinalize edilen gruplardan olan HİYİ'lerde reddedilme ve intihar ilişkisini araştıran bir çalışma bulunamamıştır. Ancak HİYİ'lerin toplum tarafından ayrımcılığa maruz kalmaları ve marjinalleştirildikleri bilinmektedir (185). Çalışmamızın HİYİ örnekleminin büyük çoğunluğunu oluşturan homoseksüel katılımcıların, cinsel yönelimleri nedeniyle de ayrıca marjinalleştirilmiş olabilecekleri düşünülebilir. Başka örneklerde görüldüğü gibi HİYİ'lerde de reddedilmenin intihar için önemli bir risk faktörü olduğu; kişiler depresyon ya da anksiyeteye sahip olmasa da veya damgalanmaya maruz kalmasa da reddedilmiş hissettiklerinde intihar risklerinin arttığı düşünülebilir. Bununla birlikte çalışmamızda CD4, Hepatit B DNA sayısı sadece sosyodemografik formda sorulmuştur. Katılımcıların az bir kısmından yanıt alınması nedeniyle istatistiki analize dahil edilememiştir; bu nedenle biyolojik parametrelerin sonuçlara etkisine bakılamamıştır.

Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde, kullanılmış olan kişiler arası intihar teorisinin temel kavramlarını ölçen kişiler arası ihtiyaçlar anketinin, benzer parametreleri ölçmesine rağmen genel aidiyet ölçeğine kıyasla intiharı yordama gücünün düşük olduğu düşünülebilir.

5.6 ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır ve şu şekilde sıralanabilir:

Çalışmaya katılan HİYİ'lere internet üzerinden ve sivil toplum kuruluşunun sosyal medya hesaplarından ulaşılmıştır. Bu nedenle, HİYİ grubuna sosyal destek arayışında olan benzer kişiler dahil edilmiştir ve sonuçlara bakıldığında da benzer sosyodemografik verilere sahip kişilerin katıldığı gözlenmiştir. Bu gibi sosyal destek gruplarına başvuramayan insanlara ulaşılamamış olması sonuçlarımızın HİYİ'lerin tamamına genellenmesini engellemektedir.

Hepatit B ile yaşayan insanlar ise tek merkezden toplanmıştır. Çoğunlukla aynı şehirde ve bölgede yaşayan kişilerin dahil edilmiş olması sonuçları etkilemiş olabilir.

Katılımcıların mevcut hastalıklarına yönelik CD4, HIV RNA, Hepatit B DNA sayısı gibi biyolojik ölçümler yapılmamıştır. Bunların kullandığımız ölçeklere etkisi ölçülememiştir.

Katılımcılar cinsel yönelim ve cinsiyet açısından sayıca eşitlenememiştir. Bu nedenle marjinalleştirilmiş olan grupların sonuçlara etkisinin tam anlamıyla değerlendirilemediği düşünülebilir.

Katılımcılar kendilerinin doldurdukları sosyodemografik form ve ölçekler ile değerlendirilmiştir. Tamamen katılımcının sübjektif gözlemlerine dayalı bir teknik olması, kendilerini iyi ya da kötü gösterme eğilimlerinin sonuçları etkileyebileceği düşünülebilir.

5.7 SONUÇLAR ve ÇALIŞMANIN KLİNİK ÖNEMİ

1. Çalışmamızda HIV enfeksiyonu tanısı alan kişilerde özellikle ilk yılda intihar riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Enfeksiyon hastalıkları dalında çalışanlar başta olmak üzere, hasta ile temastaki tüm sağlık çalışanlarının, sosyal destek veren tüm kurum ve kuruluşların, hasta yakınlarının, intihar riski konusunda bilgi sahibi olmaları ve gereğinde HİYİ'lerin psikiyatrik destek almak için yönlendirilmeleri uygun olacaktır.

2. HİYİ'lerde depresyon, anksiyete ve intihar davranışının ciddiyetinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu; depresyon ve anksiyete artışı ile intihar davranışının ciddiyetinin arttığı saptanmıştır. Bu bilgiler ışığında, HİYİ'lerin tanı aldıktan sonraki dönemde depresyon, anksiyete ve intihar açısından daha riskli olan bir döneme girdiği akılda tutulmalıdır. Takiplerde hastaların mutlaka psikolojik açıdan da değerlendirilmesi ve gereğinde psikiyatriye yönlendirilmesi uygun olacaktır.
3. HİYİ'lerde damgalanma ve aidiyet arasında ters ilişki bulunmuştur. Ayrıca damgalanmanın artması ile depresyon, anksiyete ve intihar davranışının ciddiyetinin arttığı saptanmıştır. Bir sosyal destek grubundan destek alan HİYİ'lerde damgalanma ve intihar davranışının ciddiyeti daha az saptanmıştır. HİYİ'lere tanı konduktan sonra yardım alabilecekleri sivil toplum kuruluşları ve diğer sosyal destek grupları konusunda bilgi verilmesi önerilir.
4. Sosyal destek grubundan destek alan kişilerde olumlu birçok sonuç gözlenmesinin yanında ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyinin daha az olduğu gözlenmiştir. Ayrıca HİYİ'lerde ilaç kullanımına yönelik motivasyon ile ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeyi arasında doğru orantı olduğu bulunmuştur. Burada motivasyon ve bilgi düzeyi arasında nedenselliğe yorum yapılamasa da enfeksiyon hastalıkları doktoru başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları ve sosyal destek gruplarının HİYİ'leri ilaç kullanımı konusunda bilgilendirmesi önerilir.
5. Reddedilmenin damgalanmayı yordadığı ve damgalanmanın HİYİ'lerin hayatını olumsuz etkilediği çeşitli yönleriyle çalışmada gösterilmiştir. Reddedilmenin kişilerin temasta oldukları her yerde (aile, arkadaş çevresi, hastane, iş yeri gibi) yaşanabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Reddedilmeyi azaltmak için, hasta ile temastaki tüm sağlık çalışanlarının eğitilmesi; sağlık politikaları, yasalar oluşturulması; HIV'in tarihsel anlamda taşıdığı çeşitli damgalayıcı ve marjinalleştirici konularda toplumun bilgilendirilmesi önerilir. Böylece HİYİ'lere karşı var olan damgalayıcı, reddedici, dışlayıcı tutumlar olumlu yönde etkilenecektir.

6. Çalışmamızda HIYİ'lerde reddedilmenin intihar davranışının ciddiyetini ve damgalanmayı yordadığı bulunmuştur. HIYİ'lerle çalışan ruh sağlığı çalışanlarının reddedilmeyi değerlendirmeleri ve takip etmelerinin intiharı önleme çalışmaları açısından kritik olduğu ifade edilebilir. Psikoterapi müdahalelerinde reddedilmenin çalışılması, damgalanma ve önlenabilir ölüm nedenlerinden biri olan intiharı azaltabileceğinden önemli olacaktır.



Kaynaklar

1. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases E-Book: Elsevier Health Sciences; 2019.
2. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases: 2-volume set: Elsevier Health Sciences; 2014.
3. Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA, et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. New England Journal of Medicine. 1981;305(24):1425-31.
4. Masur H, Michelis MA, Greene JB, Onorato I, Vande Stouwe RA, Holzman RS, et al. An outbreak of community-acquired Pneumocystis carinii pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction. New England Journal of Medicine. 1981;305(24):1431-8.
5. del Rio C, Curran JW. Epidemiology and prevention of acquired immunodeficiency syndrome and human immunodeficiency virus infection. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases: Elsevier; 2015. p. 1483-502. e8.
6. Genel TSBHS. Müdürlüğü. HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi 2019. 2021.
7. Organization WH. Key facts HIV. 2020.
8. UNAIDS. 2021 [Available from: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_unaids_data].
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2021.
10. CDC. 2018 [Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>].

11. Bakanlığı TCS. 2019.
12. KLİMİK. HIV/AIDS Tanı, İzlem ve Tedavi El Kitabı Sürüm 2.02021.
13. WHO. Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 20152015.
14. Bourgeois JA. HIV Psychiatry: A Practical Guide for Clinicians: Springer Nature; 2022.
15. Cournos F, McKinnon K, Wainberg M. What can mental health interventions contribute to the global struggle against HIV/AIDS? World Psychiatry. 2005;4(3):135.
16. Altevogt B, Hanson S, Ssali Z, Cuff P, editors. Mental, neurological and substance use disorders in Sub-Saharan Africa: reducing the treatment gap, improving quality of care. Workshop summary. Mental, neurological and substance use disorders in Sub-Saharan Africa: reducing the treatment gap, improving quality of care Workshop summary; 2010: National Academies Press.
17. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. Archives of general psychiatry. 2001;58(8):721-8.
18. Taylor DM, Barnes TR, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry: John Wiley & Sons; 2021.
19. Lazarus R, Freeman M. Primary-level mental health care for common mental disorder in resource-poor settings: models & practice. A literature review Pretoria: Medical Research Council. 2009.
20. Blank MB, Himelhoch S, Walkup J, Eisenberg MM. Treatment considerations for HIV-infected individuals with severe mental illness. Current HIV/AIDS Reports. 2013;10(4):371-9.
21. Neigh GN, Rhodes ST, Valdez A, Jovanovic T. PTSD co-morbid with HIV: Separate but equal, or two parts of a whole? Neurobiology of disease. 2016;92:116-23.

22. Del Guerra F, Fonseca J, Figueiredo V, Ziff E, Konkiewitz EC. Human immunodeficiency virus-associated depression: contributions of immuno-inflammatory, monoaminergic, neurodegenerative, and neurotrophic pathways. *Journal of neurovirology*. 2013;19(4):314-27.
23. Owe-Larsson B, Sall L, Salamon E, Allgulander C. HIV infection and psychiatric illness. *African journal of psychiatry*. 2009;12(2):115-28.
24. Rubin LH, Maki PM. HIV, depression, and cognitive impairment in the era of effective antiretroviral therapy. *Current HIV/aids Reports*. 2019;16(1):82-95.
25. Rezaei S, Ahmadi S, Rahmati J, Hosseinifard H, Dehnad A, Aryankhesal A, et al. Global prevalence of depression in HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMJ supportive & palliative care*. 2019;9(4):404-12.
26. Dubé B, Benton T, Cruess DG, Evans DL. Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2005;30(4):237-46.
27. Nanni MG, Caruso R, Mitchell AJ, Meggiolaro E, Grassi L. Depression in HIV infected patients: a review. *Current psychiatry reports*. 2015;17(1):1-11.
28. Lopes M, Olfson M, Rabkin J, Hasin DS, Alegría AA, Lin K-H, et al. Gender, HIV status, and psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 2011;72(3):7667.
29. Whetten K, Leserman J, Lowe K, Stangl D, Thielman N, Swartz M, et al. Prevalence of childhood sexual abuse and physical trauma in an HIV-positive sample from the deep south. *American journal of public health*. 2006;96(6):1028-30.
30. Koenen K, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin K, Bromet E, Stein D, et al. Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological medicine*. 2017;47(13):2260-74.

31. Scheim A, Knight R, Shulha H, Nosova E, Hayashi K, Milloy M-J, et al. Characterizing men who have sex with men and use injection drugs in Vancouver, Canada. *AIDS and Behavior*. 2019;23(12):3324-30.
32. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, Higa DH, Sipe TA. Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: a systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American journal of public health*. 2019;109(1):e1-e8.
33. Bedimo AL, Kissinger P, Bessinger R. History of sexual abuse among HIV-infected women. *International journal of STD & AIDS*. 1997;8(5):332-5.
34. Brandt C, Zvolensky MJ, Woods SP, Gonzalez A, Safren SA, O'Cleirigh CM. Anxiety symptoms and disorders among adults living with HIV and AIDS: A critical review and integrative synthesis of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*. 2017;51:164-84.
35. Cohen MA, Gorman JM, Letendre SL, Volberding P. *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry: a paradigm for integrated care*: Oxford University Press; 2017.
36. CDC. HIV STIGMA AND DISCRIMINATION 2022 [Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html>].
37. UNAIDS. Stigma and Discrimination 2003 [Available from: https://data.unaids.org/publications/fact-sheets03/fs_stigma_discrimination_en.pdf].
38. CDC. Internalized HIV-Related Stigma 2018 [Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics/mmp/cdc-hiv-internalized-stigma.pdf>].
39. *HIV Psychiatry*. 1 ed: Springer, Cham; 2022.
40. Natale AP, Moxley DP. Service engagement with high-risk men who have sex with men: Challenges and implications for social work practice. *Social Work in Health Care*. 2009;48(1):38-56.
41. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*. 2009;13(6):1160-77.

42. Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, Amico KR, Copenhaver MM. HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5):1785-95.
43. Goffman E. 1963 *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Shuster. 1963.
44. Health NIoM. Suicide 2022 [Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide#part_2584].
45. Darwin C. *On the Origin of Species by Means of Natural Selection Or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life*: Books, Incorporated, Pub.; 2022.
46. Geddes JR, Andreasen NC. *New Oxford textbook of psychiatry*: Oxford University Press, USA; 2020.
47. WHO. Suicide Fact Sheets 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>].
48. Kurumu Tİ. Ölüm İstatistikleri, 2018 2019 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Istatistikleri-2018-30701>].
49. Hannah Ritchie MRaEO-O. *Suicide*. Our World in Data. 2015.
50. Durkheim É. *Le suicide [suicide]*. Paris: Felix Alcan. 1897.
51. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*: Oxford university press; 2017.
52. Sudak HS, Sudak DM. The Media and Suicide. *Academic Psychiatry*. 2005;29(5):495-9.
53. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):73-85.
54. Brådvik L. *Suicide risk and mental disorders*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2018. p. 2028.
55. Van Kesteren PJ, Asscheman H, Megens JA, Gooren LJ. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical endocrinology*. 1997;47(3):337-43.

56. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*. 2003;33(3):395-405.
57. Wasserman D. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*: Oxford University Press; 2020.
58. Lund-Sørensen H, Benros ME, Madsen T, Sørensen HJ, Eaton WW, Postolache TT, et al. A nationwide cohort study of the association between hospitalization with infection and risk of death by suicide. *JAMA psychiatry*. 2016;73(9):912-9.
59. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar disorders*. 2013;15(5):524-41.
60. Antypa N, Serretti A, Rujescu D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*. 2013;23(10):1125-42.
61. Freud S. Mourning and melancholia. Standard edition. 1917;14(239):1957-61.
62. Freud S. *The ego and the id*: WW Norton & Company; 1989.
63. Menninger K, A. Psychoanalytic aspects of suicide. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1933;14:376-90.
64. Meissner WW. *Psychotherapy and the paranoid process*: Jason Aronson; 1986.
65. Fenichel O. *The psychoanalytic theory of neurosis*, New York (WW Norton & Company) 1945. 1945.
66. Durkheim E, *Suicide A. A study in sociology*: Routledge & K. Paul London; 1952.
67. Durkheim E. The anomic division of labour. *The division of labour in society*: Springer; 1984. p. 291-309.
68. Shneidman ES. *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*: Jason Aronson; 1993.
69. Linehan M. *Dialectical-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford. 1993.

70. Weishaar ME, Beck AT. Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry*. 1992;4(2):177-84.
71. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications: JSTOR; 2009.
72. Abramson LY, Alloy LB, Hogan ME, Whitehouse WG, Cornette M, Akhavan S, et al. Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: A prospective study. *Journal of Adolescence*. 1998;21(4):473-87.
73. Beck AT. Cognitive therapy of depression: Guilford press; 1979.
74. Steer RA, Kumar G, Beck AT. Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(6):1096.
75. Bryan CJ, Rudd MD. Nonlinear change processes during psychotherapy characterize patients who have made multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018;48(4):386-400.
76. Bryan CJ, Butner JE, May AM, Rugo KF, Harris JA, Oakey DN, et al. Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New ideas in psychology*. 2020;57:100758.
77. Barzilay S, Apter A. Psychological models of suicide. *Archives of suicide research*. 2014;18(4):295-312.
78. Kleiman EM, Turner BJ, Fedor S, Beale EE, Huffman JC, Nock MK. Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of abnormal psychology*. 2017;126(6):726.
79. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Duggan DS. The Role of Overgeneral Memory in Suicidality. 2006.
80. Williams JMG, Williams M. Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain: Mark Williams; 2002.
81. Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current opinion in psychology*. 2018;22:38-43.

82. Fiske A, O'Riley AA. Toward an understanding of late life suicidal behavior: the role of lifespan developmental theory. *Aging & mental health*. 2016;20(2):123-30.
83. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*. 2010;117(2):575.
84. Van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, Bender TW, Joiner Jr TE. Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(1):72.
85. Keiser O, Spoerri A, Brinkhof MW, Hasse B, Gayet-Ageron A, Tissot F, et al. Suicide in HIV-infected individuals and the general population in Switzerland, 1988–2008. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(2):143-50.
86. Smith A, Breazeale S, Goulet JL, Vlahov D, Justice AC, Womack JA. A Systematic Review of Risk Factors for Suicide Among Persons Living with HIV (1996–2020). *AIDS and Behavior*. 2022:1-15.
87. Kalungi A, Seedat S, Hemmings SM, Van der Merwe L, Joloba ML, Nanteza A, et al. Association between serotonin transporter gene polymorphisms and increased suicidal risk among HIV positive patients in Uganda. *BMC genetics*. 2017;18(1):1-9.
88. Kumar AM, Berger JR, Eisdorfer C, Fernandez J, Goodkin K, Kumar M. Cerebrospinal fluid 5-hydroxytryptamine and 5-hydroxyindoleacetic acid in HIV-1 infection. *Neuropsychobiology*. 2001;44(1):13-8.
89. Goehringer F, Bonnet F, Salmon D, Cacoub P, Paye A, Chêne G, et al. Causes of death in HIV-infected individuals with immunovirologic success in a national prospective survey. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 2017;33(2):187-93.
90. Jia C-X, Mehlum L, Qin P. AIDS/HIV infection, comorbid psychiatric illness, and risk for subsequent suicide: a nationwide register linkage study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73(10):671.

91. Cooperman NA, Simoni JM. Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *Journal of behavioral medicine*. 2005;28(2):149-56.
92. Cohen MAA, Alfonso CA. AIDS psychiatry: psychiatric and palliative care, and pain management. *AIDS and other manifestations of HIV infection: Elsevier*; 2004. p. 537-76.
93. Pelton M, Ciarletta M, Wisnousky H, Lazzara N, Manglani M, Ba DM, et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and meta-analysis. *General psychiatry*. 2021;34(2).
94. Shim E-J, Lee SH, Kim NJ, Kim ES, Bang JH, Sohn BK, et al. Suicide risk in persons with HIV/AIDS in South Korea: a partial test of the interpersonal theory of suicide. *International journal of behavioral medicine*. 2019;26(1):38-49.
95. Carrieri MP, Marcellin F, Fressard L, Préau M, Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, et al. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). *PLoS One*. 2017;12(2):e0171645.
96. Haller DL, Miles DR. Suicidal ideation among psychiatric patients with HIV: psychiatric morbidity and quality of life. *AIDS and Behavior*. 2003;7(2):101-8.
97. Brown LA, Majeed I, Mu W, McCann J, Durborow S, Chen S, et al. Suicide risk among persons living with HIV. *AIDS care*. 2021;33(5):616-22.
98. Kelbert E, Pinheiro L, Souza L, Pinheiro C, Pinheiro K, Motta J, et al. Suicide risk in people living with AIDS/HIV: the effect of childhood trauma is mediated by mental disorders and social vulnerability. *AIDS care*. 2020;32(4):512-7.
99. Necho M, Tsehay M, Zenebe Y. Suicidal ideation, attempt, and its associated factors among HIV/AIDS patients in Africa: a systematic review and meta-analysis study. *International journal of mental health systems*. 2021;15(1):1-16.

100. Hopson LM. Chapter 12. Families Caring for Persons with HIV/AIDS. *Journal of human behavior in the social environment*. 2007;14(1-2):241-58.
101. Manetta AA, Cox LE. Suicidal behavior and HIV/AIDS: A partial test of Joiner's theory of why people die by suicide. *Social work in mental health*. 2014;12(1):20-35.
102. Block RG. Is it just me? Experiences of HIV-related stigma. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2009;8(1):1-19.
103. Hosek SG, Harper GW, Lemos D, Martinez J, Interventions AMTNfHA. An ecological model of stressors experienced by youth newly diagnosed with HIV. *Journal of HIV/AIDS prevention in children & youth*. 2008;9(2):192-218.
104. Fair C, Brackett B. "I Don't Want to Sit by You": A Preliminary Study of Experiences and Consequences of Stigma and Discrimination from HIV-positive Mothers and Their Children. *Journal of HIV/AIDS prevention in children & youth*. 2008;9(2):219-42.
105. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*: Routledge; 2013.
106. Kalichman SC, Simbayi LC, Cloete A, Mthembu PP, Mkhonta RN, Ginindza T. Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS care*. 2009;21(1):87-93.
107. Öztürk S, Şimşek Ç, Ardıç E, Ağalar C. Turkish validity and reliability of the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021;57(3):1292-8.
108. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
109. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon olcegi Turkce formunun gecerlilik ve guvenilirliigi. *Turk Psikiyatri Derg*. 1997;8:187-280.
110. Linehan MM, Nielsen SL. Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1981;49(5):773.

111. BAYAM G, DİLBAZ N, BİTLİS V, HOLAT H, TÜZER T. İNTİHAR DAVRANIŞI İLE DEPRESYON, ÜMİTSİZLİK, İNTİHAR DÜŞÜNCESİ İLİŞKİSİ: İNTİHAR DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK, GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. Kriz Dergisi. 1995;3(1):223-5.
112. Earnshaw VA, Quinn DM, Kalichman SC, Park CL. Development and psychometric evaluation of the chronic illness anticipated stigma scale. Journal of behavioral medicine. 2013;36(3):270-82.
113. Tünerir E. Kronik hastalıklarda beklenen stigma ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 2019.
114. Bryan CJ. The clinical utility of a brief measure of perceived burdensomeness and thwarted belongingness for the detection of suicidal military personnel. Journal of clinical psychology. 2011;67(10):981-92.
115. Eskin M, Arslantaş H, Öztürk CŞ, Eskin B. Kişilerarası ihtiyaçlar anketi ve edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu ölçeğinin psikometrik özelliklerinin araştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2020;23(2).
116. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical care. 1986;67-74.
117. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. Aids. 2002;16(4):605-13.
118. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(4):17-20.
119. Malone GP, Pillow DR, Osman A. The general belongingness scale (GBS): Assessing achieved belongingness. Personality and individual differences. 2012;52(3):311-6.

120. Duru E. The psychometric properties of the general belongingness scale: a study of reliability and validity. *Turkish Journal of Psychological Counseling and Guidance*. 2015;5(44):37-47.
121. Erdinc F, Dokuzoguz B, Unal S, Komur S, Inkaya A, İnan D, et al. Temporal trends in the epidemiology of HIV in turkey. *Current HIV research*. 2020;18(4):258-66.
122. Karaosmanoglu HK, Aydin OA, Nazlican O. Profile of HIV/AIDS Patients in a Tertiary Hospital in Istanbul, Turkey. *HIV Clinical Trials*. 2011;12(2):104-8.
123. Kang CR, Bang JH, Cho S-I, Kim KN, Lee H-j, Ryu BY, et al. Suicidal ideation and suicide attempts among human immunodeficiency virus-infected adults: differences in risk factors and their implications. *AIDS care*. 2016;28(3):306-13.
124. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, Rickenbach M, Cavassini M, Weber R, et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV medicine*. 2008;9(6):397-405.
125. Mete B, Gunduz A, Bolukcu S, Karaosmanoglu HK, Yildiz D, Koç MM, et al. HIV care in Istanbul, Turkey: How far is it from the UNAIDS 90–90–90 targets? *International journal of STD & AIDS*. 2019;30(13):1298-303.
126. Gaynes BN, Pence BW, Eron JJ, Jr., Miller WC. Prevalence and comorbidity of psychiatric diagnoses based on reference standard in an HIV+ patient population. *Psychosom Med*. 2008;70(4):505-11.
127. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus–Infected Adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58(8):721-8.
128. Pool ER, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(6).

129. Ünübol H, Sayar GH. Substance use and its risk factors in Turkey: a nationally representative sample study. *Journal of ethnicity in substance abuse*. 2020;1-23.
130. Croxford S, Kitching A, Desai S, Kall M, Edelstein M, Skingsley A, et al. Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. *The Lancet Public Health*. 2017;2(1):e35-e46.
131. Enescu A, Mitrut P, Balasoiu M, Turculeanu A, Enescu AS. Psychosocial issues in patients with chronic hepatitis B and C. *Curr Health Sci J*. 2014;40(2):93-6.
132. Gupta R, Avasthi A, Chawla YK, Grover S. Psychiatric Morbidity, Fatigue, Stigma and Quality of Life of Patients With Hepatitis B Infection. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*. 2020;10(5):429-41.
133. Felker-Kantor EA, Wallace ME, Madkour AS, Duncan DT, Andrinopoulos K, Theall K. HIV Stigma, Mental Health, and Alcohol Use Disorders among People Living with HIV/AIDS in New Orleans. *Journal of Urban Health*. 2019;96(6):878-88.
134. Rasoolinajad M, Abedinia N, Noorbala AA, Mohraz M, Badie BM, Hamad A, et al. Relationship Among HIV-Related Stigma, Mental Health and Quality of life for HIV-Positive Patients in Tehran. *AIDS and Behavior*. 2018;22(12):3773-82.
135. Furlotte C, Schwartz K. Mental Health Experiences of Older Adults Living with HIV: Uncertainty, Stigma, and Approaches to Resilience. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2017;36(2):125-40.
136. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of affective disorders*. 2013;150(2):540-5.
137. Mickelson KD. Perceived stigma, social support, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001;27(8):1046-56.

138. Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*. 2007;22(8):2309-17.
139. Chronister J, Chou CC, Liao HY. The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*. 2013;41(5):582-600.
140. Rao D, Chen W-T, Pearson CR, Simoni JM, Fredriksen-Goldsen K, Nelson K, et al. Social support mediates the relationship between HIV stigma and depression/quality of life among people living with HIV in Beijing, China. *International journal of STD & AIDS*. 2012;23(7):481-4.
141. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology*. 2004;23(2):207.
142. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCFd, Pace AE. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2012;20:52-8.
143. Harris J, Pillinger M, Fromstein D, Gomez B, Garriss I, Kanetsky PA, et al. Risk factors for medication non-adherence in an HIV infected population in the Dominican Republic. *AIDS and Behavior*. 2011;15(7):1410-5.
144. Mayfield Arnold E, Rice E, Flannery D, Rotheram-Borus MJ. HIV disclosure among adults living with HIV. *AIDS care*. 2008;20(1):80-92.
145. Chaudoir SR, Fisher JD, Simoni JM. Understanding HIV disclosure: A review and application of the Disclosure Processes Model. *Social science & medicine*. 2011;72(10):1618-29.
146. Black BP, Miles MS. Calculating the risks and benefits of disclosure in African American women who have HIV. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2002;31(6):688-97.

147. Serovich JM. A test of two HIV disclosure theories. *AIDS education and prevention*. 2001;13(4):355-64.
148. Stirratt MJ, Remien RH, Smith A, Copeland OQ, Dolezal C, Krieger D. The role of HIV serostatus disclosure in antiretroviral medication adherence. *AIDS and Behavior*. 2006;10(5):483-93.
149. Sherr L, Lampe F, Fisher M, Arthur G, Anderson J, Zetler S, et al. Suicidal ideation in UK HIV clinic attenders. *Aids*. 2008;22(13):1651-8.
150. Adjei CA, Stutterheim SE, Naab F, Ruiter RAC. "To die is better than to tell": reasons for and against disclosure of chronic hepatitis B status in Ghana. *BMC Public Health*. 2020;20(1):663.
151. Li G, Wang G, Hsu F-C, Xu J, Pei X, Zhao B, et al. Effects of Depression, Anxiety, Stigma, and Disclosure on Health-Related Quality of Life among Chronic Hepatitis B Patients in Dalian, China. *Am J Trop Med Hyg*. 2020;102(5):988-94.
152. Mi T, Li X, Zhou G, Qiao S, Shen Z, Zhou Y. HIV Disclosure to Family Members and Medication Adherence: Role of Social Support and Self-efficacy. *AIDS and Behavior*. 2020;24(1):45-54.
153. Dessie G, Wagnew F, Mulugeta H, Amare D, Jara D, Leshargie CT, et al. The effect of disclosure on adherence to antiretroviral therapy among adults living with HIV in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*. 2019;19(1):528.
154. Waddell EN, Messeri PA. Social Support, Disclosure, and Use of Antiretroviral Therapy. *AIDS and Behavior*. 2006;10(3):263-72.
155. Prati G, Zani B, Pietrantonio L, Scudiero D, Perone P, Cosmaro L, et al. The role of knowing someone living with HIV/AIDS and HIV disclosure in the HIV stigma framework: A Bayesian mediation analysis. *Quality & Quantity*. 2016;50(2):637-51.
156. Antelman G, Smith Fawzi MC, Kaaya S, Mbwambo J, Msamanga GI, Hunter DJ, et al. Predictors of HIV-1 serostatus disclosure: a prospective study among HIV-infected pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS (London, England)*. 2001;15(14):1865-74.

157. Cheng S, Li E, Lok AS. Predictors and barriers to hepatitis b screening in a midwest suburban Asian population. *Journal of community health*. 2017;42(3):533-43.
158. Cotler S, Cotler S, Xie H, Luc B, Layden T, Wong S. Characterizing hepatitis B stigma in Chinese immigrants. *Journal of viral hepatitis*. 2012;19(2):147-52.
159. Frable DE, Platt L, Hoey S. Concealable stigmas and positive self-perceptions: feeling better around similar others. *Journal of personality and social psychology*. 1998;74(4):909.
160. Wang W, Xiao C, Yao X, Yang Y, Yan H, Li S. Psychosocial health and suicidal ideation among people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Nanjing, China. *PloS one*. 2018;13(2):e0192940.
161. Armoon B, Fleury M-J, Bayat A-H, Fakhri Y, Higgs P, Moghaddam LF, et al. HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*. 2022;16(1):1-17.
162. Shim E-J, Lee SH, Kim NJ, Kim ES, Bang JH, Sohn BK, et al. Suicide Risk in Persons with HIV/AIDS in South Korea: a Partial Test of the Interpersonal Theory of Suicide. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2019;26(1):38-49.
163. Fischer LS, Mansergh G, Lynch J, Santibanez S. Addressing disease-related stigma during infectious disease outbreaks. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2019;13(5-6):989-94.
164. Atesci FC, Cetin BC, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Turgut H. Psychiatric Disorders and Functioning in Hepatitis B Virus Carriers. *Psychosomatics*. 2005;46(2):142-7.
165. Özkan M, Çorapçıoğlu A, Balcioglu I, Ertekin E, Khan S, Özdemir S, et al. Psychiatric morbidity and its effect on the quality of life of patients with chronic hepatitis B and hepatitis C. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2006;36(3):283-97.

166. Kunkel EJ, Kim JS, Hann H-W, Oyesanmi O, Menefee LA, Field HL, et al. Depression in Korean immigrants with hepatitis B and related liver diseases. *Psychosomatics*. 2000;41(6):472-80.
167. Van Orden KA, Cukrowicz KC, Witte TK, Joiner Jr TE. Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological assessment*. 2012;24(1):197.
168. Hill DL. Sense of belonging as connectedness, American Indian worldview, and mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006;20(5):210-6.
169. Baumeister R, Leary M. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529. 1995.
170. Wastler H, Lucksted A, Phalen P, Drapalski A. Internalized stigma, sense of belonging, and suicidal ideation among veterans with serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2020;43(2):91.
171. Gamwell KL, Baudino MN, Bakula DM, Sharkey CM, Roberts CM, Grunow JE, et al. Perceived illness stigma, thwarted belongingness, and depressive symptoms in youth with inflammatory bowel disease (IBD). *Inflammatory bowel diseases*. 2018;24(5):960-5.
172. Passos SMK, Souza LDdM, Spessato BC. High prevalence of suicide risk in people living with HIV: who is at higher risk? *AIDS care*. 2014;26(11):1379-82.
173. Quintana-Ortiz RA, Gomez MA, Báez Feliciano D, Hunter-Mellado RF. Suicide attempts among Puerto Rican men and women with HIV/AIDS: a study of prevalence and risk factors. *Ethn Dis*. 2008;18(2 Suppl 2):S2-219.
174. Roy A. Characteristics of HIV patients who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(1):41-4.
175. Ma J, Batterham PJ, Calex AL, Han J. A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical psychology review*. 2016;46:34-45.

176. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*. 2017;143(12):1313.
177. Amiya RM, Poudel KC, Poudel-Tandukar K, Pandey BD, Jimba M. Perceived Family Support, Depression, and Suicidal Ideation among People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study in the Kathmandu Valley, Nepal. *PLOS ONE*. 2014;9(3):e90959.
178. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16:18640.
179. Weiss L, French T, Finkelstein R, Waters M, Mukherjee R, Agins B. HIV-related knowledge and adherence to HAART. *Aids Care*. 2003;15(5):673-9.
180. Laryea M, Gien L. The impact of HIV-positive diagnosis on the individual, part 1: Stigma, rejection, and loneliness. *Clinical Nursing Research*. 1993;2(3):245-63.
181. Smit PJ, Brady M, Carter M, Fernandes R, Lamore L, Meulbroek M, et al. HIV-related stigma within communities of gay men: a literature review. *AIDS Care*. 2012;24(4):405-12.
182. Crandall CS, Moriarty D. Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*. 1995;34(1):67-83.
183. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27(1):363-85.
184. Cawley R, Pontin EE, Touhey J, Sheehy K, Taylor PJ. What is the relationship between rejection and self-harm or suicidality in adulthood? *Journal of affective disorders*. 2019;242:123-34.
185. Algarin AB, Zhou Z, Cook CL, Cook RL, Ibañez GE. Age, sex, race, ethnicity, sexual orientation: intersectionality of marginalized-group identities and enacted HIV-related stigma among people living with HIV in Florida. *AIDS and Behavior*. 2019;23(11):2992-3001.

Ekler

Ek A. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Eğitim Araştırma Hastanesi

Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından yürütülen “HIV ile yaşayan insanlardaki damgalamanın, aidiyet ve intihar davranışı ile ilişkisinin araştırılması” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Çalışmada HIV ile yaşayan insanlarda damgalama, algıladıkları aidiyet ve intihar davranışını Türkiye popülasyonunda araştırmayı hedeflemekteyiz.

a. Araştırmanın İçeriği: Çalışmaya HIV ve Hepatit B ile yaşayan insanlar katılacaktır. Online olarak ulaştırılan formlardan elde edilen veriler psikiyatri uzmanlarınca değerlendirilecektir. Böylece dünyada önemli ölüm nedenlerinden biri olan intihar davranışına yönelik etki eden faktörleri saptayıp ileride yapılacak engelleme çalışmalarına katkı sağlayabileceğimizi düşünmekteyiz.

b. Araştırmanın Nedeni: Uzmanlık tezi

c. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 20 hafta

d. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 180

e. Araştırmanın Yapılacağı Yer: Online formlar üzerinden çalışma yürütülecektir

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.

Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Kaynaklar

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Emrah KARADERE.....

İmzası:

Araştırmayla ilgili herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığınızda Dr. Ertuğrul Saral ile 02166065200 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Ek B. Anket Formu

HIV ile yaşıyan insanlar için oluşturulan anket formu aşağıdaki gibidir:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaşınız

....

2.Hangi ilde yaşıyorsunuz?

3.Cinsiyetiniz

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek
- ☐ Transeksüel
- ☐ Non-binary
- ☐ Yanıt vermek istemiyorum
- ☐ Kendimi bu açıdan herhangi bir şekilde tanımlamıyorum
- ☐ Diğer:

4.Cinsel yöneliminiz

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Heteroseksüel
- ☐ Homoseksüel
- ☐ Biseksüel
- ☐ Aseksüel
- ☐ Panseksüel
- ☐ Yanıt vermek istemiyorum

Kaynaklar

- Kendimi bu açıdan herhangi bir şekilde tanımlamıyorum
- Nasıl tanımlayacağımı bilmiyorum
- Diğer:

5.Medeni durum

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Bekar
- Evli
- İlişkisi var
- Dul

6.Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Yalnız
- Aile (anne, baba, kardeş)
- Eş ya da partneriyle
- Ev arkadaşı
- Diğer:

7.Eğitim durumunuz

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- İlköğretim
- Lise
- Üniversite
- Yüksek lisans
- Doktora

Kaynaklar

8.Çalışıyor musunuz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

9.Aylık toplam geliriniz

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 2500 TL altı
- ☐ 2500-5000 TL
- ☐ 5000-10000 TL
- ☐ 10000 TL üstü
- ☐ Aylık düzenli gelirim yok.

10.Herhangi bir psikiyatrik tedavi öykünüz var mı? (ilaç tedavisi, psikoterapi)

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Diğer:

11.Başka bir tıbbi hastalık ya da herhangi bir engellilik yaratan durumunuz var mı? Varsa lütfen yazınız.

12.Ne kadar süre önce HIV ile enfekte olduğunuzu öğrendiniz?

13.HIV tanısı sonrasında bu konu ile ilgili daha önce psikiyatrik/psikolojik destek aldınız mı?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14.HIV ile enfekte olduğunuzu bilen 1.derece yakınınız var mı? (örn: anne, baba, kardeş, eş, çocuk...)

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

15.Ailenizde ya da çevrenizde HIV ile yaşayan başkaları var mı?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

16.Eğer varsa yakınlığınız nedir?

17.HIV ile ilgili bir sosyal destek grubundan destek alıyor musunuz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

18.CD4 düzeyinizi biliyorsanız yazınız

19.Sigara kullanıyor musunuz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

20.Son 6 ay içindeki alkol kullanımınız

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez
- ☐ Haftada 1-5 kez
- ☐ Hemen her gün

21.Son 1 yıl içindeki madde kullanımınız

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ En az 1 kez
- ☐ 3'ten fazla kez

22.Lütfen şu anda kullanmakta olduğunuz bütün ilaçların ismini, dozunu, ne kadar süredir ve nasıl kullandığınızı belirtiniz.

İÇSELLEŞTİRİLMİŞ AIDS İLE İLİŞKİLİ DAMGALANMA (STİGMA) ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE (IARSS)

	Katılıyorum	Katılmıyorum
1-İnsanlara HIV pozitif olduğumu söylemek benim için zor bir şeydir.		
2-HIV pozitif olmak bana kendimi kirli hissettiriyor.		
3-HIV pozitif olduğum için kendimi suçlu hissediyorum.		
4-HIV pozitif olduğum için kendimden utanıyorum.		
5-Bazen HIV pozitif olduğum için kendimi değersiz hissediyorum.		
6-HIV pozitif olduğumu diğer insanlardan saklıyorum.		

Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği (KHBSO)

Açıklamalar: Aşağıda listelenen ifadeler, kronik hastalığı olan kişilere karşı, diğer insanların bazı tutum ve davranışlarını tariflemektedir. Lütfen bu ifadeleri okuyup, gelecekte bu durumların sizin için hangi olasılıkla gerçekleşebileceğine dair en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Öncelikle, arkadaşlarınız ve aile üyelerinizin (anne, baba, kardeşleriniz, çocuklarınız gibi) gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. Kronik hastalığınız yüzünden size aşağıdaki gibi davranmaları ne kadar olasıdır?

	Hiç mümkün değil	Mümkün değil	Belki	Muhtemelen	Büyük ihtimalle
Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size kızgın olacak					
Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri iyileşmediğiniz için sizi suçlayacak					
Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri hastalığınızın sizin hatanız olduğunu düşünecek					
Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size olan saygısını ve takdirini yitirecek					

Kaynaklar

Şimdi, iş arkadaşlarınızın ve işverenlerinizin gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. Eğer şu anda çalışmıyorsanız, gelecekte sahip olabileceğiniz işinizdeki arkadaşları ve işverenlerinizi düşünün. Kronik hastalığınız yüzünden size aşağıdaki gibi davranmaları ne kadar olasıdır?

	Hiç mümkün değil	Mümkün değil	Belki	Muhtemelen	Büyük ihtimalle
İşvereniniz sizi terfi ettirmeyecek					
İşyerinizden birisi size ayrımcılık yapacak					
İşvereniniz zorlu bir projede sizi değil başkasını görevlendirecek					
İşyerinizden birisi sizin işinizle ilgili sorumluluklarınızı yerine getiremeyeceğinizi düşünecek					

Son olarak, hastanede veya muayenehanede sağlık hizmeti sunan doktor, hemşire, teknisyen ve sekreterlerin gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. Kronik hastalığınız yüzünden size aşağıdaki gibi davranmaları ne kadar olasıdır?

	Hiç mümkün değil	Mümkün değil	Belki	Muhtemelen	Büyük ihtimalle
Bir sağlık çalışanı sizden bıkmış, size olan sabrını yitirmiş olacak					
Bir sağlık çalışanı size yetersiz bakım verecek					
Bir sağlık çalışanı iyileşmediğiniz için sizi suçlayacak					
Bir sağlık çalışanı sizin kötü bir hasta olduğunuzu düşünecek					

KİŞİLER ARASI İHTİYAÇLAR ANKETİ

Aşağıdaki cümleler için size en uygun seçeneği işaretleyiniz. (Seçenekleri seçerken sağa doğru kaydırmanız gerekebilir. 7 farklı seçenek mevcuttur: kesinlikle katılıyorum-katılıyorum-bazen katılıyorum-kararsızım-bazen katılmıyorum-katılmıyorum-kesinlikle katılmıyorum)

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Kararsızım	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Bugünlerde, hayatımdaki insanların ben olmasam daha iyi olacaklarını düşünüyorum.							
2	Bugünlerde, hayatımdaki insanların bensiz daha mutlu olacaklarını düşünüyorum.							
3	Bugünlerde, ölümümün hayatımdaki insanları rahatlatacağını düşünüyorum.							
4	Bugünlerde, hayatımdaki insanların benden kurtulmak istediklerini düşünüyorum.							
5	Bugünlerde, hayatımdaki insanlar için işleri daha da zorlaştırdığımı düşünüyorum.							
6	Bugünlerde, kendimi bir aileye, bir gruba veya bir yere ait hissediyorum.							
7	Bugünlerde, beni önemseyen ve destekleyen birçok arkadaşına sahip olduğum için şanslı olduğumu hissediyorum.							
8	Bugünlerde, diğer insanlarla olan bağımın kopuk olduğunu hissediyorum.							
9	Bugünlerde, sosyal ortamlarda kendimi bir yabancıymış gibi hissediyorum.							
10	Bugünlerde, kendimi insanlara yakın hissediyorum.							

GENEL AİDİYET ÖLÇEĞİ

Belirtilen ifadelerde 1 kesinlikle katılmıyorum, 7 tamamen katılıyorum anlamına gelmektedir. Ölçekte bulunan ifadelere ne ölçüde katıldığınızı seçiniz.

	1	2	3	4	5	6	7
İnsanlarla bir arada iken, onlarla birlikte olduğumu hissediyorum							
Ailem ve arkadaşlarımla yakın/samimi bağlarım var.							
Başkaları tarafından kabul edildiğimi hissediyorum							
Aidiyet duygusuna sahibim							
İlişkilerimde ve paylaşımlarımda kendimi diğer insanlara eşit görürüm							
Çevremdeki insanlarla bağlarım olduğunu hissediyorum							
Ailem ve arkadaşlarım beni planlarına dâhil etmezler							
Kendimi dışlanmış hissediyorum							
Sanki insanlar beni önemsemiyor/umursamıyor gibi hissediyorum							
Diğerlerine bağlanamadığım için onlardan uzak duruyorum							
Kendimi dış dünyadan soyutlanmış hissediyorum							
İnsanlarla birlikteyken kendimi yabancı gibi hissediyorum							

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1. Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil

- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Hemen hemen her zaman

- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
- Pek o kadar özen göstermiyorum.
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla
- Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

İNTİHAR DAVRANIŞI ANKETİ

1. Kendinizi öldürmeyi hiç düşündünüz mü ya da kendinizi öldürmeyi hiç denediniz mi?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Asla
- ☐ Bir kez
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Çok sık
- ☐ Her zaman

2. Geçtiğimiz son 1 yıl içerisinde kendinizi öldürmeyi ne sıklıkla düşündünüz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Asla
- ☐ Bir kez
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Çok sık

3. Kendinizi öldüreceğinizi ya da öldürebileceğinizi hiç birilerine söylediniz mi?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

4. Bir gün kendinizi öldürme girişiminde bulunabilme olasılığınız nedir?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Hiçbir zaman etmem
- ☐ Şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem
- ☐ Belki
- ☐ Mutlaka
- ☐ Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var

MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ

	Evet	Hayır
İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?		
İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?		
Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?		
Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?		
İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?		
Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?		

Hepatit B ile yaşıyan insanlar için oluşturulan anket formu aşağıdaki gibidir:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaşınız

....

2.Hangi ilde yaşıyorsunuz?

3.Cinsiyetiniz

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek
- ☐ Transeksüel
- ☐ Non-binary
- ☐ Yanıt vermek istemiyorum
- ☐ Kendimi bu açıdan herhangi bir şekilde tanımlamıyorum
- ☐ Diğer:

4.Cinsel yöneliminiz

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Heteroseksüel
- ☐ Homoseksüel
- ☐ Biseksüel
- ☐ Aseksüel
- ☐ Panseksüel
- ☐ Yanıt vermek istemiyorum

Kaynaklar

- Kendimi bu açıdan herhangi bir şekilde tanımlamıyorum
- Nasıl tanımlayacağımı bilmiyorum
- Diğer:

5.Medeni durum

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Bekar
- Evli
- İlişkisi var
- Dul

6.Kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Yalnız
- Aile (anne, baba, kardeş)
- Eş ya da partneriyle
- Ev arkadaşı
- Diğer:

7.Eğitim durumunuz

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- İlköğretim
- Lise
- Üniversite
- Yüksek lisans
- Doktora

8.Çalışıyor musunuz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

9.Aylık toplam geliriniz

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 2500 TL altı
- ☐ 2500-5000 TL
- ☐ 5000-10000 TL
- ☐ 10000 TL üstü
- ☐ Aylık düzenli gelirim yok.

10.Herhangi bir psikiyatrik tedavi öykünüz var mı? (ilaç tedavisi, psikoterapi)

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Diğer:

11.Hepatit B dışında başka bir tıbbi hastalık ya da herhangi bir engellilik yaratan durumunuz var mı? Varsa lütfen yazınız.

12.Ne kadar süre önce Hepatit B ile enfekte olduğunuzu öğrendiniz?

13.Hepatit B tanısı sonrasında bu konu ile ilgili daha önce psikiyatrik/psikolojik destek aldınız mı?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14. Hepatit B ile enfekte olduğunuzu bilen 1.derece yakınınız var mı? (örn: anne, baba, kardeş, eş, çocuk...)

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

15.Ailenizde ya da çevrenizde Hepatit B ile yaşayan başkaları var mı?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

16.Eğer varsa yakınlığınız nedir?

17. Hepatit B ile ilgili bir sosyal destek grubundan destek alıyor musunuz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

18.Hepatit B DNA düzeyinizi biliyorsanız yazınız

19.Sigara kullanıyor musunuz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

20.Son 6 ay içindeki alkol kullanımınız

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Hiçbir zaman veya ayda 1-3 kez
- ☐ Haftada 1-5 kez
- ☐ Hemen her gün

21.Son 1 yıl içindeki madde kullanımınız

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ En az 1 kez
- ☐ 3'ten fazla kez

22.Lütfen şu anda kullanmakta olduğunuz bütün ilaçların ismini, dozunu, ne kadar süredir ve nasıl kullandığınızı belirtiniz.

Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği (KHBSO)

Açıklamalar: Aşağıda listelenen ifadeler, kronik hastalığı olan kişilere karşı, diğer insanların bazı tutum ve davranışlarını tariflemektedir. Lütfen bu ifadeleri okuyup, gelecekte bu durumların sizin için hangi olasılıkla gerçekleşebileceğine dair en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Öncelikle, arkadaşlarınız ve aile üyelerinizin (anne, baba, kardeşleriniz, çocuklarınız gibi) gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. Kronik hastalığınız yüzünden size aşağıdaki gibi davranmaları ne kadar olasıdır?

Kaynaklar

	Hiç mümkün değil	Mümkün değil	Belki	Muhtemelen	Büyük ihtimalle
Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size kızgın olacak					
Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri iyileşmediğiniz için sizi suçlayacak					
Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri hastalığınızın sizin hatanız olduğunu düşünecek					
Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size olan saygısını ve takdirini yitirecek					

Şimdi, iş arkadaşlarınızın ve işverenlerinizin gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. Eğer şu anda çalışmıyorsanız, gelecekte sahip olabileceğiniz işinizdeki arkadaşları ve işverenlerinizi düşünün. Kronik hastalığınız yüzünden size aşağıdaki gibi davranmaları ne kadar olasıdır?

	Hiç mümkün değil	Mümkün değil	Belki	Muhtemelen	Büyük ihtimalle
İşvereniniz sizi terfi ettirmeyecek					
İşyerinizden birisi size ayrımcılık yapacak					
İşvereniniz zorlu bir projede sizi değil başkasını görevlendirecek					
İşyerinizden birisi sizin işinizle ilgili sorumluluklarınızı yerine getiremeyeceğinizi düşünecek					

Kaynaklar

Son olarak, hastanede veya muayenehanede sağlık hizmeti sunan doktor, hemşire, teknisyen ve sekreterlerin gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. Kronik hastalığınız yüzünden size aşağıdaki gibi davranmaları ne kadar olasıdır?

	Hiç mümkün değil	Mümkün değil	Belki	Muhtemelen	Büyük ihtimalle
Bir sağlık çalışanı sizden bıkmış, size olan sabrını yitirmiş olacak					
Bir sağlık çalışanı size yetersiz bakım verecek					
Bir sağlık çalışanı iyileşmediğiniz için sizi suçlayacak					
Bir sağlık çalışanı sizin kötü bir hasta olduğunuzu düşünecek					

KİŞİLER ARASI İHTİYAÇLAR ANKETİ

Aşağıdaki cümleler için size en uygun seçeneği işaretleyiniz. (Seçenekleri seçerken sağa doğru kaydırmanız gerekebilir. 7 farklı seçenek mevcuttur: kesinlikle katılıyorum-katılıyorum-bazen katılıyorum-kararsızım-bazen katılmıyorum-katılmıyorum-kesinlikle katılmıyorum)

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Kararsızım	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Bugünlerde, hayatımdaki insanların ben olmasam daha iyi olacaklarını düşünüyorum.							
2	Bugünlerde, hayatımdaki insanların bensiz daha mutlu olacaklarını düşünüyorum.							
3	Bugünlerde, ölümümün hayatımdaki insanları rahatlatacağını düşünüyorum.							
4	Bugünlerde, hayatımdaki insanların benden kurtulmak istediklerini düşünüyorum.							
5	Bugünlerde, hayatımdaki insanlar için işleri daha da zorlaştırdığımı düşünüyorum.							
6	Bugünlerde, kendimi bir aileye, bir gruba veya bir yere ait hissediyorum.							
7	Bugünlerde, beni önemseyen ve destekleyen birçok arkadaşına sahip olduğum için şanslı olduğumu hissediyorum.							
8	Bugünlerde, diğer insanlarla olan bağımın kopuk olduğunu hissediyorum.							
9	Bugünlerde, sosyal ortamlarda kendimi bir yabancıymış gibi hissediyorum.							
10	Bugünlerde, kendimi insanlara yakın hissediyorum.							

GENEL AİDİYET ÖLÇEĞİ

Belirtilen ifadelerde 1 kesinlikle katılmıyorum, 7 tamamen katılıyorum anlamına gelmektedir. Ölçekte bulunan ifadelere ne ölçüde katıldığınızı seçiniz.

	1	2	3	4	5	6	7
İnsanlarla bir arada iken, onlarla birlikte olduğumu hissediyorum							
Ailem ve arkadaşlarımla yakın/samimi bağlarım var.							
Başkaları tarafından kabul edildiğimi hissediyorum							
Aidiyet duygusuna sahibim							
İlişkilerimde ve paylaşımlarımda kendimi diğer insanlara eşit görürüm							
Çevremdeki insanlarla bağlarım olduğunu hissediyorum							
Ailem ve arkadaşlarım beni planlarına dâhil etmezler							
Kendimi dışlanmış hissediyorum							
Sanki insanlar beni önemsemiyor/umursamıyor gibi hissediyorum							
Diğerlerine bağlanamadığım için onlardan uzak duruyorum							
Kendimi dış dünyadan soyutlanmış hissediyorum							
İnsanlarla birlikteyken kendimi yabancı gibi hissediyorum							

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

15. Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

16. Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Hiçbir zaman

17. Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

18. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil

- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

19. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

20. Kendimi neşeli hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

21. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

22. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Hemen hemen her zaman

- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

23. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

24. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
- Pek o kadar özen göstermiyorum.
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

25. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla
- Hiç değil

26. Olacakları zevkle bekliyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

27. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

28. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

İNTİHAR DAVRANIŞI ANKETİ

5. Kendinizi öldürmeyi hiç düşündünüz mü ya da kendinizi öldürmeyi hiç denediniz mi?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Asla
- ☐ Bir kez
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Çok sık
- ☐ Her zaman

6. Geçtiğimiz son 1 yıl içerisinde kendinizi öldürmeyi ne sıklıkla düşündünüz?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Asla
- ☐ Bir kez
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Çok sık

7. Kendinizi öldüreceğinizi ya da öldürebileceğinizi hiç birilerine söylediniz mi?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8. Bir gün kendinizi öldürme girişiminde bulunabilme olasılığınız nedir?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ Hiçbir zaman etmem
- ☐ Şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem
- ☐ Belki
- ☐ Mutlaka
- ☐ Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var

MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ

	Evet	Hayır
İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?		
İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?		
Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?		
Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?		
İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?		
Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?		

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 12.01.2022

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	HIV ile yaşayan insanlardaki damgalamanın, aidiyet ve intihar davranışı ile ilişkisinin araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr Öğretim Üyesi Emrah KARADERE- Dr Ertuğrul SARAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİL CİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
Retrospektif	☐				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
Diğer:	☐			

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0662	Tarih: 12.01.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurulu Başkanı
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
Unvanı Adı Soyadı Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
Dip. Tes. No: 2001/023

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU

SAYI:

KONU: Etik Kurulu Kararı

Tarih: 12.01.2022

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	HIV ile yaşayan insanlardaki damgalamanın, aidiyet ve intihar davranışı ile ilişkisinin araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi Bör	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi